

ANNO 79 - N. 2 - GIUGNO 2026

L'OSPEDALE

Trimestrale di igiene, tecnologia, management degli ospedali e dei servizi sanitari territoriali



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere



*Con il supporto
non condizionante di*



EDIZIONI MINERVA MEDICA

- 3** **EDITORIALE. L'Ospedale e Dintorni: ANMDO tra partecipazione associativa, grandi letture e visione strategica per i prossimi dieci anni**
Gianfranco Finzi
- 7** **Perceptions of infection control professionals toward electronic surveillance software supporting inpatient infections: A mixed methods study**
Pubblicazione originale sulla Rivista "International Journal of Medical Informatics" 186 (2024) 105419
Alexandre Baudet, Marie-Jo Brennstuhl, Julie Lizon, Marie Regad, Nathalie Thilly, Béatrice Demoré, Arnaud Florentin
- 15** **I prodotti antisettici e disinfettanti: aspetti regolatori per l'acquisto e l'utilizzo**
Daniela Accorgi
- 30** **La nuova strategia vaccinale passa dall'ospedale. La Circolare del Ministero della Salute 2026-2027 e la sua applicazione nelle strutture ospedaliere**
Gianfranco Finzi, Claudio Garbelli, Cristina Sideli
- 37** **Sodexo ottiene la Certificazione UNI EN 13549: un ulteriore passo verso qualità misurabile e sicurezza condivisa**
- 50° Congresso Nazionale ANMDO**
Torino, 7-8-9 ottobre 2025 – Aula "Achille Mario Dogliotti"
- 39** **Poster vincitori**
47 **Poster**
68 **Comunicazioni vincitrici**
77 **Comunicazioni**
- 51° Congresso Nazionale ANMDO**
Ancona, 1-2-3 ottobre 2026 – Mole Vanvitelliana
- 108** **Programma**

EDITORIALE

L'Ospedale e Dintorni: ANMDO tra partecipazione associativa, grandi letture e visione strategica per i prossimi dieci anni

Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO

Il 51° Congresso Nazionale ANMDO, che si svolgerà ad Ancona dall'1 al 3 ottobre 2026, rappresenta un appuntamento di particolare rilievo per la nostra Associazione e per l'intera comunità dei medici di Direzione Sanitaria.

Il titolo scelto, "L'Ospedale e Dintorni", non è soltanto una formula congressuale efficace, ma esprime una precisa visione culturale e professionale. L'ospedale contemporaneo non può più essere interpretato come una struttura chiusa, autosufficiente e separata dal contesto in cui opera. È, al contrario, il nodo centrale di una rete complessa, nella quale prevenzione, territorio, innovazione tecnologica, sostenibilità, sicurezza delle cure, qualità organizzativa e responsabilità istituzionale devono integrarsi in modo sempre più stretto.

La prima giornata si aprirà con un momento di grande significato associativo: l'Assemblea Generale Elettiva. Essa rappresenta il cuore democratico dell'ANMDO, il luogo nel quale i soci partecipano attivamente alla vita dell'Associazione, contribuendo alla definizione della sua guida, dei suoi indirizzi e della sua capacità di incidere sul futuro della Direzione Sanitaria italiana.

L'Assemblea Elettiva non è un adempimento formale. È un passaggio di responsabilità collettiva. È il momento in cui l'appartenenza associativa diventa partecipazione concreta, scelta, confronto e costruzione del futuro. In una fase storica nel-

la quale la sanità è attraversata da trasformazioni profonde, rinnovare gli organi associativi significa rafforzare la capacità dell'ANMDO di essere voce autorevole, comunità scientifica, presidio culturale e laboratorio di proposte per il governo delle organizzazioni sanitarie.

L'apertura ufficiale del Congresso sarà affidata a Riccardo Luzi, Presidente della Sezione Regionale ANMDO Marche. La presentazione del Congresso sarà curata da Ida Iolanda Mura, Segretario Scientifico Nazionale ANMDO, cui spetterà il compito di introdurre il significato scientifico, culturale e associativo dell'evento, delineando il filo conduttore delle giornate congressuali e il valore del tema "L'Ospedale e Dintorni". Seguiranno i saluti delle Autorità istituzionali e la relazione inaugurale del Presidente Nazionale ANMDO, Gianfranco Finzi, dedicata a "Il medico di Direzione Sanitaria tra governo, responsabilità e futuro del sistema sanitario".

Questa relazione inaugurale assume un valore particolarmente rilevante, perché pone al centro la figura del medico di Direzione Sanitaria come professionista del governo, della responsabilità e della visione strategica. In un sistema sanitario sempre più complesso, attraversato da tensioni organizzative, evoluzioni normative, innovazioni tecnologiche e nuove aspettative dei cittadini, la Direzione Sanitaria deve riaffermare il proprio

ruolo di guida: garante della qualità, della sicurezza, dell'appropriatezza, della prevenzione e della continuità dei percorsi assistenziali.

Un momento di particolare intensità sarà rappresentato dal conferimento delle Targhe ai Soci Onorari, riconoscimento rivolto a coloro che, con il proprio impegno professionale, scientifico e associativo, hanno contribuito alla crescita dell'ANMDO e allo sviluppo della disciplina.

Le Letture Magistrali: la cornice culturale del Congresso

Grande rilievo avranno le Letture Magistrali, che apriranno il percorso scientifico del Congresso offrendo due prospettive complementari e di ampio respiro.

La prima, affidata a Gabriele Pelissero, sarà dedicata a "Il welfare sanitario in Europa e in Italia: attualità ed evoluzione". Si tratta di un tema centrale per comprendere le sfide dei sistemi sanitari contemporanei: sostenibilità, universalismo, equità di accesso, rapporto pubblico-privato, innovazione dei modelli assistenziali e capacità di rispondere ai nuovi bisogni della popolazione.

La riflessione sul welfare sanitario, in una stagione segnata dall'invecchiamento demografico, dall'aumento della cronicità e dalla pressione crescente sulle risorse, costituisce una premessa indispensabile per ogni ragionamento sul futuro dell'ospedale. Parlare di welfare significa interrogarsi non soltanto sui modelli di finanziamento e sull'organizzazione dei servizi, ma anche sulla capacità del sistema sanitario di garantire prossimità, equità, appropriatezza e tutela delle fragilità.

La seconda Lettura Magistrale, affidata a Ottavio Nicastro, avrà come titolo "Ospedali e Dintorni: tra eredità storica, cambiamenti di sistema e trasformazioni sociali". Essa offrirà una lettura culturale e organizzativa dell'evoluzione dell'ospedale, mettendo in relazione la storia delle istituzioni sanitarie con le trasformazioni sociali, professionali e assistenziali del nostro tempo. Comprendere da dove veniamo è essenziale per progettare dove vogliamo andare: l'ospedale del futuro non può nascere da una rottura improvvisata con il passato, ma da una consapevole capacità di interpretare

l'eredità storica alla luce dei nuovi bisogni.

Le due Letture Magistrali rappresenteranno dunque non soltanto un'apertura scientifica di alto profilo, ma anche la cornice culturale dell'intero Congresso. Da un lato, il welfare sanitario e la sostenibilità dei sistemi; dall'altro, l'evoluzione storica e sociale dell'ospedale. Due chiavi di lettura necessarie per comprendere il senso profondo del titolo congressuale: "L'Ospedale e Dintorni".

La Prima Sessione: il manifesto programmatico dell'ANMDO

Subito dopo, la Prima Sessione, dedicata ad "ANMDO e Dintorni: la vision dell'ANMDO nei prossimi 10 anni", costituirà il vero manifesto programmatico dell'Associazione. Moderata da Giorgio Mazzi, Gianni Pieroni e Stefano Reggiani, la sessione avrà il compito di trasformare la cornice culturale tracciata dall'apertura congressuale e dalle Letture Magistrali in indirizzi concreti per il futuro della Direzione Sanitaria.

Dopo l'introduzione di Giuseppe Matarazzo e Fabrizio Leigheb, la sessione si svilupperà attorno a tre grandi assi strategici, posti sullo stesso piano e profondamente complementari.

Il primo sarà il Position Paper ANMDO sulla governance della prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza e dell'antibiotico-resistenza, presentato da Riccardo Luzi. Si tratta di un tema cruciale per il futuro della sanità, perché le ICA e l'antibiotico-resistenza rappresentano una delle principali sfide cliniche, organizzative, epidemiologiche e medico-legali dei sistemi sanitari contemporanei. La Direzione Sanitaria è chiamata a esercitare un ruolo di governo forte, capace di integrare prevenzione, sorveglianza, stewardship antimicrobica, controllo del rischio, formazione e responsabilità organizzativa.

Il secondo asse sarà rappresentato dal progetto "L'Ospedale che vaccina", illustrato da Claudio Garbelli con una riflessione su risultati, criticità e prospettive a un anno dalla sua presentazione. Il progetto esprime una visione moderna della prevenzione vaccinale: non più confinata esclusivamente al territorio o ai servizi vaccinali tradizionali, ma integrata nei percorsi ospedalieri, nella

presa in carico dei pazienti fragili, nella dimissione protetta, nella tutela degli operatori e nella continuità assistenziale. L'ospedale diventa così non soltanto luogo di cura, ma anche luogo attivo di prevenzione.

Il terzo asse sarà la Carta di Torino, presentata da Lorenzo Blandi, documento programmatico destinato a indicare principi, contenuti, evoluzione e prospettive future della Direzione Sanitaria. La Carta di Torino rappresenta una piattaforma di valori e indirizzi: innovazione organizzativa, cultura della sicurezza, sostenibilità, integrazione multi-professionale, trasformazione digitale, responsabilità professionale e centralità della persona. È uno strumento di orientamento per una Direzione Sanitaria capace di interpretare il cambiamento senza rinunciare alla propria identità.

Le conclusioni di Rosario Cunsolo e Carmelo Del Giudice avranno il compito di raccogliere il significato complessivo della sessione: tre progetti, tre prospettive, un'unica visione. Il Position Paper su ICA e antibiotico-resistenza, "L'Ospedale che vaccina" e la Carta di Torino non sono iniziative separate, ma parti di un disegno unitario con cui ANMDO intende contribuire alla costruzione della Direzione Sanitaria del prossimo decennio.

Per questa ragione, la Prima Sessione assume un valore particolare nell'economia dell'intero Congresso. Essa non si limita ad aprire i lavori scientifici, ma definisce la direzione di marcia dell'Associazione. È il luogo in cui ANMDO presenta la propria capacità di leggere il presente, interpretare le trasformazioni in atto e proporre strumenti concreti per il futuro.

Il percorso delle sessioni congressuali

Il programma congressuale proseguirà poi con un percorso articolato che attraversa tutte le grandi direttrici della sanità contemporanea, confermando la volontà di ANMDO di affrontare in modo organico le sfide professionali, organizzative, tecnologiche e istituzionali che attendono la Direzione Sanitaria.

La Seconda Sessione, dedicata a "La Direzione Sanitaria e la governance delle professioni nella sanità del futuro nell'era della digitalizzazione",

sarà moderata da Luigi Bertinato, Claudio Martini e Antonio Scarmuzzino. Verranno affrontate le tematiche dell'evoluzione dei ruoli professionali e delle competenze nell'era del digitale, con uno sguardo alla visione internazionale, al medico digitale, all'infermiere digitale, al Direttore Generale del futuro, al contributo del bioingegnere e alle nuove competenze dei professionisti della sanità pubblica secondo ASPHER e OMS.

La Terza Sessione, Sessione internazionale ANMDO-EUNETIPS, sarà dedicata alla "Governance dell'infection prevention in Europa: il ruolo della Direzione Sanitaria". Con la moderazione di Francesco Auxilia, Tiziana Lazzarotto e Stefano Tardivo, il confronto consentirà di guardare ai modelli europei di infection prevention, al rapporto tra igiene ospedaliera, governance e investimenti, al ruolo dei dati e alla responsabilità organizzativa della Direzione Sanitaria nei percorsi di prevenzione del rischio infettivo.

La Quarta Sessione, "La sanità al bivio digitale: come la cybersecurity e l'AI stanno riscrivendo le regole dell'assistenza", sarà moderata da Karl Kob, Caterina Rizzo e Gabriella Nasi. In essa verranno affrontati i temi della sicurezza informatica, della preparedness, della continuità assistenziale in caso di attacco hacker, della governance della trasformazione digitale e della responsabilità connessa all'utilizzo dell'intelligenza artificiale nelle organizzazioni sanitarie.

La Quinta Sessione, "L'Ospedale che vaccina: modello di integrazione Ospedale-Territorio e governance della prevenzione", moderata da Italo Angelillo, Paolo Pandolfi e Giovanni Orsi, riprenderà e svilupperà uno dei progetti più qualificanti dell'ANMDO. Attraverso il confronto tra Direzione Sanitaria, Dipartimenti di Prevenzione, esperti di sanità pubblica e clinici delle principali aree della fragilità, la sessione sarà dedicata alla traduzione operativa della prevenzione vaccinale nei percorsi ospedalieri e nella continuità assistenziale.

La Sesta Sessione, "Il governo dell'antibioticoresistenza: clinica, organizzazione e responsabilità istituzionale", vedrà la moderazione di Emilia Vozzella, Luigi Aprea e Antonella Agodi. Il tema dell'antibiotico-resistenza sarà affrontato come

sfida sistemica per il Servizio Sanitario Nazionale, intrecciando scenario epidemiologico, sorveglianza, infezioni correlate all'assistenza, responsabilità organizzative, antimicrobial stewardship e strumenti operativi di governo clinico.

La Settima Sessione sarà dedicata alla tavola rotonda "Disinfezione ambientale tra evidenze, innovazione e responsabilità", con la moderazione di Tiziana Perrone ed Elide Azzan e con il contributo di professionisti impegnati sui temi dell'igiene ambientale, dell'innovazione tecnologica, dell'efficacia degli interventi e della responsabilità organizzativa nelle strutture sanitarie.

L'Ottava Sessione, "Ospedale, Territorio e Dintorni", moderata da Michele Chittaro, Mattia Altini e Franco Ripa, chiuderà idealmente il percorso congressuale riportando al centro il rapporto tra ospedale e territorio. I temi dell'integrazione, degli IRCCS, della misurazione delle attività territoriali, della gestione delle informazioni sanitarie, dell'intelligenza artificiale nel territorio, del DM 77 e del rapporto con il socio-sanitario e gli enti locali saranno letti nella prospettiva della Direzione Sanitaria come funzione di governo delle reti assistenziali.

In parallelo, le sessioni dedicate alle comunicazioni e ai poster offriranno ulteriore spazio alla partecipazione scientifica, alla valorizzazione delle esperienze dei soci e alla condivisione di buone pratiche provenienti dalle diverse realtà sanitarie del Paese. Anche questa dimensione è essenziale: un Congresso vive non soltanto delle relazioni principali, ma della capacità di far emergere esperienze, progetti, risultati e competenze diffuse nella comunità professionale.

Una visione unitaria della Direzione Sanitaria

L'insieme delle sessioni conferma la struttura culturale del Congresso: non una somma di argomenti separati, ma un disegno unitario. Dalla governance delle professioni alla digitalizzazione, dall'infection prevention alla cybersecurity, dalla vaccinazione in ospedale all'antibiotico-resistenza, dalla disinfezione ambientale all'integrazione ospedale-territorio, ogni tema concorre a definire la Direzione Sanitaria

come funzione essenziale di governo, capace di tenere insieme competenza scientifica, responsabilità organizzativa e visione strategica.

L'ANMDO ha sempre interpretato il proprio ruolo come quello di una comunità scientifica capace di produrre cultura, promuovere ricerca, elaborare proposte e offrire modelli organizzativi. Questo Congresso conferma tale vocazione. Non ci riuniamo soltanto per aggiornare conoscenze, ma per costruire una visione condivisa; non soltanto per discutere problemi, ma per individuare soluzioni; non soltanto per descrivere il cambiamento, ma per governarlo.

Desidero rivolgere un sentito ringraziamento al Comitato Scientifico, al Comitato Organizzatore, alla Sezione Regionale ANMDO Marche, ai relatori, ai moderatori, agli sponsor e a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo importante appuntamento nazionale.

Un ringraziamento particolare va ai soci ANMDO. La loro partecipazione all'Assemblea Elettiva, la loro presenza al Congresso e il loro impegno quotidiano negli ospedali italiani rappresentano il patrimonio più autentico della nostra Associazione. Sono i soci a dare forza all'ANMDO, a renderla viva, a trasformarla in una comunità professionale capace di incidere realmente sul futuro della sanità. Il 51° Congresso Nazionale ANMDO sarà dunque un momento di aggiornamento scientifico, confronto culturale, partecipazione e responsabilità. Sarà l'occasione per rinnovare la vita associativa, ascoltare grandi voci della sanità italiana, discutere la visione dei prossimi dieci anni e riaffermare il ruolo della Direzione Sanitaria come funzione essenziale di governo del sistema.

"L'Ospedale e Dintorni" non è soltanto il titolo di un Congresso. È il modo con cui ANMDO guarda al futuro: un futuro nel quale l'ospedale dialoga con il territorio, la prevenzione si integra con l'assistenza, l'innovazione si accompagna alla responsabilità e la partecipazione dei soci diventa fondamento della vita associativa.

Buon Congresso e buona Assemblea Elettiva a tutti.

GIANFRANCO FINZI
Presidente Nazionale ANMDO



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Medical Informatics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijmedinf

Perceptions of infection control professionals toward electronic surveillance software supporting inpatient infections: A mixed methods study

Alexandre Baudet^{a,b,*}, Marie-Jo Brennstuhl^{a,c}, Julie Lizon^b, Marie Regad^{a,b}, Nathalie Thilly^{a,b}, Béatrice Demoré^{a,b}, Arnaud Florentin^{a,b}

^a Université de Lorraine, Inserm, INSPIRE, F-54000 Nancy, France

^b Université de Lorraine, CHRU-Nancy, F-54000 Nancy, France

^c Université de Lorraine, UFR Sciences Humaines et Sociales, Metz, France

ARTICLE INFO

Keywords:

Infection prevention and control
Electronic surveillance software
Mixed-methods study
Semistructured interview
Usability

ABSTRACT

Background: Electronic surveillance software (ESS) collects multiple patient data from hospital software to assist infection control professionals in the prevention and control of hospital-associated infections. This study aimed to understand the perceptions of end users (i.e., infection control professionals) and the facilitators and barriers related to a commercial ESS named ZINC and to assess its usability.

Methods: A mixed-method research approach was adopted among infection control professionals 10 months after the implementation of commercial ESS in the university hospital of Nancy, France. A qualitative analysis based on individual semistructured interviews was conducted to collect professionals' perceptions of ESS and to understand barriers and facilitators. Qualitative data were systematically coded and thematically analyzed. A quantitative analysis was performed using the System Usability Scale (SUS).

Results: Thirteen infection control professionals were included. Qualitative analysis revealed technical, organizational and human barriers to the installation and use stages and five significant facilitators: the relevant design of the ESS, the improvement of infection prevention and control practices, the designation of a champion/superuser among professionals, training, and collaboration with the developer team. Quantitative analysis indicated that the evaluated ESS was a "good" system in terms of perceived ease of use, with an overall median SUS score of 85/100.

Conclusions: This study shows the value of ESS to support inpatient infections as perceived by infection control professionals. It reveals barriers and facilitators to the implementation and adoption of ESS. These barriers and facilitators should be considered to facilitate the installation of the software in other hospitals.

1. Introduction

Surveillance of hospital-associated infections (HAIs) is fundamental for infection prevention and control (IPC). It provides the epidemiological information needed to measure the level of infectious risk in hospitals, to define the prevention policies to be implemented by hospital IPC teams, to assess the effectiveness of these prevention policies, to disseminate surveillance data to health care professionals, and to improve the quality of care and patient safety [1,2].

Traditional manual methods of HAI surveillance are time-consuming and resource intensive for infection control professionals (ICPs) and

generate data of variable quality [3]. In our hospital, these manual methods consisted in e-mails sent by microbiology laboratory to ICPs when a bacterium with epidemic potential or possible HAI was detected. Then ICPs studied the electronic patient records, made a survey with paper questionnaire in the ward and used in-house software to identify other patients in contact with patient infected by XDR bacteria [4]. Due to technology improvement, the methods and practices of ICPs for HAI surveillance have evolved. Electronic surveillance software (ESS) systems have been created to supplement electronic patient records using links from various hospital software to collect multiple types of data, such as clinical, microbiological, therapeutic and administrative data.

* Corresponding author at: Faculté d'Odontologie de Lorraine, 7 avenue de la forêt de Haye, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex, France.
E-mail address: alexandre.baudet@univ-lorraine.fr (A. Baudet).

<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105419>

Received 27 December 2023; Received in revised form 13 March 2024; Accepted 18 March 2024

Available online 19 March 2024

1386-5056/© 2024 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

ESS processes several algorithms and performs an automated recognition of hospital infections, data collection, analysis and interpretation. ICPs can be assisted by ESS to detect, report and monitor HAIs [3,5,6].

Compared to traditional manual methods, ESS decreases performance variability, improves data accuracy and reliability, increases the efficiency of ICPs and allows ICPs to focus less on infection detection and more on IPC [7]. The utility and performance of ESS have been highlighted in several studies, and it has been suggested that hospitals should develop and implement ESS to support inpatient infections [5]. ICPs also report that improving information technology solutions, such as ESS, is a higher priority [8]. Although ESS is recommended and commercially available on the market, its adoption is slow [9]. Many hospitals do not have ESS to assist their ICPs in HAI surveillance, and several hospitals have developed in-house ESS rather than employing commercial ESS [3,10,11].

Many studies have focused on technical appropriateness and end-users' experience to understand factors related to the adoption of computerized decision support systems for drug management [12]. However, to the best of our knowledge, no study has investigated end-users' perceptions of the usability of an ESS to support inpatient infections. To carry out studies on the user experience of software is crucial to adapt it to the needs, expectations and specificities of end-users. Hebden suggested that the slow implementation of an ESS was due to human factors and indicated the need for qualitative research on ESS adoption and barriers related to its implementation [9].

This study aimed to understand the perceptions of end-users (i.e., infection control professionals) in relation to a commercial ESS to support inpatient infections that was recently implemented in our hospital. The secondary aims were to assess usability and to compare usability scores according to participants' characteristics (age, gender, position...).

2. Methods

This study was part of a larger quasiexperimental study that evaluated the impact of an ESS to support inpatient infections and a computerized decision support system to facilitate antibiotic stewardship in the prescription of antibiotics at the university hospital of Nancy, France (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04976829) [4].

2.1. Study design

A mixed-method approach was adopted to qualitatively gather the perceptions of end-users and to quantitatively measure the usability of an ESS using individual semistructured interviews and two structured questionnaires. This study followed the COREQ reporting guidelines (Supplementary Table S1) [13].

2.2. Setting and participants

The study was conducted among the ICPs of the university hospital of Nancy (France), a 1500-bed hospital. The ICPs started to use the ESS in October 2022, and the qualitative and quantitative investigations were conducted in July and August 2023 after 10 months of use to give the staff time to adapt to the software.

All ESS end-users were invited to participate in the study by The inclusion criteria consisted of ICPs from medical and paramedical staff who used the ESS for at least one month and who signed an informed consent form. The exclusion criteria consist of IPCs who refused to participate in the study and who did not personally use the ESS (e.g., secretaries, the data manager, and students in externship).

2.3. ESS implementation

The ESS named ZINC (Lumed®, Sherbrooke, Québec, Canada) was designed in 2016 and was first installed in Canada in 2019 and in our

hospital in France in 2021. Thus, it has been actively developed for French hospitals since September 2021 through near-weekly meetings of ICPs on our hospital medical staff and members of the Lumed® developer team. Since October 2022, the ESS has been implemented for routine clinical use by ICPs in place of the in-house software they previously used [4].

The ESS monitors the microbiological information of inpatients and facilitates the surveillance of their infection and diseases with epidemic potential, especially multidrug-resistant bacteria and other pathogens, such as *Clotridioides difficile*, COVID-19 and measles. All relevant administrative, clinical and microbiological electronic hospital data are automatically sent to the ESS. It allows for real-time identification and follow-up of inpatients suspected of having a contagious illness or HAI. Moreover, it easily identifies a list of contact patients based on a definition of contact time with the infected patient. Alerts are generated by the ESS for the identification of microorganisms requiring additional precautions (Figs. 1 and 2). The ICPs screen the alerts daily (08:30 to 18:30), except on weekends, when the alerts are treated the next Monday. The ICPs contact the ward in charge of positive or contact patients to inform the ward and double-check the implementation of hygiene precautions and screening tests according to the French guidelines.

2.4. Qualitative data: collection and analysis

The qualitative part of the study was based on semistructured face-to-face individual interviews with eligible IPC team members. All interviews were conducted by a researcher (AB) who was a PhD student trained for this qualitative research and who had previously worked with the IPC team. The interviews lasted 12 to 30 min (median: 22 min) and were recorded in a closed hospital office. No one was present other than the participant and the researcher. The interviews were conducted using a semistructured interview guide adapted from Jung et al. [14]. The interview guide consisted of open-ended questions to explore the perceptions of ICPs about the use of the implemented ESS and to understand barriers and facilitators related to its use (Supplementary Table S2). During the interviews, main questions could be rephrased when the participants did not understand the initial question and additional follow-up questions were asked to allow participants to explain and detail their statements (e.g., 'What do you mean...?', 'Can you clarify...?'). Data saturation was reached when no new information that could inform the domains of discussion emerged from the last two interviews (data obtained during the last interviews with a medical staff member and a paramedical staff member did not lead to new themes).

All interviews were recorded using an audio recorder, transcribed verbatim and deidentified. NVivo 11 (QSR International, Burlington, MA) was used to analyze the open-ended questions and to guide the thematic analysis. The analysis of transcripts was subject to a grounded and inductive thematic analysis [15,16]. A preliminary coding scheme was subsequently developed using the interview guide questions after data familiarization with the first few transcripts. Then, line-by-line coding was performed by adding emerging codes. Finally, the coding scheme was refined, and a last cycle of coding was performed. The coding scheme was performed by a researcher (AB) and reviewed by another researcher (MJB).

2.5. Quantitative data: collection and analysis

Prior to the interviews, the participants completed a short questionnaire including sociodemographic questions and the French version of the System Usability Scale (F-SUS). The F-SUS is a translated and validated version of the System Usability Scale (SUS), which is one of the most widely used scales to measure the perceived ease of use of interactive systems [17]. The SUS is a ten-item scale developed by Brooke to quickly and easily provide a global view of the user's subjective assessments of usability [18]. The items alternate between positive and

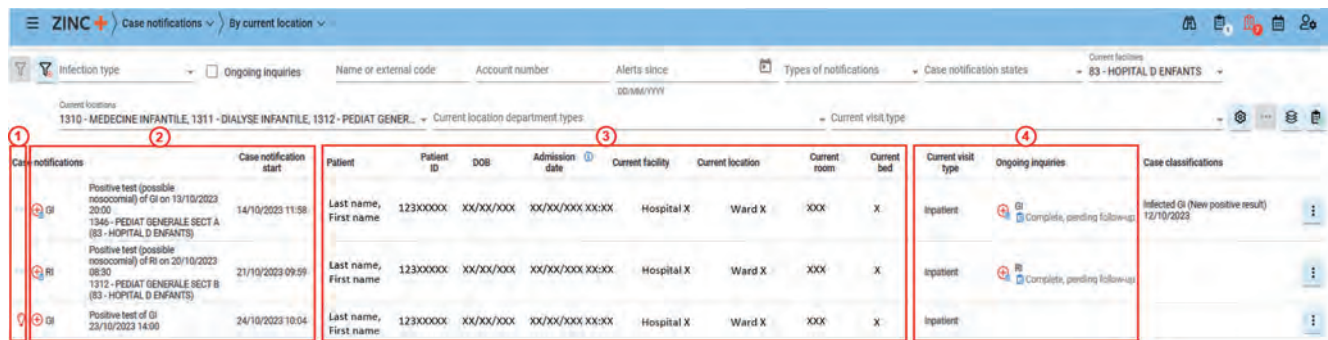


Fig. 1. Screenshot of the ESS end-user interface. 1) Classification of alerts using icons, allowing users to see the notification easily. 2) Type of alert (microorganism) and start date of the follow-up. 3) Patient identification. 4) Status of associated survey.

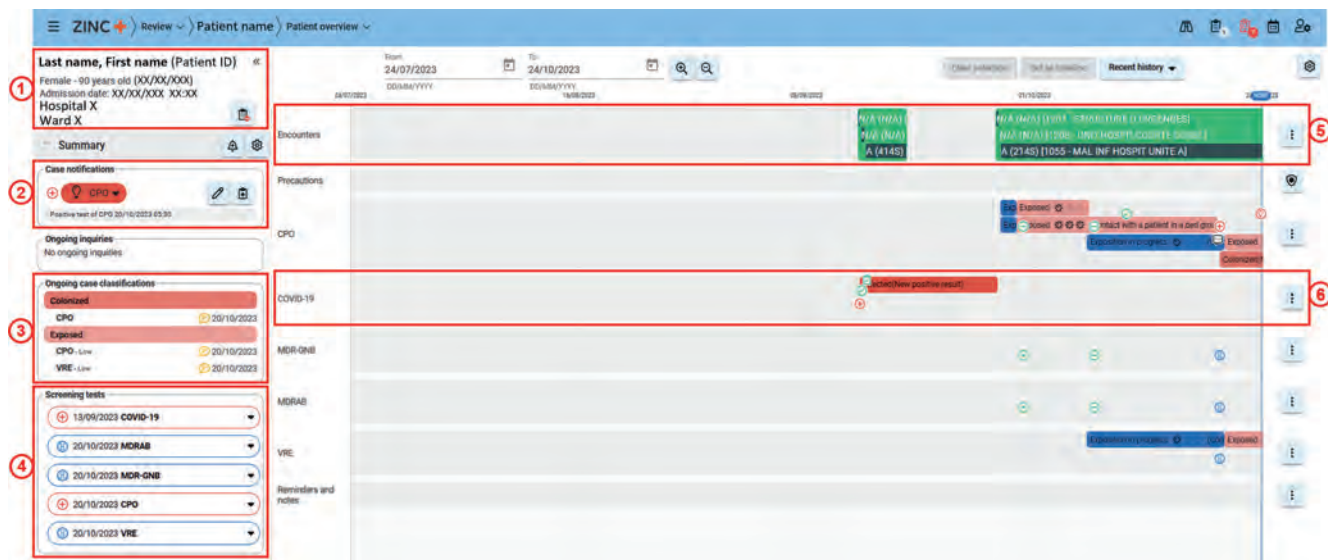


Fig. 2. Screenshot of a patient overview on the ESS. 1) Patient identification. 2) Type of alert and start date of the follow-up. 3) Current infectious status. 4) Last screening tests. 5) Overview of hospital stays. 6) Type of infection (sample results, associated infectious status and investigation).

negative statements. The respondent states his or her position on a 5-point Likert scale ranging from “1 = Strongly Disagree” to “5 = Strongly Agree”. The global SUS score, ranging from 0 (worst usability) to 100 (best usability), is calculated in three steps: 1) for positively worded items 1, 3, 5, 7 and 9, one point is subtracted from the score given by the respondent; 2) for negatively worded items 2, 4, 6, 8 and 10, the calculation is 5 minus the score given by the respondent; and 3) the 10 recalculated scores are summed and multiplied by 2.5 [19]. The global SUS score is interpreted as indicated by Bangor et al. according to the seven-item adjective rating scale [20,21].

The quantitative data were collected with Microsoft® Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) and analyzed using RStudio® (RStudio Inc., Boston, MA, USA). The data are described as numbers and percentages for categorical variables and as medians with ranges (min–max) for continuous variables. The association between the SUS score and participants’ characteristics were tested using Mann-Whitney *U* test or Kruskal-Wallis test for categorical variables and with Spearman’s correlation coefficient for continuous variables. The statistical significance was fixed at $p < 0.05$.

2.6. Ethical considerations

This study was granted approval by the ethics committee of the university hospital of Nancy in August 2021 (approval No. 322). The participants were informed about the purpose of the study, and all

participants signed an informed consent form prior to the start of each interview. Participation was voluntary and not compensated.

3. Results

3.1. Participant characteristics

Table 1 presents the demographic and professional characteristics of all interviewed ICPs. Among the 13 participants, seven were medical staff (M1 to M7) and six were paramedical staff (PM1 to PM6). The participants had a median age of 38 years (range: 25–56), and they had worked as ICPs for an average of 2.5 years (range: 2 months–14 years). Among them, 11 used the ESS every day when they worked in the IPC ward (only the department head physician and the health executive midwife used the ESS less often, each week and less than once a week, respectively).

3.2. ICPs’ perceived barriers

ESS end-users reported technical, organizational and human barriers to the installation and use stages. Most of the illustrative verbatim text related to these three themes of barriers is summarized in Supplementary Tables S3, S4 and S5.

Table 1
 Characteristics of the participants (N = 13).

Characteristics	n	%
Sex		
Female	10	77
Male	3	23
Age (years)		
25–34	5	38
35–44	4	31
≥45	4	31
Years of hospital experience (years)		
<5	3	23
5–10	4	31
>10	6	46
Years of experience in IPC ward (years)		
<1	4	31
1–5	6	46
>5	3	23
Position		
Medical staff		
Physician	2	15
Pharmacist	3	23
Resident in medicine	1	8
Resident in pharmacy	1	8
Paramedical staff		
Nurse	4	31
Midwife	1	8
Pharmacist technician	1	8
Use of the ESS during working days		
Every day	11	85
<1/day and ≥1/week	1	8
<1/week	1	8
Use of electronic tools at home		
Every day	11	85
<1/day and ≥1/week	0	0
<1/week	2	15

3.2.1. Technical barriers

At the time of installation, the two medical staff members in charge of ESS implementation noted technical barriers concerning the data flow interfacing and the information technology equipment. The main barrier was the data flow interfacing from electronic hospital data (medical, microbiological and administrative patient records) to the ESS due to internal and external difficulties. On the one hand, the hospital information technology team had a lack of ‘understanding of what we’re actually capable of extracting from hospital software and what we’re not’ (M3). On the other hand, the opening up of new data flows depends on the cooperation of the companies that supply the hospital software: ‘Information technology people (...) rely a lot on companies to get things done (...). We’re very dependent on their willingness to respond’ (M3).

ICPs reported four significant technical barriers to use: i) the need to consult the electronic patient record in addition to the ESS to see textual data (‘I have to go through the [electronic patient record] because that’s where I’ll see the clinical elements, the patient’s follow-up, and find out whether, for example, the patient is symptomatic or not’ (M1)); ii) duplicate work for clinical investigation on the ESS (‘The doctor will do his pre-investigation, will note, for example (...) the date of the alert (...); I’ll fill in my part. These items aren’t put in automatically, and we’re obliged to put them in. So I think it’s a waste of time’ (PM6)); iii) inadequate information technology equipment among medical staff (‘My hospital computer was crap’ (M7)) and paramedical staff (‘the aim was to carry out audits directly

in the wards, but the equipment isn’t suitable. In other words, what we need are tablets, not computers’ (PM5)); and iv) the absence of graphics in the ESS interface (‘to be able to make our own epidemic curves’ (M7)).

3.2.2. Organizational barriers

At the time of installation, two organizational barriers were largely discussed: the need for dedicated times and the validation of the data flows. The involvement of people was crucial for the implementation and adoption of the ESS: ‘The need, when deploying the software, is to realize that it’s going to take dedicated time for (...) the teams involved in deploying it’ (M3). For example, the lack of dedicated time for microbiologists on the project generated a cascade of barriers, such as a microbiological data flow that was not validated and consolidated by the microbiology laboratory, which was a limitation to confidence in this data flow (‘The software’s biggest intrinsic problem remains the lack of validation of biological flows (...). This is what somewhat limits my confidence in the software’ (M3)) and possible difficulties regarding rare infectious diseases (‘Take Ebola, for example (...). If one day a prescription is made, I’m not sure we’ll be able to recognize it correctly’ (M3)).

In use, the main organizational barrier was the workflow transition of the IPC team. The ESS modified IPC activities (‘In the past, we had much less investigation to do’ (M6)) with important modifications of team practices (‘It completely changes the way we work’ (M7)) and an adjustment period (‘It was a bit of a cacophony at the beginning’ (M7)). The workflow transition was complexified by the growing number of alerts requiring prioritization of ICP tasks (‘The number of alerts has exploded compared to what we had before. We don’t necessarily have the human resources to respond to all alerts, so we’ve implemented a prioritization rule’ (M4)) and the absence of management tools included in the ESS (‘to supervise what is done via this software’ (M3)).

3.2.3. Human barriers

At the time of installation, the main human barrier was the low involvement of some people, which could have compromised all the implementation: ‘It’s [because of] the [lack of] involvement of a microbiologist in the deployment of the software that we missed out on so many things’ (M7)). The lack of involvement could be explained by the lack of dedicated time to the ESS installation (organizational barriers) and the lack of explanation of the ESS, which can scare end-users and generate reluctance: ‘I was rather reluctant because (...) I was a bit afraid at first that I wouldn’t be able to do it with this software because I hadn’t taken the time to understand how it worked’ (M4). Furthermore, several members of the paramedical staff indicated poor computer skills: ‘I think I have trouble using computers’ (PM1).

In use, the main human barrier was the difficulty of treating all the alerts generated by the ESS, and the ICPs reported: ‘We have a lot more data to process’ (M2) and ‘In the past, we had much less investigation to do’ (M6). A more anecdotal human barrier was the language barrier with the foreign developer team: ‘We had a videoconference with the Canadians (...). It’s really hard with the accent and the differences in language’ (PM5).

3.3. ICPs’ perceived facilitators

Despite barriers, the ICPs were very enthusiastic about the ESS, especially medical staff members: ‘It’s a really interesting tool’ (M2), ‘I’m totally in favor of this type of software’ (M4), or even ‘It’s super well thought-out’ (M5).

Five themes concerned facilitators of ESS adoption: i) the ESS was well designed, ii) it improved IPC practices, iii) a champion/superuser was designated among ICPs, iv) training sessions were provided, and v) the developer team was helpful. The most illustrative verbatims related to these facilitator themes are summarized in Supplementary Table S6.

3.3.1. A well-designed ESS

According to the ICPs, the relevant design of the ESS contributed strongly to its adoption. Ease of learning, ease of use and navigation

were important facilitators for end-users. Most ICPs qualified the ESS as 'intuitive' (8/13); this word was used 14 times during the interviews. Many of the ICPs noted the ease of use ('I find this software easy to use' (M1)) and highlighted that it was smooth to navigate ('I find navigation extremely easy, fluid and intuitive' (M6)). The visual appearance of the software contributed to the ease of use and to its adoption: 'The choice of colors, the choice of graphics; in fact, it's pretty intuitive, and it's nice' (M5).

3.3.2. The ESS improved IPC practices

ICPs reported: 'It's a software that has enabled us to improve our practices in terms of infectious risk prevention' (M4). One medical staff member stated: 'In our day-to-day operations, it has enabled us to gain a great deal in terms of responsiveness, investigation, contact with wards and alert management' (M3).

The recently installed commercial ESS was a sign of progress compared to the in-house software previously used by ICPs: '[The ESS] is a database that's updated in real time and doesn't crash. Our [in-house] database had its limitations and wasn't easy to use' (PM5), and 'We had an in-house software that already met certain expectations, but I'd say we've taken it to a higher level with ZINC software' (M4).

The main improvements brought by ESS included the best coverage of microorganisms and HAI surveillance ('We've improved the exhaustiveness of our monitoring of the panel of healthcare-associated infections' (M3)) and the centralization of useful data ('It has enabled us to bring together all the data we need in one place' (M4)). These improvements contributed to saving time ('Now, we have everything in one place, which saves time' (M2)) and helped to increase responsiveness and efficiency ('This allows us to be more reactive' (PM3)). ICPs also declared improvements regarding communication with care wards ('I think it improves the relationship with them because they call and they feel that there's someone who's really dealt with the case' (M1)) and the quality of care ('The consequences this can have on the quality of care (... I think it has had a very positive impact on our team but also on patients' (M6)).

3.3.3. A designated champion/superuser among ICPs

One member of the IPC team was identified as champion/superuser to assist the other ICPs with the workflow transition and collaborated weekly with the developer team to make decisions regarding system design and configuration: '[The superuser] meets with the developer team every Friday. So, she sees the problems and discusses them as they arise' (PM1). This medical champion/superuser was particularly appreciated by paramedical team members to help them with the ESS: 'We would go and see [the champion] for 5 min. She would explain, and then you would understand as you went along' (PM5).

3.3.4. Training sessions

To learn to use the ESS, training sessions conducted by both the developer team and the champion/superuser were appreciated: 'You need training sessions and, above all, practice' (M4) and '[The champion] gave us a little training again' (PM3).

3.3.5. A helpful developer team

The ICPs highlighted the great importance of the developer team in ESS adoption. They noted that the developer team was attentive, reactive and engaged in the development and improvement of the ESS: 'They want to improve (... the software' (M5) and 'Improvements are made as and when comments are received' (PM5).

3.4. Usability of the ESS

Table 2 presents the usability test results. The overall median score was 85/100 (range = 60–95), indicating a 'good' system in terms of perceived ease of use (Fig. 3). Half of the items obtained an optimal median score (items 1, 2, 3, 6 and 8). The median SUS score was higher for medical staff than for paramedical staff (90 vs. 80, $p = 0.002$), and it decreased with the age of the end-user ($r = -0.7$, $p = 0.006$). The median

Table 2

Usability test results.

Items rated on a 5-point Likert scale	Median	Q1-Q3	Range
I would like to continue using this system frequently	5	5–5	4–5
I found this system unnecessarily complex	1	1–1	1–3
I thought this system was easy to use	5	4–5	2–5
I need the support of a technical person to be able to use this system	2	1–3	1–4
I found the various functions in this system were well integrated	4	4–4	2–5
I thought there was too much inconsistency in this system	1	1–2	1–4
I would imagine that most people would learn to use this system very quickly	4	4–5	2–5
I found the system very cumbersome to use	1	1–2	1–3
I felt very confident using the system	4	4–5	2–5
I needed to learn a lot of things before I could get going with this system	2	1–3	1–5

SUS score was not associated with the gender ($p = 0.2$), the frequencies of use of the ESS during working days ($p = 0.3$) or of electronic tools at home ($p = 0.4$). It was not correlated with years of experience in the hospital ($p = 0.3$) or in the IPC ward ($p = 0.1$).

4. Discussion

This study employed a mixed-method research approach that identified several significant findings on the barriers and facilitators reported by end-users for an ESS that supported inpatient infections. Barriers included technical, organizational and human difficulties to the installation and use stages. Five main facilitators were identified: the relevant design of the ESS, the improvement of IPC practices, the designation of a champion/superuser among ICPs, training, and collaboration with the developer team. The quantitative analysis, including a usability scale, was in line with the qualitative analysis.

4.1. Barriers to ESS adoption

A previous qualitative study on the adoption of computerized decision support systems for prescription drug management identified several barriers: alert fatigue, lack of accuracy, poor user interface design, and lack of customizability [14]. Thus, to improve the adoption of computerized decision support systems, it was recommended to focus the design on usability, ergonomics, workflow integration and transparency of the decision-making process [22]. These points were taken into account by the developer team of ZINC in collaboration with our IPC team (especially with the champion/superuser) to produce a 'good' system according to the SUS median score obtained (85/100). However, other barriers were reported by end-users in our qualitative study, including technical, organizational and human barriers. Yusof et al. identified and developed frameworks for technical, organizational and human factors for health information systems through a review of the literature [23,24].

Technical barriers reported at the time of installation generated delays in the implementation of the commercial ESS, more than one year in our hospital after administrative approval of the project. This delay was long but not surprising for the implementation of this type of software. Indeed, the successful implementation of a new system, such as a computerized decision support system or ESS, can be challenging due to the hospital environment, which is characterized by a complex interaction of systems associated with technological, human and organizational factors [24,25]. Wisniewski et al. reported that the development of a clinical data warehouse for a hospital IPC took two years [26], and Apte et al. reported almost two years to develop and integrate an electronic system studying HAIs [27].

In use, a barrier reported in our study and by Hebden was the



Fig. 3. System usability scale (SUS) scores in relation to the adjective ratings.

abundance of data available from the system, which may lead to an expansion of surveillance activities [9]. The workflow adaptation of the IPC team is an unavoidable issue when ICPs switch from traditional manual surveillance of HAIs to an ESS. Thus, tasks and their distribution were modified among medical and paramedical staff members in our study, and prioritization of the workflow was implemented. It is crucial to define and standardize the process to ensure that each end user can easily identify which tasks need to be completed to avoid forgetting to take HAIs into account and to avoid duplication of work [9].

Medical staff members are familiar with the use of hospital software while several paramedical staff members indicated poor computer skills in our study. This lower information technology skills of the paramedical staff compared to the medical staff and older age were barriers to ESS adoption because they generated a significant decrease in the perceived ease of use evaluated by SUS. A previous study has already highlighted that the age significantly affects the SUS score with a negative impact on the usability of the interfaces [20]. No institutional barriers were reported in our study because they occurred after the implementation stage. Before the installation of an ESS, institutional approval should be obtained and may involve severe barriers. Institutional concerns include security, confidentiality and medico-legal problems [26]. Economic considerations with return-on-investment expectations are also determinants of the decision to implement, maintain, or discontinue an ESS [9,28].

4.2. Facilitators to ESS adoption

In their systematic review, Gagon et al. highlighted factors that influence the adoption of information and communication technologies in a medical context. The main facilitators identified were perceived usefulness, compatibility, ease of use, participation of end-users in the design, presence of champions/superusers, training, the management of implementation and the impact on clinical uncertainty [29]. Most of these facilitators were also reported during our semistructured interviews, which highlighted five significant facilitator themes: the relevant design of the ESS, the improvement of IPC practices (e.g., it gathered useful information, it saved time, and it improved responsiveness, efficiency, communication with care wards and quality of care), the designation of a champion/superuser among ICPs, training, and collaboration with the developer team. The design of ZINC was praised during the semistructured interviews and was confirmed by the SUS score, especially by the good results on its complexity and cumbersome of use.

In our study, the ICPs perceived that the ESS enabled them to save time and improve practices compared with traditional manual surveillance. This was objectively demonstrated in other studies: the ESS produced a mean reduction in time spent to surveillance of 74 % [3,30] with a 61 % reduction in time spent on surveillance for surgical site infection [31]. Moreover, it provided epidemiological and statistical data that

were priority elements for ICPs [8]. ESS adoption also contributed to the quality of care by increasing appropriate isolation precaution rates for patients with antibiotic-resistant bacteria [32,33]. Moreover, ESS adoption in hospitals was significantly and positively associated with the implementation of evidence-based practices for HAIs (including methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and ventilator-associated pneumonia) and for IPCs (including hand hygiene, contact precautions and surgical care improvement) [34]. Improved practices are enabled by the performance of this type of system. The ESS presents good sensitivity (range: 63 to 91 %) and excellent specificity (range: 87 to >99 %) for laboratory-based surveillance of HAIs [35].

The success of the workflow transition of the IPC team was facilitated by the identification of a champion/superuser to assist the other team members with the ESS and to discuss the design and configuration of the ESS with the developer team. Hebden et al. noted the importance of a superuser and of the assessment of the experience and skill set of each ICP before implementing the ESS to facilitate the workflow transition of the IPC team [9]. This champion should be involved in testing the system, taking on the role of experts and superusers when the system is introduced to lead the project and promoting the use of the new software [29,36].

Finally, ICP end-users reported their enthusiasm about the commercial ESS during their interviews and indicated that they would 'strongly agree' (Q1-Q3 score: 5–5) to continue using this system (item 1 of the SUS). In hospitals in the United States, end-users of IPC software also reported greater satisfaction with the IPC abilities of ESS than electronic patient records and a higher likelihood of continuing to use the same ESS than nonusers [6].

4.3. Strengths and weaknesses of the study

To our knowledge, this is the first study to analyze barriers and facilitators of ESS both at installation time and in use in association with the usability of the ESS among IPC end-users. As a limitation, this study investigated the adoption of one ESS named ZINC® by only one IPC team in a university hospital. However, the inclusion of all eligible IPC team members permitted us to reach data saturation in qualitative analysis. The inclusion of these 13 end-users was sufficient for quantitative analysis because Tullis and Stetson showed that the SUS increases to approximately 75 % accuracy at a sample size of 8 and may reach an asymptote of 100 % at a sample size of 12 [37]. Therefore, the main limitation of this monocentric study is its low external validity and the possible lack of generalizability of the results to other hospitals. Nevertheless, many of our results are in line with other studies, demonstrating the possible dissemination of several of our results to another context, especially in other hospitals which plan the installation of this ESS in the future.

5. Conclusions

The ESS is a valuable system for supporting inpatient infection surveillance and improving the work of ICPs and the quality of care of patients. Nevertheless, the difficulties in implementing and using new software to collect multiple patient data from various hospital software programs should not be underestimated. The barriers and facilitators highlighted in this study should be considered to facilitate the adoption of software in other hospitals. The main conditions for success are the relevant design of the ESS, the improvement of IPC practices enabled by the software, the time slots dedicated to software implementation, the designation of a champion/superuser among professionals, training, collaboration with the developer team and the hospital's information technology, and the adaptation of the workflow.

6. Summary table

What was already known on the topic:

- Traditional manual methods of surveillance for hospital-associated infections are time-consuming and resource intensive for infection control professionals, they are progressively replaced by electronic surveillance software.
- Electronic surveillance software allows a significant reduction in time spent to monitor hospital-associated infections and surgical site infections.
- Adoption of new health information systems in hospital depends on technical, organizational and human factors.

What this study added to our knowledge:

- Electronic surveillance software is a valuable system to support inpatient infections surveillance.
- Infection control professionals are very enthusiastic about the electronic surveillance software because it can improve their work and the quality of care of patients.
- Moving from a manual method of healthcare associated infection surveillance to a computer method with electronic surveillance software requires time, training and adaptation of the workflow.

Funding

BioMérieux, a partner of Lumed, funded the installation and maintenance of the ESS during the evaluation.

8. Ethics approval statement

The study was approved by the Ethics Committee of the University Hospital of Nancy.

CRedit authorship contribution statement

Alexandre Baudet: Writing – review & editing, Writing – original draft, Visualization, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Marie-Jo Brennstuhl:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Conceptualization. **Julie Lizon:** Writing – review & editing, Visualization, Software. **Marie Regad:** Writing – review & editing, Software. **Nathalie Thilly:** Writing – review & editing, Methodology. **Béatrice Demoré:** Writing – review & editing, Supervision, Conceptualization. **Arnaud Florentin:** Writing – review & editing, Supervision, Software, Project administration, Methodology, Conceptualization.

Declaration of competing interest

The authors declare that they have no known competing financial

interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Acknowledgments

The authors thank BioMérieux and Lumed for the installation of the ESS. They thank all of the interviewees who participated in the study. The sponsor was CHRU de Nancy (Direction de la Recherche et de l'Innovation).

Appendix A. Supplementary data

Supplementary data to this article can be found online at <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105419>.

References

- [1] E.M. Cooke, R. Coello, J. Sedgwick, V. Ward, J. Wilson, A. Charlett, et al., A national surveillance scheme for hospital associated infections in England, *J. Hosp. Infect.* 46 (2000) 1–3, <https://doi.org/10.1053/jhin.2000.0801>.
- [2] R.P. Gaynes, R. Platt, Monitoring patient safety in health care: building the case for surrogate measures, *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* 32 (2006) 95–101, [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(06\)32013-2](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(06)32013-2).
- [3] P.L. Russo, R.Z. Shaban, D. Macbeth, A. Carter, B.G. Mitchell, Impact of electronic healthcare-associated infection surveillance software on infection prevention resources: a systematic review of the literature, *J. Hosp. Infect.* 99 (2018) 1–7, <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.09.002>.
- [4] A. Baudet, N. Agrinier, A. Charmillon, C. Pulcini, A. Lozniewski, N. Aissa, et al., Evaluating antibiotic stewardship and healthcare-associated infections surveillance assisted by computer: protocol for an interrupted time series study, *BMJ Open* 12 (2022) e056125.
- [5] R. Freeman, L.S.P. Moore, L. García Álvarez, A. Charlett, A. Holmes, Advances in electronic surveillance for healthcare-associated infections in the 21st Century: a systematic review, *J. Hosp. Infect.* 84 (2013) 106–119, <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2012.11.031>.
- [6] M. Masnick, D.J. Morgan, M.-O. Wright, M.Y. Lin, L. Pineles, A.D. Harris, et al., Survey of infection prevention informatics use and practitioner satisfaction in US hospitals, *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 35 (2014) 891–893, <https://doi.org/10.1086/676870>.
- [7] J.S. de Bruin, W. Seeling, C. Schuh, Data use and effectiveness in electronic surveillance of healthcare associated infections in the 21st century: a systematic review, *J. Am. Med. Inform. Assoc. JAMIA* 21 (2014) 942–951, <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2013-002089>.
- [8] B.G. Mitchell, L. Hall, D. MacBeth, A. Gardner, K. Halton, Hospital infection control units: staffing, costs, and priorities, *Am. J. Infect. Control* 43 (2015) 612–616, <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.02.016>.
- [9] J.N. Hebden, Slow adoption of automated infection prevention surveillance: are human factors contributing? *Am. J. Infect. Control* 43 (2015) 559–562, <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.02.007>.
- [10] P.G. Grota, P.W. Stone, S. Jordan, M. Pogorzelska, E. Larson, Electronic surveillance systems in infection prevention: organizational support, program characteristics, and user satisfaction, *Am. J. Infect. Control* 38 (2010) 509–514, <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2009.10.007>.
- [11] P.L. Russo, A.C. Cheng, M. Richards, N. Graves, L. Hall, Variation in health care-associated infection surveillance practices in Australia, *Am. J. Infect. Control* 43 (2015) 773–775, <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.02.029>.
- [12] M. Laka, A. Milazzo, T. Merlin, Factors that impact the adoption of clinical decision support systems (CDSS) for antibiotic management, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18 (2021) 1901, <https://doi.org/10.3390/ijerph18041901>.
- [13] B.C. O'Brien, I.B. Harris, T.J. Beckman, D.A. Reed, D.A. Cook, Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations, *Acad. Med.* 89 (2014) 1245, <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
- [14] S.Y. Jung, H. Hwang, K. Lee, H.-Y. Lee, E. Kim, M. Kim, et al., Barriers and facilitators to implementation of medication decision support systems in electronic medical records: mixed methods approach based on structural equation modeling and qualitative analysis, *JMIR Med. Inform.* 8 (2020) e18758.
- [15] J.M. Corbin, A. Strauss, Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria, *Qual. Sociol.* 13 (1990) 3–21, <https://doi.org/10.1007/BF00988593>.
- [16] C. Pope, S. Zieband, N. Mays, Qualitative research in health care. Analysing qualitative data, *BMJ* 320 (2000) 114–116, <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114>.
- [17] G. Gronier, A. Baudet, Psychometric evaluation of the F-SUS: creation and validation of the french version of the system usability scale, *Int J Human-Computer Interact* 37 (2021) 1571–1582, <https://doi.org/10.1080/10447318.2021.1898828>.
- [18] J. Brooke, SUS - A quick and dirty usability scale, *CRC Press, Usability Eval. Ind.*, 1996.
- [19] J.S.U.S. Brooke, A retrospective, *J. Usab. Stud.* 8 (2013) 29–40.

- [20] A. Bangor, P.T. Kortum, J.T. Miller, An empirical evaluation of the system usability scale, *Int J Hum-Comput Interact* 24 (2008) 574–594, <https://doi.org/10.1080/10447310802205776>.
- [21] A. Bangor, P. Kortum, J. Miller, Determining what individual SUS scores mean: adding an adjective rating scale, *JUX - J User Exp* 4 (2009) 114–123.
- [22] G. Catho, N.S. Centemero, H. Catho, A. Ranzani, C. Balmelli, C. Landelle, et al., Factors determining the adherence to antimicrobial guidelines and the adoption of computerised decision support systems by physicians: A qualitative study in three European hospitals, *Int. J. Med. Inf.* 141 (2020) 104233, <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104233>.
- [23] M.M. Yusof, A. Papazafeiropoulou, R.J. Paul, L.K. Stergioulas, Investigating evaluation frameworks for health information systems, *Int. J. Med. Inf.* 77 (2008) 377–385, <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.08.004>.
- [24] M.M. Yusof, J. Kuljis, A. Papazafeiropoulou, L.K. Stergioulas, An evaluation framework for Health Information Systems: human, organization and technology-fit factors (HOT-fit), *Int. J. Med. Inf.* 77 (2008) 386–398, <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.08.011>.
- [25] E. Kilsdonk, L.W. Peute, M.W.M. Jaspers, Factors influencing implementation success of guideline-based clinical decision support systems: A systematic review and gaps analysis, *Int. J. Med. Inf.* 98 (2017) 56–64, <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.12.001>.
- [26] M.F. Wisniewski, P. Kieszkowski, B.M. Zagorski, W.E. Trick, M. Sommers, R. A. Weinstein, Development of a clinical data warehouse for hospital infection control, *J Am Med Inform Assoc JAMIA* 10 (2003) 454–462, <https://doi.org/10.1197/jamia.M1299>.
- [27] M. Apte, M. Neidell, E.Y. Furuya, D. Caplan, S. Glied, E. Larson, Using electronically available inpatient hospital data for research, *Clin. Transl. Sci.* 4 (2011) 338–345, <https://doi.org/10.1111/j.1752-8062.2011.00353.x>.
- [28] J.P. Furuno, M.L. Schweizer, J.C. McGregor, E.N. Perencevich, Economics of infection control surveillance technology: cost-effective or just cost? *Am. J. Infect. Control* 36 (2008) S12–S17, <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.06.002>.
- [29] M.-P. Gagnon, M. Desmartis, M. Labrecque, J. Car, C. Pagliari, P. Pluye, et al., Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals, *J. Med. Syst.* 36 (2012) 241–277, <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9473-4>.
- [30] S.C. Keller, D.R. Linkin, N.O. Fishman, E. Lautenbach, Variations in identification of healthcare-associated infections, *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 34 (2013) 678–686, <https://doi.org/10.1086/670999>.
- [31] A. Chalfine, D. Cauet, W.C. Lin, J. Gonot, N. Calvo-Verjat, F.-E. Dazza, et al., Highly sensitive and efficient computer-assisted system for routine surveillance for surgical site infection, *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 27 (2006) 794–801, <https://doi.org/10.1086/506393>.
- [32] E. Larson, M. Behta, B. Cohen, H. Jia, E.Y. Furuya, B. Ross, et al., Impact of electronic surveillance on isolation practices, *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 34 (2013) 694–699, <https://doi.org/10.1086/671001>.
- [33] A.N. Kho, P.R. Dexter, J.S. Warvel, A.W. Belsito, M. Commiskey, S.J. Wilson, et al., An effective computerized reminder for contact isolation of patients colonized or infected with resistant organisms, *Int. J. Med. Inf.* 77 (2008) 194–198, <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.02.005>.
- [34] H. Halpin, S.M. Shortell, A. Milstein, M. Vanneman, Hospital adoption of automated surveillance technology and the implementation of infection prevention and control programs, *Am. J. Infect. Control* 39 (2011) 270–276, <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.10.037>.
- [35] J. Leal, K.B. Laupland, Validity of electronic surveillance systems: a systematic review, *J. Hosp. Infect.* 69 (2008) 220–229, <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2008.04.030>.
- [36] M.A. Martinez, T. Kind, E. Pezo, K.L. Pomerantz, An evaluation of community health center adoption of online health information, *Health Promot. Pract.* 9 (2008) 59–67, <https://doi.org/10.1177/1524839906294804>.
- [37] T. Tully, J.N. Stetson, A comparison of questionnaires for assessing website usability, 13th Annual UPA Conference, Minneapolis, Minnesota, USA, 2004.

I prodotti antisettici e disinfettanti: aspetti regolatori per l'acquisto e l'utilizzo

Daniela Accorgi

*Incarico professionale clinico assistenziale, Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
Ospedale S. Stefano, Prato*

Riassunto

Nel contesto sanitario, la scelta e l'utilizzo di antisettici e disinfettanti rappresentano un passaggio cruciale per garantire la sicurezza del paziente, dell'operatore e dell'ambiente. Nella pratica quotidiana, tuttavia, l'attenzione si concentra spesso quasi esclusivamente sul principio attivo, sulle concentrazioni e sulle raccomandazioni delle linee guida, trascurando un elemento altrettanto determinante: il prodotto nella sua complessità.

Ciò che utilizziamo non è infatti una sostanza "pura", ma un prodotto formulato che integra diversi componenti, modalità di applicazione e sistemi di erogazione, tutti fattori che influenzano in modo significativo efficacia, sicurezza e rischio di errore. A questo si aggiunge un aspetto spesso poco considerato ma fondamentale: ogni prodotto è definito e vincolato da una precisa destinazione d'uso, che ne determina il percorso regolatorio e i requisiti richiesti per l'immissione in commercio.

Antisettici e disinfettanti, infatti, non appartengono a un'unica categoria normativa, ma si collocano all'interno di un sistema articolato che comprende, tra gli altri, il Regolamento (UE) 528/2012 sui biocidi (BPR), il Regolamento (UE) 2017/745 sui dispositivi medici (MDR) e la normativa sui medicinali (Direttiva 2001/83/CE e D.Lgs. 219/2006). Questi riferimenti definiscono in modo diverso criteri di efficacia, sicurezza, qualità e responsabilità d'uso.

Comprendere questo "mosaico regolatorio" significa superare una visione semplificata e acquisire una maggiore consapevolezza professionale: nella pratica clinica non utilizziamo principi attivi "in astratto", bensì esclusivamente prodotti, ciascuno caratterizzato da una specifica destinazione d'uso e inserito in un preciso percorso regolatorio. Sono proprio questi aspetti — autorizzativi, normativi e documentali — a definire non solo l'efficacia attesa, ma anche le modalità di utilizzo, i limiti applicativi e il livello di sicurezza per il paziente, l'operatore e l'ambiente. Questo articolo si propone di offrire una lettura strutturata di tali elementi, con l'obiettivo di supportare scelte più appropriate, consapevoli e coerenti con il quadro regolatorio vigente.

PREMESSA

Nel processo di selezione di un antisettico o di un disinfettante, sia nella fase di acquisto sia in quella di utilizzo, l'attenzione si concentra prevalentemente sulle raccomandazioni delle linee guida di riferimento o dei documenti d'indirizzo.

Sono queste raccomandazioni a indicare quali principi attivi impiegare, a quale concentrazione, per quanto tempo di contatto e per quali indicazioni, orientando così gran parte delle nostre decisioni. Tuttavia, ragionare solo sui principi attivi è limitante, perché ciò che utilizziamo nella pratica quo-

tidiana non è il principio attivo "in sé", bensì un prodotto che lo contiene, con caratteristiche proprie che influenzano l'efficacia, la sicurezza e le modalità d'uso.

Il prodotto nasce da una scelta progettuale del fabbricante, che combina uno o più principi attivi con altri componenti (ad esempio solventi, coformulanti, conservanti, tensioattivi, addensanti, eventuali coloranti, ecc.) e ne definisce la forma fisica (ad esempio soluzione, gel, schiuma, pasticche, ecc.) per renderne l'uso più efficace e gestibile. Il prodotto, quindi, è un insieme costruito: non è solo "cosa contiene", ma anche com'è stato pensato per essere usato.

A questo si aggiungono le modalità di confezionamento e di applicazione: non esiste solo “il flacone”, ma anche flaconi con erogatori diversi, spray, sistemi monodose, salviette preimpregnate, applicatori specifici per il campo operatorio, e così via. Ogni tipo di confezionamento comporta una modalità di applicazione (es. frizionare, spruzzare, impregnare una garza, passare una salvietta, diluire prima dell’uso, nebulizzare) che influisce direttamente sull’efficacia, sulla sicurezza e sul rischio di errore. Altri elementi decisivi sono gli ambiti di intervento (ad es. area medica, alimentare o comunitaria) e la relativa destinazione d’uso.

Il fabbricante non sviluppa il prodotto sulla base di una generica attività microbiologica (come battericida, fungicida o virucida). Al contrario, lo sviluppo è guidato dai requisiti stabiliti dalla normativa per l’immissione in commercio, che ne definiscono con precisione l’ambito di utilizzo, le modalità d’impiego e le condizioni in cui l’efficacia deve essere dimostrata.

È proprio a partire da questi elementi, come vedremo, che vengono determinate la composizione, la forma, il confezionamento e le indicazioni operative del prodotto.

IL PERCORSO AUTORIZZATIVO DI UN PRODOTTO ANTISETTICO E DISINFETTANTE

Una volta definiti gli ambiti di intervento e la relativa destinazione d’uso, il fabbricante non può limitarsi a immettere il prodotto sul mercato: deve intraprendere uno specifico percorso di autorizzazione o di valutazione della conformità, che varia in funzione della destinazione d’uso prevista.

Questo percorso non è un semplice atto burocratico, ma una valutazione strutturata dell’efficacia e della sicurezza. Tutte le informazioni tecniche, le prove di efficacia, le valutazioni dei rischi per il paziente, l’utilizzatore, l’ambiente e la collettività vengono raccolte in un dossier tecnico molto dettagliato, che il fabbricante presenta all’ente o all’organismo competente per ottenere l’autorizzazione o la marcatura necessaria all’immissione in commercio.

Da questo dossier, estremamente completo e tecnico, derivano poi le informazioni rese disponibili all’utilizzatore in forma molto più semplificata: anzitutto l’etichetta, che indica chiaramente la destinazione d’uso, la classificazione del prodotto e le prime istruzioni essenziali per l’utilizzo e per la prevenzione degli eventuali rischi connessi all’uso, e quindi la documentazione tecnica a lui accessibile (es. schede tecniche, schede di sicurezza, altre informazioni obbligatorie).

Le diverse destinazioni d’uso dei prodotti antisetici e disinfettanti possono essere ricondotte a sei grandi macroaree, ciascuna caratterizzata da modalità di autorizzazione specifiche e da requisiti regolatori differenti.

Per tutti questi motivi, è importante cambiare il nostro modo di pensare: non limitarci a considerare solo le indicazioni del principio attivo, ma anche le caratteristiche del prodotto.

Nella pratica clinica e assistenziale – che si tratti di preparare un campo operatorio, ricondizionare un dispositivo medico o disinfettare una superficie – noi utilizziamo un prodotto concreto, e siamo responsabili non solo della sua efficacia, ma anche della sua sicurezza per il paziente, per chi lo usa, per l’ambiente e per le altre persone che potrebbero entrare in contatto con esso. Diventa quindi fondamentale conoscere quali strumenti (ad es. etichetta, schede, documentazione del fabbricante) ci informano sul prodotto e ci aiutano a usarlo in modo consapevole.

In relazione all’autorizzazione all’immissione in commercio noi distinguiamo 6 macroaree:

1. cute integra (“igiene umana”);
2. cute integra prima di un trattamento medico;
3. cute non integra;
4. mucose;
5. superfici generiche;
6. superfici con marcatura CE – Dispositivi Medici (DM).

Cute integra (“igiene umana”)

La prima macroarea riguarda i prodotti destinati alla cute integra, un’espressione nata nel contesto normativo italiano, disciplinata dal D.P.R.

392/1998 e dalle successive disposizioni relative ai Presidi Medico-Chirurgici (PMC). Per molti anni, questi prodotti—utilizzati quotidianamente negli ambienti sanitari per l'igiene e la disinfezione della pelle—sono stati autorizzati in base alla normativa nazionale sui PMC, che prevedeva una valutazione specifica dell'efficacia disinfettante e della sicurezza d'uso.

Con l'entrata in vigore del Regolamento (UE) 528/2012 sui prodotti biocidi (BPR), il quadro si è orientato progressivamente verso un sistema europeo uniforme. I PMC destinati alla cute integra stanno infatti “transitando” nella categoria regolatoria corrispondente, cioè il PT1 – igiene umana, all'interno della classificazione europea dei biocidi.

Definizione e classificazione dei biocidi (BPR)

Il Regolamento (UE) 528/2012, definisce che cosa sono i biocidi e suddivide tutti i prodotti biocidi in 4 gruppi e 22 tipi di prodotto (PT).

Per biocida si intende: “Qualsiasi sostanza o miscela, nella forma in cui è fornita all'utilizzatore, costituita da, contenente o capace di generare uno o più principi attivi, destinata a distruggere, eliminare, rendere innocui, impedire l'azione o esercitare altro effetto di controllo su qualsiasi organismo nocivo con mezzi diversi dalla mera azione fisica o meccanica.”

Si parla quindi di “organismo nocivo” per l'uomo, senza fare riferimento esclusivamente ai microrganismi, ma includendo più in generale organismi indesiderati o dannosi, come batteri, virus e funghi, nonché insetti, acari, roditori, alghe e altri organismi che possono rappresentare un rischio per la salute umana o per l'ambiente.

Gruppo 1: Disinfettanti (PT1-PT5)

- **PT1 – Igiene umana.** Prodotti biocidi destinati all'igiene umana, applicati sulla cute o sul cuoio capelluto con lo scopo principale di disinfettare la pelle.
- **PT2 – Disinfettanti e alghicidi non destinati all'applicazione diretta su esseri umani o animali.** Prodotti utilizzati per disinfettare superfici, materiali, attrezzature, arredi, aria e acqua non potabile, purché non destinati al contatto diretto con alimenti o mangimi.
- **PT3 – Igiene veterinaria.** Prodotti utilizzati per la disinfezione nell'ambito veterinario, compresi superfici, attrezzature, ambienti e materiali connessi alla stabulazione, al trasporto e alla permanenza degli animali.
- **PT4 – Superfici a contatto con alimenti e mangimi.** Prodotti utilizzati per disinfettare attrezzature, utensili, superfici e tubazioni che entrano in contatto con alimenti o mangimi durante la produzione, il trasporto, lo stoccaggio o il consumo.
- **PT5 – Acqua potabile.** Prodotti utilizzati per la disinfezione dell'acqua destinata al consumo umano o animale.

Oggi si trovano quindi prodotti ancora autorizzati come PMC e prodotti già riclassificati come biocidi PT1, secondo il processo di transizione previsto dalla normativa sui biocidi. Questo passaggio non è solo formale: il Regolamento Biocidi introduce requisiti più rigorosi per i principi attivi, che devono essere approvati a livello europeo e provenire esclusivamente da fornitori iscritti nell'Elenco dell'Articolo 95 del Regolamento stesso.

Anche la destinazione d'uso subisce un adeguamento, passando dalla tradizionale indicazione

nazionale di “disinfettante per cute integra” alla definizione europea di “prodotto per l'igiene umana – PT1”.

Nonostante il quadro normativo sia in evoluzione, la funzione pratica dei prodotti in questa macroarea rimane chiara: includono antisettici per il lavaggio delle mani, soluzioni idroalcoliche per la frizione igienica e, più in generale, tutti i prodotti destinati alla disinfezione della cute integra in ambito clinico-assistenziale, quando è previsto l'impiego di un antisettico al di fuori di procedure invasive.

Siamo quindi in una fase di transizione regolatoria, in cui la tradizionale categoria nazionale “cute integra” sta gradualmente assumendo la forma europea definitiva, ossia Igiene umana – PT1 (Biocidi).

Poiché questo cambiamento comporta la necessità per le strutture sanitarie di utilizzare prodotti pienamente conformi al Regolamento Biocidi, può essere utile conoscere gli strumenti disponibili per verificare lo stato di conformità dei principi attivi e dei prodotti autorizzati. Il portale dell'ECHA – *European Chemicals Agency* – è la fonte ufficiale

europea per queste informazioni (vedi i due riquadri di approfondimento):

- Che cos'è l'ECHA e perché interessa la Sanità?
- Come cercare principi attivi e prodotti biocidi sul portale ECHA.

Infatti, i 22 tipi di prodotto biocidi comprendono, tra gli altri, disinfettanti, preservanti, rodenticidi, insetticidi, repellenti e altri biocidi specifici per diversi ambiti d'uso. Questa classificazione consente di definire con precisione l'ambito d'uso di ciascun prodotto biocida e di inquadrarlo correttamente dal punto di vista normativo.

Che cos'è l'ECHA e perché interessa la Sanità?

L'ECHA – European Chemicals Agency – è l'Agenzia europea per le sostanze chimiche, cioè l'organismo dell'Unione europea incaricato di garantire che le sostanze chimiche e i prodotti che le contengono siano utilizzati in modo sicuro. Per farlo, coordina e gestisce l'applicazione di tre regolamenti fondamentali: REACH (registrazione, valutazione e autorizzazione delle sostanze chimiche), CLP (classificazione, etichettatura e imballaggio delle sostanze e miscele pericolose) e BPR (Regolamento sui prodotti biocidi). Per il settore sanitario, il sito e le banche dati di ECHA rappresentano lo strumento ufficiale di riferimento per verificare se un principio attivo è approvato, se un prodotto biocida è regolarmente autorizzato per un determinato uso (ad esempio PT1 – igiene umana) e se il relativo fornitore è conforme ai requisiti dell'Articolo 95 del BPR.

Come cercare principi attivi e prodotti biocidi sul portale ECHA

Il portale ECHA funziona come un motore di ricerca:

- **Principi attivi biocidi:** <https://echa.europa.eu/it/information-on-chemicals/biocidal-active-substances>
Si digita il nome della sostanza (es. etanolo, clorexidina) o il numero CAS. Si ottiene lo stato di approvazione e il tipo di prodotto per cui è autorizzata (es. PT1).
- **Prodotti biocidi autorizzati:** <https://echa.europa.eu/it/information-on-chemicals/biocidal-products>
Inserendo il nome commerciale o il principio attivo, compare un elenco dei prodotti autorizzati, con l'indicazione del PT e dello stato di autorizzazione.

Cute integra prima di un trattamento medico

Questa è la categoria più recente, introdotta come conseguenza diretta della necessità di dare attuazione al Regolamento (UE) 528/2012 sui prodotti biocidi (BPR). Per capire perché sia stata necessaria una nuova destinazione d'uso – distinta dalla semplice “igiene umana” (PT1) – è utile partire dalla logica del regolamento sui biocidi e dalla sua struttura classificatoria.

Il BPR definisce i prodotti biocidi come sostanze o miscele che agiscono contro un **organismo nocivo**, cioè un microrganismo o un infestante che rappresenta un rischio per l'uomo, gli animali, i materiali o l'ambiente. In altre parole, la logica del

biocida non è quella del trattamento clinico, ma quella del **controllo degli organismi nocivi** in diversi ambiti della vita e del lavoro, assicurando al contempo la protezione della salute pubblica, degli animali, delle superfici, dei materiali e dell'ambiente. Proprio perché il regolamento si rivolge a una gamma così ampia di contesti — dall'igiene umana, agli animali, agli ambienti sanitari, agli impianti industriali, ai materiali e ai sistemi di distribuzione dell'acqua — il BPR organizza i prodotti biocidi in:

- 5 famiglie funzionali, ciascuna dedicata a un diverso livello di rischio e a uno specifico tipo di interazione con l'organismo nocivo;

- 22 Prodotti tipo (Product Types - PT), che specificano con precisione le condizioni e il campo di utilizzo del prodotto.

Tra le 5 famiglie, la Famiglia 1 – Disinfettanti è quella che interessa maggiormente l'ambito sanitario. Essa comprende i prodotti destinati alla disinfezione:

- dell'uomo,
- degli animali,
- delle superfici,
- delle superfici alimentari,
- dell'acqua potabile e dei sistemi di trattamento dell'acqua.

Ed è proprio in questa Famiglia 1 che troviamo il PT1 – Human hygiene products, cioè i prodotti destinati all'igiene umana della cute integra.

Il PT1 include prodotti che disinfettano la cute o il cuoio capelluto in contesti non clinici, cioè per l'igiene ordinaria della cute, per l'igiene delle mani dell'operatore e del paziente, per la frizione alcolica e per le pratiche igieniche quotidiane in ambito sanitario o comunitario. Il PT1 è stato definito per regolamentare i prodotti che hanno come obiettivo la gestione degli organismi nocivi sulla cute integra, non il supporto a un atto medico-assistenziale. È su questa distinzione concettuale che ECHA ha costruito, nel tempo, un chiarimento fondamentale: se un prodotto applicato sulla cute integra ha come finalità un atto medico invasivo, e quindi è parte integrante della protezione del paziente e del trattamento, allora non appartiene più al PT1 e non può essere un biocida.

Questo punto, sviluppato da ECHA fin dal 2016 nelle prime *“Transitional Guidance on Efficacy Assessment”*, è stato poi confermato nelle versioni aggiornate (agosto 2023) della *Guidance on the Biocidal Products Regulation – Volume II: Efficacy*. Nella sezione dedicata ai prodotti PT1, ECHA afferma infatti che:

“I prodotti destinati alla disinfezione della cute integra prima di un trattamento medico del paziente sono sempre considerati medicinali e sono esclusi dal BPR”.

Da questa distinzione tecnica, basata sulla finalità d'uso, nasce la nuova categoria che oggi denomi-

niamo: cute integra prima di un trattamento medico (specialità medicinale) che completa il quadro delle destinazioni d'uso nella pratica clinica.

Il Decreto Direttoriale 29 marzo 2023: la formalizzazione nazionale della distinzione

Il chiarimento tecnico fornito da ECHA è stato recepito in Italia con il Decreto Direttoriale del 29 marzo 2023, emanato dalla Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute. Questo provvedimento rappresenta il passaggio a un percorso iniziato con l'applicazione del Regolamento (UE) 528/2012 e con le indicazioni tecniche contenute nelle Efficacy Guidance europee.

Il Decreto ha stabilito in modo esplicito che: gli antisettici destinati alla disinfezione della cute integra prima di una procedura medica o chirurgica non possono essere classificati come presidi medico-chirurgici e devono essere autorizzati come **medicinali**, attraverso il rilascio di un'AIC (Autorizzazione all'Immissione in Commercio). Con il passaggio nell'ambito dei medicinali, gli antisettici destinati alla cute integra prima di un trattamento medico vengono trattati a tutti gli effetti come le altre **specialità medicinali** già utilizzate per la cute lesa o per le mucose. Questa riclassificazione nasce dal riconoscimento che, in questo specifico ambito d'uso, l'antisettico esercita un'azione propria del farmaco, cioè finalizzata alla **prevenzione di un rischio clinico** connesso a una procedura medica invasiva. A differenza dei biocidi, valutati secondo criteri chimici e ambientali, una specialità medicinale deve dimostrare un **rapporto beneficio/rischio clinico favorevole**, esattamente come tutti i farmaci. Ciò significa che l'efficacia dell'antisettico non è più definita soltanto come “riduzione della carica microbica”, ma viene valutata in relazione alla **protezione del paziente** e agli esiti clinici rilevanti della procedura. È importante ricordare che, sulla **cute lesa**, possono coesistere prodotti con qualificazioni diverse:

- medicinali, quando l'azione principale è terapeutica o preventiva in senso clinico;
- dispositivi medici, quando l'azione principale è fisica, meccanica o di barriera.

Nel caso della cute integra prima di una manovra medica, invece, il legislatore europeo ha chiarito che l'azione richiesta è sempre connessa alla profilassi medica della procedura. Per questo motivo tali antisettici, una volta esclusi dal campo dei biocidi, possono essere soltanto medicinali, con la necessità di un'Autorizzazione all'Immissione in Commercio e con gli stessi requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia previsti per tutti i farmaci.

Cute lese

Abbiamo visto come l'antisepsi della cute integra, prima di un trattamento medico, sia uscita dal mondo dei biocidi per entrare a pieno titolo in quello delle specialità medicinali. In altre parole, è stato riconosciuto che, quando l'antisepsi è parte di un atto clinico, non possiamo più parlare semplicemente di un prodotto chimico che controlla un organismo nocivo, ma di un vero e proprio intervento terapeutico, soggetto alla normativa europea e nazionale sui farmaci.

La stessa logica si riscontra, in modo ancora più evidente, quando parliamo di cute lesa. Qui il prodotto viene applicato su un tessuto che non è più integro, spesso già compromesso da una patologia acuta o cronica. L'interazione con la superficie cutanea non è neutra: può favorire o ostacolare il processo di guarigione, modificare l'equilibrio locale, influenzare direttamente la sicurezza del paziente. Per questo, l'antisepsi per cute lesa è da sempre un ambito tipicamente "farmaceutico": gli antisettici destinati alle ferite sono infatti autorizzati come medicinali, secondo la Direttiva 2001/83/CE e il D.Lgs. 219/2006, con l'immissione in commercio regolata dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). In questi casi, il prodotto viene valutato come specialità medicinale: la scelta del principio attivo, il processo produttivo, la purezza, la stabilità, la sicurezza sistemica e locale e l'efficacia clinica devono rispondere a criteri propri del farmaco, non a quelli del semplice disinfettante. Non parliamo più soltanto di "abbattimento della carica microbica", ma di un trattamento terapeutico a tutti gli effetti, con un rapporto beneficio/rischio da dimostrare e documentare. Tuttavia, quando ci avvic-

niamo alla cute lesa, la realtà è più sfumata. Nella pratica quotidiana e nel mercato attuale, accanto agli antisettici registrati come medicinali, possiamo incontrare anche prodotti destinati alla cute lesa, autorizzati come dispositivi medici. Questo è un punto cruciale, perché non di rado prodotti presentati commercialmente come "antisettici per ferita" – quindi percepiti dagli operatori come veri e propri farmaci – risultano invece, dal punto di vista regolatorio, dispositivi medici a tutti gli effetti. La confezione o la comunicazione commerciale può richiamare il mondo del farmaco, ma ciò che conta è la registrazione ufficiale e il meccanismo d'azione dichiarato dal fabbricante.

Il Regolamento (UE) 2017/745 (MDR) definisce come dispositivo medico qualsiasi strumento, apparecchiatura, sostanza o altro articolo destinato dal fabbricante a essere utilizzato sull'uomo per finalità diagnostiche o terapeutiche, la cui azione principale non è ottenuta mediante mezzi farmacologici, immunologici o metabolici. L'elemento chiave è sempre la destinazione d'uso dichiarata e il tipo di azione esercitata dal prodotto. Se l'azione principale è fisica, meccanica, di barriera, di protezione o di semplice gestione locale – e non si fonda su un meccanismo farmacologico – il prodotto può essere inquadrato come dispositivo medico, anche quando viene utilizzato su cute lesa. L'Allegato VIII del MDR prevede esplicitamente che alcuni prodotti applicati sulla cute lesa possano essere classificati come dispositivi medici. Ciò accade quando la loro funzione è, ad esempio, detergere, proteggere il letto di ferita, mantenere un ambiente umido favorevole alla guarigione o rimuovere meccanicamente contaminanti, senza esercitare un'azione terapeutica farmacologica sulla lesione. In questi casi, il prodotto "lavora" sulla ferita, ma non la cura nel senso farmacologico del termine. Da ciò deriva una distinzione molto importante: la valutazione dell'efficacia non è la stessa tra i medicinali e i **dispositivi medici**. Per le **specialità medicinali**, la valutazione dell'efficacia è una valutazione clinica terapeutica: prove scientifiche, studi clinici controllati, analisi del rapporto beneficio/rischio, documentazione dettagliata del

meccanismo d'azione, della sicurezza locale e sistemica, e degli outcome clinici.

Per i **dispositivi medici**, invece, l'efficacia è intesa come “prestazione” del prodotto. Non è richiesto di dimostrare un effetto terapeutico farmacologico, ma che il prodotto svolga realmente la funzione dichiarata (detersione, controllo della contaminazione, protezione fisica, mantenimento dell'ambiente umido), in sicurezza.

La clinical evaluation richiesta dal MDR combina dati di laboratorio, test preclinici, letteratura già esistente e studi clinici che, però, non hanno la stessa struttura e gli stessi requisiti di quelli richiesti per l'autorizzazione di un medicinale. L'obiettivo non è dimostrare la guarigione o un miglioramento clinico in senso stretto, ma dimostrare che il prodotto è sicuro e che le sue prestazioni corrispondono a quanto dichiarato dal fabbricante.

Per l'operatore sanitario questo passaggio è tutt'altro che marginale: un antisettico percepito come “farmaco”, ma che in realtà è un dispositivo medico, offre un diverso livello di evidenze, è soggetto a standard normativi differenti e richiede una valutazione beneficio/rischio basata sul meccanismo d'azione fisico e non farmacologico. Conoscere la reale classificazione del prodotto significa scegliere in modo appropriato, utilizzare il materiale correttamente e assumersi in modo consapevole la propria responsabilità professionale.

Per questo motivo, **quando ci troviamo di fronte a un prodotto classificato come specialità medicinale e vogliamo disporre di informazioni certe, aggiornate e validate**, è indispensabile fare riferimento alle fonti ufficiali che ne descrivono in modo completo le indicazioni, la posologia, le avvertenze e le condizioni d'uso. Gli strumenti che garantiscono questa trasparenza sono il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e il Foglio Illustrativo.

Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e Foglio Illustrativo

Il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP), il Foglio Illustrativo (FI) e le etichette di un medicinale sono documenti approvati dall'AIFA o dalla Commissione europea e costituiscono parte

integrante del provvedimento di AIC del medicinale. Essi raccolgono le informazioni fondamentali sull'efficacia, sulla sicurezza, sull'uso clinico, sulle controindicazioni, sulle avvertenze e sulle precauzioni d'impiego, emerse durante la valutazione scientifica delle procedure autorizzative.

Poiché ogni medicinale è soggetto a modifiche nel corso della sua vita, l'RCP e il FI sono documenti dinamici, costantemente aggiornati. L'aggiornamento può essere richiesto dall'azienda titolare dell'AIC o dalle Autorità competenti europee o nazionali, nell'ottica di garantire un monitoraggio continuo della sicurezza e dell'efficacia del farmaco.

L'RCP è destinato agli operatori sanitari e contiene informazioni dettagliate su composizione, indicazioni terapeutiche, posologia, modalità di somministrazione, controindicazioni, avvertenze, interazioni, effetti indesiderati e meccanismo d'azione. Il FI, invece, è rivolto al paziente e traduce le stesse informazioni in un linguaggio chiaro e comprensibile.

Strumenti per gli operatori: perché la consultazione della Banca Dati AIFA è fondamentale

Per garantire un uso corretto e sicuro dei medicinali, gli operatori sanitari hanno oggi a disposizione uno strumento di lavoro essenziale: la Banca Dati dei Farmaci dell'AIFA, accessibile dal sito istituzionale e dall'app “AIFA Medicinali”.

Qui è possibile consultare in tempo reale l'RCP aggiornato, il foglio illustrativo, le eventuali note di sicurezza, le variazioni regolatorie e tutte le informazioni relative al regime di fornitura, alla rimborsabilità e allo stato autorizzativo. Questo permette al professionista di verificare le indicazioni corrette del prodotto, controllare le avvertenze e le controindicazioni aggiornate, confermare le modalità e i dosaggi previsti, identificare eventuali interazioni e le modifiche normative recenti.

In altre parole, la Banca Dati AIFA (<https://medicinali.aifa.gov.it/it/#/it/>) non è solo una risorsa informativa, ma un vero e proprio strumento clinico di supporto decisionale, indispensabile per chi utilizza quotidianamente i medicinali nella pratica assistenziale. Consultarla sistematicamente signi-

fica adottare un comportamento professionale consapevole, ridurre il rischio di errori e utilizzare i prodotti in modo appropriato e conforme alla loro classificazione normativa.

I preparati galenici: quadro normativo e criticità applicative

Accanto ai prodotti industriali classificati come specialità medicinali, presidi medico-chirurgici/biocidi o dispositivi medici, esiste un'ulteriore categoria: i preparati galenici.

Per preparazione galenica si intende un medicinale preparato direttamente dal farmacista, all'interno della farmacia o della farmacia ospedaliera, secondo le indicazioni della Farmacopea Ufficiale o sulla base di una prescrizione medica destinata a uno specifico paziente.

Normativa di riferimento

Il quadro normativo che disciplina le preparazioni galeniche è costituito principalmente da:

- **Regio Decreto 1265/1934 (Testo Unico delle Leggi Sanitarie)**, che attribuisce al farmacista la facoltà di allestire medicinali in farmacia.
- **Farmacopea Ufficiale Italiana**, che definisce le norme tecniche per la preparazione, il controllo e la conservazione delle preparazioni officinali e magistrali.
- **D.lgs. 219/2006**, che recepisce la normativa europea sui medicinali per uso umano e definisce le condizioni di preparazione e dispensazione dei medicinali galenici.
- **Norme di Buona Preparazione (NBP)** contenute nella Farmacopea Ufficiale, che stabiliscono i requisiti di qualità, sicurezza e tracciabilità delle preparazioni galeniche.

In base a questo quadro normativo si distinguono due principali tipologie di preparazioni galeniche:

- **Preparazione magistrale**: sono medicinali preparati dal farmacista su prescrizione medica, destinati a uno specifico paziente.
- **Preparazione officinale**: sono medicinali preparati dal farmacista seguendo le monografie della Farmacopea, destinati all'uso senza prescrizione individuale per singolo paziente.

In entrambi i casi la responsabilità della preparazione è attribuita al farmacista, che deve operare secondo le Norme di Buona Preparazione della Farmacopea Ufficiale.

Una criticità emergente: la produzione industriale di "galenici"

Negli ultimi anni si osserva una crescente diffusione di preparazioni definite "galeniche" che, in realtà, non vengono preparate direttamente in farmacia, bensì da **aziende industriali**.

Queste aziende producono preparazioni basate su formule galeniche (ad esempio, soluzioni antisetliche) che vengono poi distribuite alle strutture sanitarie. Questo fenomeno genera una zona grigia normativa, perché:

- la normativa sui galenici è stata pensata per preparazioni realizzate dal farmacista in farmacia;
 - mentre la produzione industriale richiederebbe normalmente un'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) come medicinale o altra classificazione regolatoria.
- Per questo motivo, quando tali preparazioni vengono utilizzate in ambito sanitario, spesso è richiesta una specifica autorizzazione interna della struttura sanitaria, che può prevedere:
- valutazione da parte del servizio farmaceutico ospedaliero;
 - approvazione da parte della direzione sanitaria;
 - definizione delle modalità di utilizzo all'interno delle procedure aziendali.

In alcuni contesti, infatti, l'utilizzo di preparazioni galeniche prodotte da aziende esterne può richiedere un'autorizzazione formale del Direttore Sanitario, proprio per garantire che il prodotto sia impiegato nel rispetto delle norme di sicurezza e delle responsabilità professionali.

Il ruolo della farmacia ospedaliera

Alla luce di questo quadro, la farmacia ospedaliera mantiene un ruolo centrale nel garantire:

- la valutazione della qualità e della sicurezza delle preparazioni;
- la conformità alle norme della Farmacopea;
- la tracciabilità delle preparazioni utilizzate nelle strutture sanitarie.

L'obiettivo rimane quello di assicurare che anche le preparazioni galeniche utilizzate per finalità antisettiche o disinfettanti rispondano ai requisiti fondamentali di:

- qualità;
- sicurezza;
- appropriatezza d'uso.

Mucose

Dopo aver distinto i criteri che regolano l'antisepsi sulla cute integra e sulla cute lesa, è necessario affrontare un ambito che, a prima vista, potrebbe apparire come una semplice estensione dei concetti già espressi, ma che in realtà rappresenta un contesto clinico e normativo peculiare: l'utilizzo degli antisettici sulle mucose.

Le mucose non sono soltanto “una cute più delicata”, ma un tessuto profondamente diverso per struttura, funzione, vulnerabilità e dinamica di interazione con i prodotti che vi vengono applicati. Proprio per questo richiedono un'attenzione specifica e ulteriori competenze da parte degli operatori sanitari. Le mucose sono costituite da un epitelio privo di strato corneo, costantemente umido e in stretta continuità con l'ambiente interno dell'organismo. Sono superfici estremamente permeabili, riccamente vascolarizzate e caratterizzate da un microbiota altamente specializzato, che svolge un ruolo protettivo essenziale. Questa combinazione di fattori rende le mucose particolarmente sensibili agli agenti chimici: un prodotto troppo aggressivo può causare irritazioni importanti, alterare il microbiota locale, favorire infezioni opportunistiche e, soprattutto, può essere assorbito più facilmente rispetto alla cute, determinando effetti sistemici indesiderati. È per questo che l'uso degli antisettici sulle mucose ricade quasi sempre nel perimetro dei medicinali, con requisiti di sicurezza e valutazioni molto più stringenti rispetto all'impiego su cute integra.

L'impiego di antisettici su mucosa avviene in contesti clinici molto diversi tra loro: dalla preparazione preoperatoria vaginale alla detersione orale in pazienti critici, dal trattamento di piccole ulcerazioni della mucosa orale alla disinfezione pre-pro-

cedurale nel distretto oculare. In tutti questi casi, l'azione dell'antisettico non può essere considerata neutra: qualsiasi sostanza applicata su una mucosa utilizza un'interfaccia biologica attiva, fragile, e spesso già alterata dal processo patologico. È quindi evidente che, su queste superfici, l'uso indiscriminato di prodotti “apparentemente simili” possa avere conseguenze cliniche molto differenti. Dal punto di vista regolatorio, i prodotti destinati alla disinfezione delle mucose sono generalmente classificati come medicinali, proprio perché l'azione esercitata è considerata farmacologica o comunque idonea a influenzare un processo terapeutico. Tuttavia, come per la cute lesa, anche nelle mucose si osserva sempre più spesso sul mercato la presenza di prodotti che, pur presentati come “antisettici”, sono registrati come dispositivi medici. La differenza non è solo formale: un antisettico medicinale deve dimostrare un'efficacia terapeutica e un rapporto beneficio/rischio favorevole, mentre un dispositivo medico deve dimostrare di svolgere la funzione dichiarata attraverso un meccanismo d'azione non farmacologico, tipicamente fisico, protettivo, meccanico o di semplice gestione locale.

Nelle mucose questa distinzione diventa particolarmente significativa. Un collutorio o una soluzione per applicazione vaginale può, ad esempio, essere presentato come “disinfettante” senza essere un medicinale: in questi casi, il fabbricante non dichiara un'azione farmacologica, bensì una funzione di detersione, di riduzione meccanica dei microrganismi o di protezione del microambiente mucosale. Questo implica un diverso livello di evidenze scientifiche, differenti obblighi di sicurezza e una diversa interpretazione degli effetti attesi. Nei medicinali, l'efficacia è valutata come efficacia terapeutica; nei dispositivi, come prestazione del prodotto, documentata tramite dati di laboratorio, test preclinici, letteratura e valutazioni cliniche che non coincidono con gli studi previsti per l'AIC. Per l'operatore sanitario, comprendere questa distinzione è essenziale per evitare equivoci e soprattutto per scegliere correttamente il prodotto più adatto alla situazione clinica.

L'impatto sul microbiota è un altro elemento che distingue nettamente l'uso di antisettici sulle mucose rispetto alla cute. La mucosa orale, ad esempio, ospita un ecosistema estremamente complesso, che contribuisce alla difesa immunitaria, alla digestione e al mantenimento dell'integrità tissutale. Un antisettico troppo aggressivo o utilizzato per periodi troppo lunghi può alterare la flora orale, favorire disbiosi, irritazioni o infezioni secondarie. La mucosa vaginale rappresenta un equilibrio ancora più delicato, regolato dal predominio dei lattobacilli e dal mantenimento di un pH fisiologicamente acido. Anche qui, un antisettico non idoneo può alterare l'ecosistema, predisponendo a vaginosi o candidosi. La mucosa oculare, forse la più sensibile tra tutte, tollera soltanto pochi antisettici, formulati specificamente per minimizzare il danno all'epitelio corneale pur garantendo un adeguato livello di sicurezza nelle preparazioni pre-chirurgiche.

Queste differenze tra distretti rendono impossibile applicare un approccio "univoco" all'antisepsi delle mucose. Non solo la tollerabilità cambia, ma variano anche concentrazione, forma farmaceutica, durata del trattamento e valutazione del rischio sistemico. Un antisettico ben tollerato sulla mucosa orale potrebbe risultare eccessivamente irritante sulla mucosa vaginale; un prodotto adatto alla preparazione preoperatoria oculare non può essere utilizzato in altri distretti; una concentrazione efficace sulla cute può essere del tutto inadatta, se non pericolosa, su una mucosa. Da qui l'importanza della corretta lettura del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto, che per i medicinali indica chiaramente distretto anatomico, modalità d'uso, concentrazioni compatibili e avvertenze specifiche.

Per l'operatore sanitario, la scelta dell'antisettico per le mucose non può prescindere da una valutazione complessiva che tenga conto della classificazione normativa del prodotto, della sua destinazione d'uso, del distretto mucosale coinvolto, del quadro clinico del paziente e dell'eventuale presenza di patologie concomitanti che possono aumentare la permeabilità o la sensibilità locale.

La responsabilità professionale inizia nel momento in cui si prende in mano il prodotto: sapere se si tratta di un medicinale o di un dispositivo medico significa comprendere quali evidenze regolatorie ne sostengono l'utilizzo e quale livello di efficacia clinica sia realmente documentato.

In questo contesto, la consultazione della Banca Dati AIFA assume un valore ancora più rilevante rispetto a quanto avviene per la cute. Sulle mucose, anche piccoli scostamenti rispetto alle indicazioni autorizzate possono tradursi in effetti avversi significativi; l'assorbimento sistemico può essere più marcato, e il margine di tolleranza locale è molto più ristretto. Verificare tramite la Banca Dati AIFA l'esistenza dell'AIC, le indicazioni autorizzate, le concentrazioni previste e le avvertenze specifiche per ciascun distretto diventa non solo una buona pratica, ma un vero strumento di tutela per il paziente e per il professionista.

In conclusione, l'utilizzo degli antisettici sulle mucose rappresenta un ambito in cui la delicatezza del tessuto, la complessità del microbiota, il rischio di assorbimento sistemico e le peculiarità normative richiedono un approccio consapevole, informato e rigoroso. Distinguere tra medicinale e dispositivo medico, comprendere i diversi livelli di evidenza che sostengono ciascun prodotto e utilizzare correttamente strumenti come il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e la Banca Dati AIFA significa garantire un'assistenza più sicura, più efficace e pienamente conforme alle normative vigenti. L'antisepsi delle mucose non è quindi un'estensione automatica dei principi applicati alla cute, ma un capitolo a sé, che merita attenzione, aggiornamento continuo e capacità di discernimento professionale.

Superfici generiche

Quando parliamo di disinfezione delle superfici in ambito sanitario, è necessario distinguere con chiarezza ciò che è un dispositivo medico da ciò che non lo è. Questa distinzione è fondamentale perché determina non solo le modalità d'uso del prodotto, ma anche il tipo di disinfettante da impiegare.

La quinta macroarea riguarda tutte quelle superfici, attrezzature e materiali che non riportano la marcatura CE, come i dispositivi medici, e che, di conseguenza, non rientrano nel perimetro regolatorio del Regolamento (UE) 2017/745. Nel contesto assistenziale, in questa categoria rientrano molte superfici ambientali: piani di lavoro, scrivanie, corrimano, pavimenti, maniglie, armadiature, carrelli di servizio o altre attrezzature prive di finalità diagnostiche o terapeutiche. Si tratta di superfici che, pur essendo collocate in aree di cura, non sono progettate né certificate come dispositivi medici e non partecipano direttamente al processo clinico del paziente.

Per comprendere la differenza, è necessario chiarire che cosa significhi la marcatura CE. Nel settore dei dispositivi medici, la marcatura CE non è un semplice logo o un requisito formale, ma il risultato di un percorso regolatorio complesso, stabilito dal Regolamento (UE) 2017/745 (MDR). Il fabbricante deve dimostrare che il prodotto soddisfa i requisiti essenziali di sicurezza e prestazione, che è stato progettato e prodotto secondo standard controllati e che la destinazione d'uso clinica è adeguatamente supportata da prove e documentazione tecnica. Solo al termine di questo processo il dispositivo medico può essere immesso in commercio nello Spazio Economico Europeo con la marcatura CE. Ne consegue che tutto ciò che non riporta questa marcatura — come le superfici e gli arredi ambientali — non è un dispositivo medico.

Per la disinfezione di queste superfici, la normativa non prevede l'uso di dispositivi medici, ma di prodotti autorizzati come biocidi e, in particolare, di quelli appartenenti alla categoria PT2 (disinfettanti per superfici non direttamente a contatto con la pelle umana). I PT2 sono prodotti disciplinati dal Regolamento Biocidi (BPR), che richiede la dimostrazione dell'efficacia antimicrobica, la valutazione della sicurezza per operatori e ambiente e l'utilizzo di principi attivi approvati a livello europeo e acquistati solo da fornitori iscritti nell'elenco previsto dall'articolo 95.

È importante ricordare che, in questa fase di transizione verso la piena applicazione del Regolamento Biocidi, alcuni prodotti non ancora autorizzati

come biocidi ai sensi del BPR possono essere ancora immessi in commercio come **Presidi medico-chirurgici (PMC)**. In tal caso restano sottoposti alla normativa nazionale vigente per i PMC, fino al completamento del loro percorso di inquadramento come biocidi europei.

Nella pratica clinica questo significa che, quando disinfettiamo un pavimento, un carrello di servizio, un banco di lavoro, una maniglia o qualsiasi arredo privo di marcatura CE, utilizziamo sempre un disinfettante PT2 (o, ove ancora presente sul mercato, un prodotto classificato e autorizzato come Presidio medico-chirurgico per quello specifico impiego). Non possiamo utilizzare un prodotto classificato come dispositivo medico, poiché la sua destinazione d'uso è esclusivamente legata all'uso su altri dispositivi medici. Questa distinzione è fondamentale per scegliere correttamente il prodotto, interpretare adeguatamente l'etichetta e garantire la sicurezza di pazienti e operatori, oltre che il rispetto del quadro regolatorio europeo e nazionale.

Superfici con marcatura CE - Dispositivi medici (DM)

La sesta e ultima macroarea riguarda tutti quei prodotti destinati alla pulizia e alla disinfezione delle superfici, delle attrezzature e degli strumenti che, a loro volta, sono **dispositivi medici**. Qui entriamo pienamente nella logica del Regolamento (UE) 2017/745, perché quando una superficie è classificata come dispositivo medico, anche il prodotto impiegato per la sua disinfezione deve rispettare gli stessi criteri di qualità, sicurezza e conformità.

È importante ricordare che molti oggetti utilizzati quotidianamente in sanità — un letto ospedaliero, una barella, una carrozzina, una sedia a rotelle, un materasso antidecubito, una pompa infusione, un monitor multiparametrico, strumenti chirurgici riutilizzabili — **non sono semplici attrezzature**, ma sono a tutti gli effetti dispositivi medici, certificati mediante marcatura CE. La loro immissione in commercio è avvenuta dopo un rigoroso percorso regolatorio, che ha verificato la sicurezza, la gestione del rischio, le prestazioni dichiarate e la coerenza della destinazione d'uso con la documentazione tecnica.

In questo quadro, assume particolare rilevanza la definizione di **accessorio di un dispositivo medico**, contenuta nell'articolo 2 del Regolamento (UE) 2017/745. Il regolamento stabilisce che è "accessorio" qualsiasi prodotto che, pur non essendo esso stesso un dispositivo medico, è destinato dal fabbricante a essere utilizzato con uno o più dispositivi medici per consentirne l'impiego previsto o per assistere specificamente e direttamente la funzionalità o la destinazione d'uso.

Questa definizione è fondamentale, perché colloca i **disinfettanti destinati a dispositivi medici** direttamente all'interno del sistema di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili (MDR): un disinfettante che serve a rendere sicuro uno strumento chirurgico o una superficie DM, o che contribuisce alla sua funzionalità e alla sua idoneità all'uso clinico, è considerato un accessorio e, come tale, **deve essere certificato come dispositivo medico**.

Ne consegue che un disinfettante per dispositivi medici non può essere un biocida PT2, poiché un biocida è destinato a superfici non DM. Quando la superficie ha una funzione sanitaria e una marcatura CE, il prodotto destinato alla sua disinfezione deve essere, a sua volta, un dispositivo medico, marcato CE e immesso in commercio secondo il percorso previsto dal MDR. In altre parole, disinfettare un letto ospedaliero, un tavolo operatorio, una sonda, una carrozzina sanitaria o uno strumento certificato significa utilizzare un prodotto che rientra nello stesso regime regolatorio di quello che si sta trattando.

Un altro elemento decisivo è la **classe di rischio**. Poiché un disinfettante destinato a un dispositivo medico è un accessorio, deve essere classificato con una classe di rischio coerente con il DM al quale è destinato. Ad esempio, se uno strumento chirurgico è classificato come dispositivo medico di classe IIa, il disinfettante destinato al suo ricondizionamento o alla sua gestione deve essere anch'esso certificato come dispositivo medico di classe IIa, almeno. Questo garantisce che il livello di sicurezza, la valutazione clinica, la gestione del rischio e il controllo della produzione siano proporzionati alla criticità d'uso.

In questa macroarea, quindi, la scelta del disinfettante è strettamente vincolata dalla natura del dispositivo medico su cui viene impiegato. Non basta che il prodotto sia efficace dal punto di vista microbiologico: deve avere un dossier tecnico, una valutazione clinica, un'analisi del rischio e una conformità regolatoria analoghe a quelle del dispositivo medico principale. Solo così si può garantire sicurezza per il paziente, affidabilità nei processi di ricondizionamento e piena conformità legislativa.

Sintesi del percorso autorizzativo

Arrivati a questo punto, possiamo osservare che il percorso di autorizzazione all'immissione in commercio non è un passaggio puramente formale, ma un vero e proprio processo che determina — in modo diverso per ciascuna delle cinque macroaree — la qualità del prodotto, la sua efficacia e le garanzie di sicurezza per chi lo usa.

Ogni categoria, infatti, prevede **livelli differenti di controllo**: cambia il tipo di valutazione dell'efficacia, cambiano gli standard richiesti sul processo produttivo, cambia il livello di approfondimento necessario sul principio attivo, sulla sua purezza, sulla sua stabilità e sulla tracciabilità della sua origine. Più la destinazione d'uso è critica, più il sistema regolatorio richiede che tutto il ciclo di produzione — dall'acquisto della materia prima ai test finali — rispetti criteri rigorosi e verificabili.

È per questo che, in base alla destinazione d'uso, **anche la scelta del principio attivo non è mai libera**, ma deve essere coerente con il percorso autorizzativo.

Un fabbricante che produce un biocida PT1 o PT2 deve acquistare il principio attivo da un fornitore incluso nell'elenco dell'**articolo 95 del Regolamento Biocidi**, ossia un produttore autorizzato e monitorato a livello europeo.

Se invece il prodotto è una **specialità medicinale**, il principio attivo deve provenire da siti produttivi certificati secondo le **Good Manufacturing Practices (GMP)**, con controlli molto più stringenti sulla qualità, la stabilità, le impurità e la sicurezza sistemica. Nel caso del **dispositivo medico**, il principio attivo (se presente) deve inserirsi correttamente nella

documentazione tecnica e nella valutazione della conformità, secondo la classe di rischio prevista dal MDR.

La destinazione d'uso, quindi, non determina soltanto il tipo di etichetta che troveremo sul flacone, ma orienta tutto il percorso a monte: dalla scelta della sostanza attiva al modo in cui viene formulata, confezionata, testata, documentata e certificata. Anche gli **strumenti informativi** che accompagnano il prodotto cambiano in base alla categoria di appartenenza.

Alcuni prodotti metteranno a disposizione dell'utilizzatore **etichette e schede tecniche**, altri — come i biocidi — avranno anche il **Riassunto delle Caratteristiche del Biocida**; le specialità medicinali includeranno il **Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP)** e il foglietto illustrativo; le sostanze pericolose saranno sempre accompagnate da una **Scheda Dati di Sicurezza (SDS)**.

Nei dispositivi medici troveremo le istruzioni per l'uso (IFU) e la documentazione di conformità CE. Si tratta, in fondo, di un unico messaggio che ritorna in tutte le macroaree: **non esiste un “principio attivo” in astratto, esiste un prodotto che nasce da un preciso percorso regolatorio**, e quel percorso definisce la qualità, gli standard di produzione, i test di efficacia, l'origine del principio attivo, le informazioni disponibili per l'utilizzatore e, in ultima analisi, la sicurezza del paziente, dell'operatore, dell'ambiente e della collettività.

È quindi naturale, a questo punto, raccogliere in una **tabella riassuntiva** tutti gli elementi principali che caratterizzano le cinque macroaree: la destinazione d'uso, il tipo di autorizzazione richiesta, l'origine del principio attivo, i documenti disponibili per l'utilizzatore e il tipo di prodotto che può essere impiegato in ogni contesto.

Macroarea	Destinazione d'uso	Normativa e percorso autorizzativo	Origine e requisiti del principio attivo	Documenti disponibili per l'utilizzatore	Tipo di prodotto utilizzabile
1. Cute integra (fase attuale PMC – transizione a PT1)	Igiene e disinfezione della cute integra in ambito clinico-assistenziale (lavaggio antiseptico, frizione alcolica).	Normativa nazionale PMC: D.P.R. 392/1998. Transizione verso Regolamento (UE) 528/2012, categoria PT1 “Igiene umana”.	PMC: principio attivo ammesso dalla normativa nazionale. Biocidi PT1: principio attivo approvato come PT1 e acquistabile solo da fornitori presenti nell'elenco Art. 95 del BPR.	Etichetta; scheda tecnica; scheda dati di sicurezza (SDS); per i biocidi: Riassunto delle Caratteristiche del Biocida (RCB).	PMC (oggi) o Biocida PT1 (a regime).
2. Cute integra prima di un trattamento medico	Antisepsi pre-procedurale prima di manovre mediche invasive.	Esclusa dal BPR (PT1) secondo ECHA. Regolata come medicinale: Direttiva 2001/83/CE; D.Lgs. 219/2006; Decreto Direttoriale 29 marzo 2023.	Principio attivo prodotto in stabilimenti certificati GMP; elevati requisiti di purezza, stabilità e sicurezza clinica.	Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP); foglietto illustrativo; etichetta farmaceutica.	Specialità medicinale con AIC.
(Segue)					

(Continua)					
Macroarea	Destinazione d'uso	Normativa e percorso autorizzativo	Origine e requisiti del principio attivo	Documenti disponibili per l'utilizzatore	Tipo di prodotto utilizzabile
3. Cute lesa	Uso su cute non integra (ferita, lesione, abrasione).	Due possibilità: - Medicinale (Direttiva 2001/83/CE; D.Lgs. 219/2006). - Dispositivo medico (Regolamento UE 2017/745), se l'azione principale non è farmacologica.	Medicinale: principio attivo da siti GMP. Dispositivo medico: principio attivo (se presente) valutato nel fascicolo tecnico MDR, coerenza con la classe di rischio.	Per medicinali: RCP + foglietto illustrativo. Per dispositivi medici: istruzioni per l'uso (IFU), etichettatura CE, dichiarazione di conformità.	Specialità medicinale oppure dispositivo medico (a seconda del meccanismo d'azione).
4. Superfici generiche	Superfici ambientali non cliniche: pavimenti, arredi, maniglie, carrelli di servizio, piani di lavoro, oggetti privi di destinazione medica.	Regolamento (UE) 528/2012 - Biocidi, categoria PT2 (disinfettanti per superfici).	Principio attivo approvato per PT2 e acquistato da fornitori presenti nell'elenco Art. 95 BPR.	Etichetta; scheda tecnica; SDS; Riassunto delle Caratteristiche del Biocida (se previsto).	Biocida PT2.
5. Superfici con marcatura CE (Dispositivi medici)	Superfici, attrezzature e strumenti certificati come dispositivi medici: letti ospedalieri, carrozzine sanitarie, sonde, strumenti chirurgici, apparecchiature.	Regolamento (UE) 2017/745 (MDR). Il disinfettante è un "accessorio di DM" (art. 2 MDR) e deve essere certificato CE.	Principio attivo conforme ai requisiti MDR; valutato nel fascicolo tecnico; coerenza con la classe di rischio del dispositivo medico trattato.	Istruzioni per l'uso (IFU); etichettatura CE; dichiarazione di conformità; documentazione tecnica del dispositivo medico.	Dispositivo medico (accessorio del DM) con classe di rischio coerente al dispositivo trattato.

RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTI TECNICI

Legislazione europea

1. Regolamento (UE) n. 528/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, relativo alla messa a disposizione sul mercato e all'uso dei biocidi (BPR).
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32012R0528>
2. Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici (MDR).
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32017R0745>
3. Direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 6 novembre 2001, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32001L0083>

Legislazione nazionale

4. Decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219. Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive modifiche) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano.
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn=nir:stato:decreto.legislativo:2006-04-24;219>
5. Decreto legislativo 2 novembre 2021, n. 179. Disciplina sanzionatoria per la violazione delle disposizioni del Regolamento (UE) n. 528/2012 relativo ai biocidi.
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn=nir:stato:decreto.legislativo:2021-11-02;179>
6. Decreto del Presidente della Repubblica 6 ottobre 1998, n. 392. Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di autorizzazione alla produzione e all'immissione in commercio dei presidi medico-chirurgici. Disponibile su:
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn=nir:presidente.repubblica:decreto:1998-10-06;392>
7. Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265. Testo unico delle leggi sanitarie.
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn=nir:stato:regio.decreto:1934-07-27;1265>

Provvedimenti applicativi e aggiornamenti nazionali

8. Ministero della Salute. Decreto Direttoriale 29 marzo 2023. Revoca delle autorizzazioni all'immissio-

ne in commercio dei presidi medico-chirurgici destinati alla disinfezione della cute integra prima di trattamento medico.

<https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/81954d07-82f8-0181-f3b0-51ccf4d64a1b/c8f82eda-3408-4453-b182-ad07225e6cbc/Decreto%20Direttoriale%2029%20Marzo%202023.pdf>

Documenti tecnici e fonti istituzionali

9. European Chemicals Agency (ECHA). Guidance on the Biocidal Products Regulation, Volume II: Efficacy, versione aggiornata agosto 2023.
https://images.chemycal.com/Media/Files/bpr_guidance_assessment_evaluation_part_vol_ii_part_bc_en.pdf
10. European Chemicals Agency (ECHA). Information on biocidal active substances.
<https://echa.europa.eu/it/information-on-chemicals/biocidal-active-substances>
11. European Chemicals Agency (ECHA). Information on biocidal products.
<https://echa.europa.eu/it/information-on-chemicals/biocidal-products>
12. European Chemicals Agency (ECHA). Article 95 list of active substances and suppliers.
https://www.flashpoint srl.com/app/uploads/2024/04/BPR_art_95_list_en.pdf
13. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Banca Dati dei Farmaci / AIFA Medicinali. Disponibile su:
<https://medicinali.aifa.gov.it/it/#/it/>

La nuova strategia vaccinale passa dall'ospedale. La Circolare del Ministero della Salute 2026-2027 e la sua applicazione nelle strutture ospedaliere

Gianfranco Finzi¹, Claudio Garbelli², Cristina Sideli³

1 Presidente Nazionale ANMDO - Direttore Sanitario Ospedali Privati Accreditati Nigrisoli e Villa Regina, Bologna

2 Coordinatore gruppo di lavoro nazionale - ANMDO "Ospedale che vaccina"

3 Direttore Sanitario Poliambulatorio S. Camillo, Bologna

Riassunto

La Circolare del Ministero della Salute 'Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027' segna un passaggio rilevante nell'evoluzione delle strategie vaccinali in Italia. La Circolare è dedicata alla prevenzione e al controllo dell'influenza stagionale, ed assume un valore più ampio perché richiede a tutte le articolazioni del SSN di collaborare al raggiungimento degli obiettivi della campagna vaccinale riconoscendo esplicitamente il ruolo delle strutture ospedaliere, delle Direzioni Mediche di Presidio, degli specialisti ospedalieri e dei professionisti sanitari. Il documento invita a rafforzare l'offerta vaccinale ai pazienti ricoverati prima della dimissione, a promuovere la vaccinazione degli operatori sanitari e a costruire una rete integrata tra Dipartimenti di Prevenzione (la circolare ne richiama ruolo di governance), MMG e PLS, Cure primarie, Ospedali, Case della Comunità, Strutture sociosanitarie e Farmacie. Si delinea così un modello di prevenzione vaccinale integrata, nel quale l'ospedale non è più soltanto il luogo della cura delle complicanze, ma diventa anche luogo attivo di prevenzione, continuità assistenziale e protezione dei pazienti fragili.

PAROLE CHIAVE:

influenza; vaccinazione; ospedale; Direzione Sanitaria; paziente fragile; dimissione protetta; prevenzione; ANMDO.

1. Introduzione: l'influenza come problema di sanità pubblica e ospedaliera

L'influenza stagionale continua a rappresentare una delle principali sfide ricorrenti per i sistemi sanitari. Non si tratta soltanto di una patologia respiratoria acuta ad ampia diffusione, ma di una condizione capace di determinare complicanze severe, accessi in Pronto Soccorso, ricoveri ospedalieri, riacutizzazioni di malattie croniche e incremento della mortalità nei soggetti più vulnerabili.

La Circolare ministeriale per la stagione 2026-2027 richiama il peso epidemiologico dell'influenza e sottolinea che, durante i picchi epidemici, gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri per influenza possono aumentare. L'impatto non è quindi soltanto clinico,

ma anche organizzativo: interessa la gestione dei reparti, le aree di emergenza, la continuità dei servizi, la disponibilità dei posti letto e la protezione degli operatori [1]. In questa prospettiva, la vaccinazione antinfluenzale non può essere considerata soltanto una misura preventiva territoriale. Essa deve diventare parte della strategia complessiva di governo clinico, di sicurezza delle cure e di continuità assistenziale.

2. La Circolare 2026-2027: un documento che allarga la rete dell'offerta

La Circolare conferma gli obiettivi classici della vaccinazione antinfluenzale: ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte; ridurre la trasmissione verso persone ad alto rischio; contenere i costi sociali connessi a morbosità e mortalità. Ribadisce inoltre l'obiettivo minimo di copertura del 75% e quello ottimale del 95% negli ultrasessantacinquenni, in coerenza con la

programmazione vaccinale nazionale [1,5].

La novità più significativa riguarda tuttavia l'allargamento della rete dell'offerta vaccinale. Le Regioni e le Province Autonome sono chiamate ad assicurare coperture elevate attraverso un modello di governance garantito dai Dipartimenti di Prevenzione, in sinergia con MMG, PLS, sedi vaccinali territoriali, strutture ospedaliere, strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali e farmacie [1].

Il significato organizzativo di questo passaggio è chiaro: l'offerta vaccinale non viene più pensata come funzione confinata a un unico setting, ma

come attività diffusa e integrata, capace di utilizzare ogni punto di contatto tra cittadino e Servizio Sanitario Nazionale.

3. I passaggi della Circolare dedicati agli ospedali

La Circolare individua in modo esplicito diversi passaggi di interesse ospedaliero. Essi non costituiscono semplici richiami generici, ma delineano una precisa responsabilità organizzativa delle strutture ospedaliere e delle Direzioni Mediche di Presidio. La **tabella 1** ne sintetizza i contenuti principali e le relative ricadute applicative.

Tabella 1

Passaggio della Circolare	Indicazione ministeriale	Applicazione ospedaliera
Rete dell'offerta	Le strutture ospedaliere sono ricomprese tra gli erogatori che collaborano al raggiungimento degli obiettivi vaccinali.	Inserire l'ospedale nella rete vaccinale regionale, in raccordo con Dipartimento di Prevenzione, cure primarie e servizi territoriali.
Direzioni Mediche di Presidio	Le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero sono esplicitamente indicate tra le articolazioni del SSN coinvolte.	Attribuire alla Direzione Medica una regia operativa su percorsi, tracciabilità, sicurezza, audit e indicatori.
Specialisti ospedalieri	È richiesto il coinvolgimento dei medici specialisti ospedalieri e dei professionisti sanitari nella sensibilizzazione dei pazienti a rischio.	Integrare il counseling vaccinale nei percorsi specialistici: esempio cardiologia, pneumologia, oncologia, ematologia, nefrologia, geriatria, chirurgia, ostetricia.
Pazienti ricoverati	È raccomandato il rafforzamento dell'offerta vaccinale ai pazienti ricoverati prima della dimissione.	Trasformare e qualificare il ricovero e la dimissione in occasione di prevenzione, con verifica dello stato vaccinale, offerta del vaccino o invio programmato ai servizi vaccinali.
Operatori sanitari	Le Aziende Sanitarie devono promuovere attivamente la vaccinazione degli operatori sanitari, con priorità per i reparti a maggior rischio.	Organizzare campagne nel setting lavorativo, sedute nei reparti, comunicazione mirata e monitoraggio delle coperture degli operatori.
Gravidanza	La Circolare richiama il coinvolgimento di ginecologi ospedalieri, ostetriche e professioni sanitarie ospedaliere e territoriali.	Prevedere percorsi facilitati per le donne in gravidanza, con raccomandazione specialistica e accesso agevolato alla vaccinazione.
Strutture sociosanitarie	È indicato il coinvolgimento in considerazione dell'ospite fragile e comorbido.	Offerta delle vaccinazioni raccomandate durante l'ospitalità in accordo con il caregiver
Co-somministrazione	La vaccinazione antinfluenzale è indicata come occasione per altre vaccinazioni raccomandate per età o rischio.	Utilizzare il contatto ospedaliero per verificare il calendario vaccinale complessivo del paziente fragile.
Monitoraggio	I dati devono essere raccolti tramite Anagrafe Vaccinale Nazionale disponibile, anche con focus sul tipo di erogatore.	Garantire registrazione tempestiva, tracciabilità, reportistica e valutazione del contributo dell'ospedale alle coperture.

4. Il paziente fragile come priorità organizzativa

La Circolare individua le categorie ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza: persone di età pari o superiore a 60 anni, donne in gravidanza e nel periodo postpartum, soggetti con patologie croniche respiratorie, cardiovascolari, metaboliche, renali, ematologiche, oncologiche, immunodepressive, infiammatorie croniche, epatopatie, condizioni associate ad aumentato rischio di aspirazione e pazienti candidati o sottoposti a trattamenti immunomodulanti o immunosoppressivi [1].

Queste categorie coincidono in larga parte con la popolazione che quotidianamente attraversa l'ospedale e, analogamente, le strutture sociosanitarie: pazienti internistici, cardiologici, pneumologici, oncologici, ematologici, nefrologici, chirurgici, geriatrici, immunodepressi e donne in gravidanza. L'ospedale ed anche la struttura sociosanitaria dispongono quindi di una straordinaria capacità di intercettare proprio i soggetti che più beneficiano della prevenzione vaccinale.

Il ricovero, la consulenza specialistica, il day hospital, il prericovero chirurgico, il follow-up oncologico o cardiologico possono diventare momenti privilegiati per verificare lo stato vaccinale, informare il paziente, proporre la vaccinazione o inserirlo in un percorso di offerta programmata. Anche le strutture sociosanitarie possono svolgere analogo ruolo.

5. La vaccinazione prima della dimissione: il cambio di paradigma

Uno dei punti più innovativi della Circolare è l'indicazione a rafforzare l'offerta vaccinale dei pazienti ricoverati prima della dimissione, con l'obiettivo di ridurre il rischio di complicanze influenzali nel post-ricovero e il conseguente rischio di riospedalizzazione [1].

La dimissione non è più soltanto il momento conclusivo del ricovero. Diventa un atto di prevenzione secondaria e terziaria. Il paziente fragile dimesso dall'ospedale rientra spesso in una fase di vulnerabilità clinica aumentata; una sindrome influenzale nel periodo successivo al ricovero può favorire scompensi cardiaci, riacutizzazioni respi-

atorie, peggioramento metabolico, complicanze infettive, perdita di autonomia e nuovo accesso in ospedale.

La vaccinazione pre-dimissione, quando clinicamente appropriata e organizzativamente possibile, consente di ridurre il rischio clinico di complicanze infettive evitabili e di rafforzare la continuità ospedale-territorio. Essa dovrebbe essere considerata parte della dimissione protetta, accanto alla riconciliazione terapeutica, alla programmazione dei controlli, alla comunicazione con il Medico di Medicina generale ed il Pediatra di Libera scelta e alla definizione del piano assistenziale post-ricovero.

6. Il ruolo della Direzione Sanitaria e della Direzione Medica di Presidio

L'applicazione concreta della Circolare richiede una chiara regia organizzativa. La Direzione Sanitaria e la Direzione Medica di Presidio sono chiamate a costruire un modello operativo che renda la vaccinazione ospedaliera sicura, appropriata, tracciabile e integrata con la governance del Dipartimento di Prevenzione.

Le aree principali di intervento riguardano l'identificazione dei pazienti eleggibili, la verifica dello stato vaccinale, il counseling vaccinale, l'offerta prima della dimissione, la registrazione nell'Anagrafe Vaccinale, la sorveglianza degli eventi avversi e il monitoraggio degli indicatori.

La Circolare dedica un intero paragrafo alle buone pratiche vaccinali, richiamando triage pre-vaccinale, corretta conservazione e gestione della catena del freddo, registrazione in Anagrafe Vaccinale, somministrazione sicura, gestione delle reazioni avverse e osservazione post-vaccinale [1]. Questo significa che l'ospedale può e deve vaccinare, ma deve farlo con standard organizzativi rigorosi.

7. Gli specialisti ospedalieri come promotori della prevenzione

La Circolare invita a sensibilizzare i medici specialisti ospedalieri e i professionisti sanitari sull'importanza della vaccinazione antinfluenzale nelle persone con condizioni di rischio, anche per incrementare la compliance vaccinale [1].

Questa indicazione è decisiva. Il consiglio dello

specialista ha un peso rilevante nella decisione del paziente fragile. Un cardiologo che raccomanda la vaccinazione a un paziente con scompenso cardiaco, un oncologo che la propone a un paziente in trattamento, un pneumologo che la inserisce nel percorso del paziente con BPCO, un nefrologo che la richiama nel paziente con insufficienza renale cronica, un ginecologo che la raccomanda in gravidanza: tutti questi atti rappresentano interventi di prevenzione ad alto valore clinico.

La prevenzione vaccinale diventa così parte della medicina specialistica. Non è un compito di altri, ma una responsabilità condivisa. L'ospedale moderno deve superare la separazione tra cura e prevenzione, perché nei pazienti fragili la prevenzione è essa stessa cura.

8. Vaccinare gli operatori sanitari: sicurezza individuale e sicurezza delle cure

La Circolare raccomanda alle Aziende Sanitarie di promuovere attivamente la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, compresi gli studenti dei corsi di laurea di area medica, con particolare riguardo a coloro che prestano assistenza diretta nei reparti a più elevato rischio di acquisizione o trasmissione dell'infezione: Pronto Soccorso, terapie intensive, oncologie, ematologie, cardiologie, chirurgie, ostetricia, nido, pediatria e residenze sanitarie assistenziali [1].

Questa raccomandazione deve essere letta in chiave di sicurezza delle cure. Vaccinare gli operatori sanitari significa proteggere il lavoratore, ma anche ridurre il rischio di trasmissione verso pazienti fragili, immunodepressi, anziani, neonati e donne in gravidanza. La vaccinazione del personale è quindi un indicatore di cultura professionale, responsabilità organizzativa e qualità assistenziale. Il professionista sanitario vaccinato è anche un importante testimonial a sostegno delle vaccinazioni e per contrastare le esitazioni.

Le Direzioni Sanitarie dovrebbero agevolare la vaccinazione direttamente nel setting lavorativo, prevedendo sedute nei reparti, fasce orarie flessibili, campagne informative mirate, restituzione dei dati di copertura e coinvolgimento dei direttori di struttura e dei coordinatori.

9. Co-somministrazione e recupero vaccinale

La Circolare sottolinea che la vaccinazione antinfluenzale può rappresentare un'occasione per proporre, quando raccomandate, anche altre vaccinazioni: anti-pneumococcica, anti-Herpes Zoster, difto-tetano-pertussica e anti-SARS-CoV-2/COVID-19 [1].

Questo passaggio è particolarmente importante per l'applicazione ospedaliera ed anche nelle strutture sociosanitarie. L'ospedale ed anche la struttura sociosanitaria possono diventare il luogo nel quale non ci si limita a somministrare un vaccino stagionale, ma si verifica lo stato vaccinale complessivo del paziente fragile e si propone il completamento del calendario per età e per condizione di rischio. In termini organizzativi, ciò comporta la costruzione di una checklist vaccinale del paziente fragile, da integrare nei percorsi di dimissione, prericovero, day hospital, ambulatorio specialistico e durante l'ospitalità in RSA.

10. Monitoraggio, dati e indicatori

La Circolare prevede che i dati relativi alla stagione 2026-2027 siano raccolti tramite Anagrafe Vaccinale Nazionale e che siano condivisi aggiornamenti periodici sull'andamento delle coperture, stratificati per target e con un focus sul tipo di erogatore [1,8].

Il tipo di erogatore diventa quindi un dato rilevante. In prospettiva, sarà possibile valutare il contributo specifico di MMG, PLS, farmacie, strutture sociosanitarie e territoriali ed ospedali al raggiungimento degli obiettivi di copertura. Per l'ospedale ciò significa passare dalla disponibilità generica a collaborare alla capacità di dimostrare, con dati misurabili, il proprio contributo alla prevenzione.

Gli indicatori ospedalieri possibili includono: percentuale di pazienti fragili valutati per stato vaccinale; percentuale di pazienti eleggibili informati; percentuale di pazienti vaccinati prima della dimissione; percentuale di pazienti inviati a percorso vaccinale territoriale; copertura vaccinale degli operatori sanitari; completezza della registrazione in Anagrafe Vaccinale; audit degli eventi avversi e delle segnalazioni di farmacovigilanza.

11. Comunicazione e contrasto all'esitazione vaccinale

La Circolare dedica attenzione anche alla comunicazione, raccomandando campagne rivolte alla popolazione e agli operatori sanitari, fondate su modelli evidence-based, con messaggi adattati ai target, strumenti di call to action personalizzate e attenzione alle barriere culturali, linguistiche e socioeconomiche [1].

In ospedale la comunicazione vaccinale assume caratteristiche peculiari. Il paziente fragile spesso vive un momento di particolare recettività durante il ricovero o il follow-up specialistico. La raccomandazione del medico curante o dello specialista può superare dubbi, esitazioni e informazioni errate.

La comunicazione vaccinale ospedaliera deve essere breve, autorevole, personalizzata e collegata alla condizione clinica del paziente. Non basta dire 'si vaccini': occorre spiegare perché quella vaccinazione è raccomandata per quella persona, in quel momento, alla luce della sua fragilità.

Aumentare l'adesione alle vaccinazioni da parte dei professionisti sanitari è un segnale determinante anche per il contrasto all'esitazione.

12. Il contributo del progetto ANMDO 'L'Ospedale che vaccina'

La Circolare ministeriale si colloca in piena coerenza con il percorso culturale e organizzativo promosso da ANMDO attraverso il progetto 'L'Ospedale che vaccina'. Tale progetto ha sostenuto l'idea che la vaccinazione debba diventare parte integrante dei percorsi assistenziali ospedalieri, soprattutto per i pazienti fragili.

Il valore del progetto non consiste soltanto nell'aver promosso la vaccinazione antinfluenzale, ma nell'aver contribuito ad allargare l'orizzonte dell'offerta vaccinale, superando la separazione rigida tra ospedale e territorio. L'ospedale, nella visione di ANMDO, non sostituisce il Dipartimento di Prevenzione, ma collabora con esso, intercetta i soggetti fragili, promuove l'adesione, facilita la continuità e rende la prevenzione parte della qualità assistenziale.

La Circolare 2026-2027 conferma che questa visione è oggi non solo attuale, ma necessaria (**Box**).

Queste indicazioni possono essere valutate anche per le strutture sociosanitarie.

Box operativo. Dieci azioni per applicare la Circolare in ospedale

Azione	Contenuto operativo
1. Atto di indirizzo	Definire il ruolo dell'ospedale nella campagna vaccinale e il raccordo con il Dipartimento di Prevenzione.
2. Reparti prioritari	Individuare cardiologia, pneumologia, medicina interna, geriatria, oncologia, ematologia, nefrologia, chirurgia, ostetricia, terapia intensiva, pronto soccorso e day hospital.
3. Screening dei fragili	Identificare i pazienti eleggibili per età, patologia cronica, immunodepressione, gravidanza, terapia immunosoppressiva o condizione oncologica.
4. Verifica vaccinale	Inserire un campo dedicato in cartella clinica, scheda infermieristica o checklist di dimissione.
5. Counseling	Affidare allo specialista o al medico di reparto un'informazione breve, personalizzata e documentata.
6. Offerta pre-dimissione	Somministrare in ospedale quando possibile o prenotare un accesso agevolato ai servizi vaccinali.
7. Recupero vaccinale	Valutare anche pneumococco, Herpes Zoster, dTpa e COVID-19 se raccomandati per età o condizione di rischio.
8. Tracciabilità	Registrare tempestivamente prodotto, lotto, data, sede e operatore nell'Anagrafe Vaccinale.
9. Farmacovigilanza	Informare il paziente e segnalare tempestivamente eventuali sospette reazioni avverse.
10. Audit	Produrre report periodici su coperture, appropriatezza, adesione, criticità e azioni correttive.

13. Conclusioni

La Circolare del Ministero della Salute per la stagione influenzale 2026-2027 rappresenta un documento di particolare rilievo per le Direzioni Sanitarie ospedaliere ed anche per le strutture sociosanitarie. Essa riconosce che la prevenzione vaccinale deve essere integrata nella rete assistenziale e che in particolare l'ospedale ha un ruolo specifico nel raggiungimento degli obiettivi di copertura.

L'applicazione della Circolare richiederà organizzazione, formazione, sistemi informativi, collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione e coinvolgimento degli specialisti. Richiederà inoltre una nuova cultura professionale: considerare la vaccinazione non come atto esterno alla cura, ma come parte della presa in carico globale del paziente.

L'ospedale del futuro non sarà soltanto il luogo in cui si curano le complicanze dell'influenza, ma anche il luogo in cui si prevengono. La Circolare indica chiaramente questa direzione. Spetta ora alle Direzioni Sanitarie, alle Direzioni Mediche di Presidio e ai professionisti ospedalieri trasformare l'indirizzo ministeriale in pratica quotidiana.

Bibliografia annotata

1. **Ministero della Salute. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2026-2027. Circolare 23 giugno 2026, n. 5134.**

Annotazione: Documento centrale per l'articolo. La Circolare non si limita ad aggiornare le raccomandazioni vaccinali stagionali, ma introduce un modello di offerta integrata nel quale strutture ospedaliere, Direzioni Mediche di Presidio e specialisti ospedalieri collaborano con i Dipartimenti di Prevenzione. Particolarmente rilevanti sono i passaggi su offerta vaccinale al paziente ricoverato prima della dimissione, promozione della vaccinazione degli operatori e monitoraggio tramite Anagrafe Vaccinale Nazionale.

2. **World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026-2027 northern hemisphere influenza season. 27 February 2026.**

Annotazione: Fonte tecnico-scientifica internazionale sulla composizione antigenica dei vaccini per la stagione 2026-2027. Costituisce il presupposto

per l'aggiornamento annuale dei vaccini antinfluenzali e per le successive raccomandazioni nazionali.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

3. **European Centre for Disease Prevention and Control. Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries, 2024/25. Stockholm: ECDC; 2025.**

Annotazione: Rapporto utile per collocare la strategia italiana nel contesto europeo. Descrive le raccomandazioni nei Paesi UE/SEE e mostra che i target principali includono anziani, persone con patologie croniche, donne in gravidanza e operatori sanitari. I livelli di copertura restano spesso subottimali, rafforzando la necessità di ampliare i setting di offerta.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

4. **European Centre for Disease Prevention and Control. Implementation of the Council Recommendation on seasonal influenza vaccination. Stockholm: ECDC; 2014.**

Annotazione: Documento di supporto alla Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea sulla vaccinazione antinfluenzale stagionale. È rilevante perché richiama l'obiettivo del 75% negli anziani, l'estensione ai gruppi a rischio e il miglioramento delle coperture tra gli operatori sanitari, temi ripresi dalla Circolare italiana.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

5. **Istituto Superiore di Sanità - Epicentro. Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025.**

Annotazione: Riferimento programmatico nazionale per le strategie vaccinali. Il PNPV mira ad armonizzare l'offerta vaccinale nel Paese e a garantire i benefici della vaccinazione in modo equo. La Circolare influenza 2026-2027 si colloca in continuità con questa cornice e con gli obiettivi di copertura previsti.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

6. **Conferenza Stato-Regioni. Repertorio atto n. 243/CSR del 18 dicembre 2025; Repertorio atto n. 29/CSR del 18 marzo 2026.**

Annotazione: Fonti utili per inquadrare la proroga

del PNPV 2023-2025 e il relativo cronoprogramma. Confermano la continuità della programmazione vaccinale nazionale nelle more del nuovo Piano e rafforzano l'esigenza di strumenti organizzativi stabili per le campagne vaccinali.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

7. **Agenzia Italiana del Farmaco. Vaccini antinfluenzali 2025/2026: verifica su confezionamento primario e assenza di lattice. 9 settembre 2025.**

Annotazione: Fonte regolatoria utile per gli aspetti di sicurezza, autorizzazione, RCP, foglio illustrativo e gestione del rischio allergologico. La Circolare richiama annualmente il ruolo di AIFA nella pubblicazione delle informazioni sui vaccini autorizzati e sulle caratteristiche dei confezionamenti.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

8. **Ministero della Salute. Decreto 17 settembre 2018, Istituzione dell'Anagrafe nazionale vaccini; Decreto 16 febbraio 2026, Modifiche al decreto 17 settembre 2018.**

Annotazione: Riferimenti normativi essenziali per tracciabilità, monitoraggio e conferimento dei dati vaccinali. Per l'ospedale sono fondamentali perché ogni somministrazione deve essere registrata in modo corretto e tempestivo, consentendo il monitoraggio delle coperture anche per tipo di erogatore.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

9. **Agenzia Italiana del Farmaco. Come segnalare una reazione avversa.**

Annotazione: Fonte operativa per la farmacovigilanza. È rilevante perché la Circolare richiama la necessità di segnalare tempestivamente eventuali eventi avversi dopo vaccinazione e di assicurare

al paziente informazioni su tipologia e lotto del vaccino somministrato.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

10. **Council of the European Union. Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination (2009/1019/EU).**

Annotazione: Riferimento europeo storico sugli obiettivi di copertura vaccinale, in particolare il target del 75% negli anziani e l'estensione dell'attenzione alle persone con condizioni croniche e agli operatori sanitari. È utile per comprendere la continuità tra indirizzi europei e raccomandazioni nazionali.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

11. **Centers for Disease Control and Prevention / Advisory Committee on Immunization Practices. ACIP Recommendations Summary: Influenza. Updated guidance.**

Annotazione: Fonte internazionale utile per le buone pratiche vaccinali, la gestione delle controindicazioni, l'allergia all'uovo e l'indicazione generale alla vaccinazione antinfluenzale annuale nelle persone dai 6 mesi in su senza controindicazioni. Offre un utile confronto con le raccomandazioni italiane.

Disponibile online: [link alla fonte](#) (consultato il 28 giugno 2026).

12. **Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, Edwards KM, eds. Plotkin's Vaccines. 8th ed. Elsevier; 2024.**

Annotazione: Testo di riferimento internazionale per le pratiche vaccinali generali. È utile per fondare scientificamente co-somministrazione, intervalli tra vaccini, valutazione delle controindicazioni e principi generali dell'immunizzazione, aspetti richiamati anche dalla Circolare ministeriale.

Sodexo ottiene la Certificazione UNI EN 13549: un ulteriore passo verso qualità misurabile e sicurezza condivisa

La certificazione UNI EN 13549 rappresenta uno standard europeo fondamentale per misurare in modo oggettivo la qualità dei servizi di pulizia, soprattutto in contesti complessi come quello ospedaliero; la norma introduce un sistema strutturato basato su controlli statistici, soglie di qualità e verifiche sia visive sia strumentali, applicabili in diversi ambiti ma particolarmente rilevanti in ospedale.

Elemento centrale è la trasparenza: le verifiche possono essere condivise con il cliente, rafforzando fiducia e collaborazione. Il sistema prevede sia autocontrolli interni sia controlli congiunti, trasformando la qualità in un dato misurabile e verificabile.

Il rapido percorso di certificazione di Sodexo ha beneficiato del lavoro di squadra, in particolare

della collaborazione con il team operativo dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre, dimostrando come la condivisione di pratiche acceleri i risultati.

Per Sodexo, la UNI EN 13549 si integra con la certificazione ISO 9001 e si inserisce in un più ampio impegno verso qualità, sicurezza e salute sul lavoro. Il team QHSE effettua controlli e sopralluoghi in circa 1.500-1.600 siti in tutta Italia, garantendo il rispetto degli standard igienico-sanitari e delle norme di sicurezza.

Oltre a rappresentare una garanzia concreta per clienti e partner, la UNI EN 13549 costituisce anche un importante vantaggio competitivo nelle gare d'appalto, dove la qualità deve essere dimostrabile attraverso metodi, numeri e controlli riconosciuti a livello europeo.





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

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

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



50° Congresso Nazionale ANMDO

Torino, 7-8-9 ottobre 2025 Aula "Achille Mario Dogliotti"

POSTER VINCITORI



A.O. ORDINE
MAURIZIANO
TORINO

#UMANIZZAZIONE IN PRONTO SOCCORSO #NEXT GENERATION HOSPITAL: PROGETTARE PER CURARE TRA WELFARE E HEALING ENVIRONMENT

Vitale A*, Azzolina MC*, Calabrese SC**, Dall'Occo F***, Morabito D*, Vallino D°

*DIREZIONE SANITARIA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E PEDIATRICHE

***DIREZIONE GENERALE

°DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

AO ORDINE MAURIZIANO DI TORINO

Parole chiave: umanizzazione, qualità, miglioramento organizzativo e ambientale

Introduzione

L'umanizzazione - intesa come **impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati alla persona**, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica - è **elemento essenziale x garantire la qualità dell'assistenza, riconoscendo diversità fra persone** - che, se non riconosciute, rischiano di tradursi in barriere all'accesso e fruizione dei servizi (WHO, AGENAS).

Contenuti

In Piemonte è stato approvato il progetto Accoglienza ed Umanizzazione in Pronto Soccorso (PS), individuando 70 requisiti* che le AASSRR verificheranno x predisporre un piano di miglioramento (DGR10-1244 del 16/06/2025). Umanizzazione e personalizzazione della cura al Mauriziano si attuano con il lavoro del Team Edilizia Ospedaliera e Manutenzione Ordinaria, coordinato dal Responsabile Operativo aziendale, medico DSPO, che nel 2025 -tra Gemba Walk e confronto con istituzioni di *healthcare design* e associazioni del terzo settore, dedicate alle disabilità sensoriali- ha implementato il progetto a livello aziendale.

Obiettivo: rispondere a bisogni assistenziali in continua evoluzione e ottenere massima efficienza, creando **healthy workplace e healing environment**, con sguardo attento ai progetti regionali di **welfare** per rendere accessibili i servizi sanitari, erogando un sistema diffuso di umanizzazione dei PS.



Metodi:

- ricerca di evidenze scientifiche
 - benchmarking con altre realtà
 - checklist requisiti* (processi assistenziali e organizzativi, accessibilità, vivibilità/comfort dei luoghi di cura, informazioni, semplificazione/trasparenza, cura della relazione con paziente/cittadino/comunicazione clinica, accoglienza)
 - relazione esplicativa di fattibilità tecnica degli interventi
 - quantificazione economica.
- L'accessibilità si implementerà con **cartellonistica verticale amovibile** (non strisce a muro/a pavimento poiché facilmente cancellabili/alterabili in caso di lavori) **con comunicazione aumentativa e pittogrammi**, procedendo a revisione di cartellonistica verticale per vie di fuga e ideazione di un progetto di **wayfinding sostenibile**, coinvolgendo associazioni di cittadini (ODV/convenzionate con AO, in Conferenza Aziendale di Partecipazione). Il comfort dei locali si migliorerà installando **poster adesivi murali ignifughi con colori e immagini rilassanti** (coinvolgendo il Gruppo per il Benessere aziendale "VolerViverSani" e ODV; non quadri amovibili che potrebbero essere usati come corpi contundenti). La vivibilità, relativamente alle **sale visita open space con riduzione dei divisorii in muratura tra ambulatori**, nel rispetto della privacy dei pazienti, sono in realizzazione nelle **opere di aggiornamento funzionale del DEA/PS** (DG487/2025) in corso.

Conclusioni

Il **claim "Progettare per curare"** è identificativo del brand **#UmanizziamoAIMauriziano** che prevede **healing environment** per ridurre i tempi di degenza, migliorare l'umore dei pazienti, aumentare la soddisfazione del personale. L'ambiente diventa attore attivo del processo di cura, influenzando l'esperienza del paziente e l'operatività del personale sanitario, coinvolgendo le associazioni terzo settore e avendo impatto significativo su percorsi di diagnosi e cura: non solo architettura sanitaria, ma visione integrata che mette al centro benessere psico-fisico del paziente, efficienza del lavoro degli operatori e sostenibilità dell'intero sistema.

Prossimo step? Misurare gli indicatori (SUS Brasile 2001, TODRES 2009, AGENAS 2015) e valutare **performance ed efficacia delle azioni implementate!**

avitale@mauriziano.it

50° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



Oltre la cura: implementazione del servizio “Caring Nurse” nel Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero “Giovanni Paolo II” di Lamezia Terme

Belfiore M.G.¹, Trovato A.¹, Gallelli E.¹, Gallucci A.², Occhiuto R.³

¹ Direzione Medica P.O.U. Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

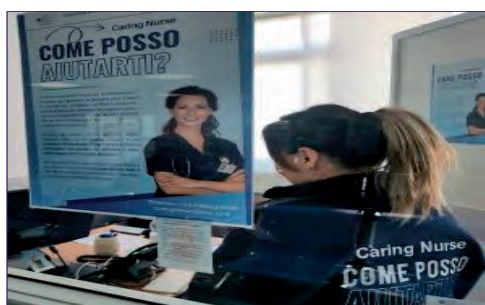
² Direzione Sanitaria Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

³ Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Calabria

Parole Chiave: Caring Nurse, comunicazione, umanizzazione delle cure

INTRODUZIONE

All'interno dell'ambiente ospedaliero, l'esperienza del paziente e dei suoi familiari è profondamente influenzata non solo dalla qualità clinica delle cure, ma anche dalla comunicazione, dall'accoglienza e dal sostegno relazionale ricevuti. Il percorso dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso è peculiare, poiché costituisce la principale via di ingresso in ospedale in condizioni di urgenza, spesso con molte variabili e incertezze. Le evidenze scientifiche più recenti dimostrano che la carenza di informazioni e la mancanza di figure infermieristiche dedicate alla comunicazione con i familiari sono tra le principali cause di insoddisfazione, ansia e comportamenti aggressivi nei confronti del personale sanitario.



CONTENUTI

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro ha attivato, a partire dal mese di marzo 2025, nel Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero “Giovanni Paolo II” di Lamezia Terme la postazione “Caring Nurse”, con due infermieri per turno. Questo personale sanitario agisce da “facilitatore” in un'area compresa tra la sala d'attesa e le postazioni di triage, aggiornando, con informazioni puntuali e costanti, i familiari dell'utente in Pronto Soccorso riguardo all'iter clinico-diagnostico-terapeutico intrapreso, rispondendo alle richieste provenienti anche dallo stesso paziente e intercettando situazioni di fragilità emotiva tra i familiari in sala d'attesa. Il progetto ha preso il via successivamente ad un periodo di formazione del personale e di sperimentazione del servizio. Il raccordo con l'utenza è attualmente previsto per 12 ore al giorno, sette giorni su sette, e consente di tenere i congiunti sempre informati sullo stato di salute dei pazienti, riducendo in tal modo tensioni e stress; i parenti possono ricevere direttamente tutte le informazioni circa lo stato di salute dell'assistito anche fuori dal Presidio Ospedaliero, componendo un numero di telefono dedicato. Da un'analisi preliminare effettuata per valutare l'efficacia del servizio e l'impatto dello stesso sull'utenza è emerso che per il 91% dei pazienti e dei familiari si è ridotto il livello di ansia e preoccupazione durante l'attesa in Pronto Soccorso; il 95% degli utenti si è sentito correttamente informato rispetto al percorso intrapreso; le segnalazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in merito ai problemi di comunicazione tra pazienti e personale, sono diminuite del 62%. Rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente è stato, inoltre, riscontrato un calo del 33% delle aggressioni verso il personale sanitario.

CONCLUSIONI

Il servizio *Caring Nurse* rappresenta un passo significativo nel percorso di umanizzazione delle cure, con l'obiettivo di rafforzare la fiducia nel servizio sanitario e di ridurre le tensioni in uno degli ambienti più delicati dell'ospedale. Il coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari nel processo assistenziale favorisce una maggiore percezione di sicurezza e contribuisce a consolidare il rapporto di fiducia con i professionisti sanitari.



L'OSPEDALE: LA CLINICA TRA STANDARDIZZAZIONE E DIFFERENZIAMENTO

Alessandro Callegaro¹, Giovanni Pieroni¹, Elisabetta Casali¹, Lucio Brugioni², Athos Borghi³, Barbara Trevisani⁴, Andrea Ziglio⁵

1. Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
2. Direttore Medicina Interna e Area Critica e Direttore Dipartimento Medicina di Area Critica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
3. Direttore Medicina Post Acuzie Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
4. Direttore Servizio Assicurazione Qualità Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
5. Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

"L'uomo ammalato è stato diviso in più regioni, ognuna delle quali ha il suo specialista. Ma l'uomo è molto di più dei dati analitici. Conviene quindi considerarlo, nelle sue parti e nel suo insieme, in quanto nell'ambiente cosmico, economico e psicologico agisce come unità e non come molteplicità." Alexis Carrel

Parole chiave: salute, sanità, identità, territorio e sostenibilità

Introduzione

L'Ospedale quale espressione della comunità a favore di chi è malato e quindi quale massima espressione di evoluzione sociale [1], è una realtà complessa che opera per fornire adeguate risposte ai bisogni dei pazienti. Tale realtà, supportata da una competenza gestionale che valorizza le specificità dell'approccio clinico, si può avvalere di alcuni concetti di sintesi che possono divenire il riferimento di chi dedica la propria vita professionale all'uomo ammalato.[2]

Contenuti

Le attività di un ospedale di grandi dimensioni, quale è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, devono svolgersi applicando determinati standard, al fine di garantire scelte congrue in relazione ai fabbisogni di efficacia e sicurezza delle cure [3]. Le opzioni prevalenti vanno nella direzione della standardizzazione dei processi clinico assistenziali, per quanto ciò sia possibile in un contesto organizzativo clinico caratterizzato da elevata variabilità e dalla crescente necessità di personalizzazione delle cure, mediante l'adozione di opportuni protocolli operativi [4]. La strutturazione razionale e pianificata delle attività consente di soddisfare il fabbisogno di efficienza ed il raggiungimento di opportuni obiettivi quantitativi in funzione della sostenibilità del sistema. Trattandosi di attività sanitarie va mantenuta una costante tensione ad esprimere al meglio l'attenzione agli aspetti di qualità, con una differenziazione dell'attività finalizzata ad una risposta diversificata di fronte a situazioni problematiche che non sempre risultano essere codificate o definite a priori (Tabella n°1).

La necessità di differenziare fino a "personalizzare" le risposte ai fabbisogni di salute è correlata alla responsabilità dei professionisti sanitari al momento della presa in carico dei pazienti [5] e deve necessariamente rispondere a riconosciuti principi etico-deontologici. Secondo gli autori gli elementi sopraesposti si possono ricondurre al concetto di *Salute*, che non riguarda soltanto il benessere fisico, rivolgendosi anche alla salvaguardia della sfera psicologica, sociale, familiare, relazionale con riguardo agli stili di vita delle persone [6][7]. Come pure ad una definizione di *Sanità* quale sistema di impegno professionale coerente, competente e strutturato. In tale ambito si ritiene non si possa prescindere dall'*Identità* costituita dal soggetto a cui le attività sanitarie sono rivolte, compreso il diritto all'autodeterminazione e alla libertà di scelta in ambito sanitario. Infine si conferma il concetto di *Territorio* quale elemento da cui emergono aspetti specifici di tempo e di luogo, dove si considerano aspetti culturali che consentono di realizzare azioni per fornire risposte mirate ai pazienti che derivano da una conoscenza del contesto locale [8], regionale, nazionale ed internazionale.

Considerazioni conclusive

Le riflessioni proposte dagli autori hanno individuato alcuni concetti di riferimento, che possono essere adottati come chiave interpretativa di fenomeni, scelte e modalità operative dei nostri servizi sanitari.

L'attività di ricerca che si realizza con il livello universitario, lo sviluppo di tecnologia che da un determinato territorio origina e la presenza di aziende sanitarie recettive agli apporti provenienti dal contesto di riferimento, riteniamo possano continuare a dare senso e significato al governo dell'ospedale per il futuro.



Maria convalescente, olio su tela (Joaquín Sorolla, 1907)



Il nuovo Ospedale di Venezia, (Le Corbusier, 1964)



Mappa del Mondo, 1670



OMS (GettyImages, Fabrice Coffrini)

Riferimenti bibliografici

1. Alessandro Callegaro et al., Il Dipartimento Medicina di Area Critica: l'offerta focalizzata sui fabbisogni della domanda, La Sanità e l'Ospedale di oggi...in attesa del futuro -49° Congresso Nazionale ANMDO- (2024)
2. Paolo Bellavite et al., Il dolore e la medicina -Alla ricerca di senso e di cure-, (2005)
3. Mario Zanetti, Il ruolo dell'umanizzazione in ospedale, Giornata di studio tenutasi a Modena su Lo spazio di relazione dell'ospedale, (1997)
4. Barbara Trevisani et al. Manuale di gestione per la qualità, Dipartimento Medicina di Area Critica, (2025)
5. D.Lgs N°502/92 (1992), DM N°70/15 (2015), DM N°77/22 (2022)
6. Pasquale Falasca e Rosa Borgia, Nuovo concetto di Salute dell'OMS: implicazioni per l'assistenza territoriale, XVIII Congresso Nazionale CARD, (2020)
7. OMS, Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, (1986)
8. Athos Borghi et al., La Degenza Post Acuzie, un ponte fra ospedale e territorio, L'Ospedale (n°3/2005)

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



50° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Torino, 7-8-9 Ottobre 2025



«La transizione digitale in sanità: esperienze e strumenti per un vademecum operativo»

Leigheb Fabrizio¹, Rescinito Riccardo¹, Franceschetti Genny², Martinese Morena³¹ DMPO, AOU «Maggiore della Carità», Novara; ² DMPO, AOU «SS Antonio e Biagio», Alessandria; ³ DS, Humanitas «Gradenigo», Torino**Parole chiave:** Sanità digitale – Cartella clinica elettronica – Management ospedaliero**Introduzione**

La transizione digitale rappresenta una delle principali *sfide e opportunità* per i sistemi sanitari moderni. L'adozione di strumenti informatici come la cartella clinica elettronica, i software gestionali per le attività chirurgiche, ambulatoriali e di direzione sanitaria costituisce un passaggio cruciale verso una maggiore efficienza, sicurezza e qualità delle cure.

Nonostante le potenzialità, il processo di digitalizzazione incontra barriere legate a costi, resistenze organizzative, formazione del personale e interoperabilità dei sistemi.

L'esperienza di aziende che hanno già intrapreso questo percorso costituisce un patrimonio utile da condividere, in modo da offrire indicazioni pratiche a chi si sta preparando ad avviarlo.

Contenuti

Il lavoro ha raccolto e analizzato le esperienze di due aziende ospedaliere universitarie pubbliche e una struttura privata accreditata della Regione Piemonte che hanno affrontato o stanno affrontando la transizione digitale, con particolare attenzione agli applicativi gestionali più diffusi. Sono stati identificati i seguenti principali ambiti di sviluppo e implementazione:

- Cartella clinica elettronica (CCE): adozione graduale, interoperabilità con i sistemi regionali, gestione della privacy e sicurezza dei dati.
- Ambito chirurgico: applicativi per la programmazione e il tracciamento dei percorsi perioperatori, con impatto positivo sulla pianificazione delle sale e sulla riduzione delle liste d'attesa.
- Ambito ambulatoriale: software di prenotazione e gestione dell'attività clinica, in grado di ottimizzare i flussi e migliorare la comunicazione con il paziente.
- Direzione sanitaria e management: strumenti digitali per il monitoraggio dei processi, la raccolta di indicatori di performance e la gestione documentale.

Dalle testimonianze emergono punti di forza quali la possibile riduzione del rischio clinico, il miglioramento della tracciabilità, la disponibilità di dati in tempo reale e la maggiore trasparenza dei processi.

Tuttavia, permangono criticità: necessità di formazione continua, complessità nell'integrazione tra sistemi diversi, costi di manutenzione e aggiornamento, resistenze culturali al cambiamento.

L'analisi comparativa delle esperienze ha permesso di delineare alcune raccomandazioni comuni, che costituiscono le basi per un la predisposizione di un vademecum operativo destinato alle DS/DMPO delle aziende in fase di progettazione della transizione digitale (vedi di seguito tabella esplicativa su «Benefici attesi» e «Principali criticità»).

Benefici attesi	Principali criticità
Miglioramento della qualità delle cure: • Accesso immediato e completo alla storia clinica del paziente • Riduzione degli errori clinici e delle duplicazioni di esami • Continuità clinica dei pazienti	Interoperabilità dei sistemi: • Integrazione tra software diversi (intra ed extra ospedalieri) • Rischio di "isole digitali" non comunicanti • Verticalità di alcuni applicativi (necessari progetti specifici)
Efficienza organizzativa: • Snellimento dei processi amministrativi e clinici • Maggior rapidità nella condivisione di dati tra reparti/servizi • Riduzione supporti cartacei con riduzione errori/smarimenti	Costi economici: • Investimenti iniziali elevati (implementazione di hardware, software, licenze) • Costi ricorrenti di manutenzione e aggiornamento
Tracciabilità e sicurezza: • Monitoraggio continuo dei percorsi clinici e chirurgici • Migliore gestione dei farmaci e dei dispositivi medici • Sviluppo indicatori specifici (es. occupazione letti, SDO, LDO) • Tracciabilità e comprensibilità degli interventi	Formazione del personale: • Necessità di training continuo e differenziato per medici, infermieri, amministrativi • Rischio di resistenze culturali al cambiamento
Supporto decisionale: • Raccolta e analisi di dati clinici e gestionali in tempo reale • Possibilità di sviluppare indicatori di performance e sistemi di alert	Resistenza al cambiamento: • Scetticismo di parte del personale ("si è sempre fatto così") • Necessità di forte leadership della Direzione Sanitaria
Esperienza del paziente: • Migliore comunicazione (referti online, prenotazioni digitali) • Riduzione dei tempi di attesa e maggiore trasparenza • Integrazione più semplice con FSE e DSE	Sicurezza e privacy: • Protezione dei dati sensibili (cyber security, GDPR) • Rischio di interruzioni di servizio o violazioni informatiche • Ideazione BCP dedicato
Governance e controllo di gestione: • Dati strutturati per programmazione, audit, benchmarking e rendicontazione • Supporto per la pianificazione strategica e il risk management • Riduzione rischio clinico • Controllo su compliance normativa (dati sanitari, privacy, SDO) e l'aderenza agli standard JCI	Impatto organizzativo: • Rallentamento iniziale delle attività durante la fase di transizione • Ridefinizione di ruoli e responsabilità • Fondamentale progetto coordinato e precoce coinvolgente tutte le figure in gioco • Necessario adattare lo strumento al contesto reale, non il contrario

Conclusioni

La transizione digitale non è solo un processo tecnologico, ma un cambiamento culturale e organizzativo che coinvolge tutti gli attori del sistema sanitario. L'esperienza delle aziende già attive dimostra che il successo dipende dalla capacità di integrare gli applicativi con i processi clinici e gestionali, dall'adeguata formazione degli operatori e dalla governance a livello direzionale.

Il vademecum che, con l'eventuale collaborazione di ulteriori aziende/strutture regionali, verrà sviluppato prossimamente, si pone come strumento pratico per guidare le realtà sanitarie nella pianificazione e realizzazione della digitalizzazione in ambito ospedaliero, favorendo la diffusione di buone pratiche e la riduzione delle potenziali criticità clinico-organizzative.



Torino 7-8-9 Ottobre 2025

«LA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA (CCE) PER MONITORARE LA KLEBSIELLA NEI REPARTI DI DEGENZA DELL'ASL DI LT»

Del Sole M.*, Fava P.*, De Marchis L.*, De Marchis F.*, Alibardi L.*, Dott., Dott.
Di Mauro S. *, Parrocchia S. *
*Azienda sanitaria locale Latina

INTRODUZIONE

La CCE garantisce appropriatezza delle cure e continuità assistenziale, viene anche utilizzata per monitorare la KLEBSIELLA prevenendone la diffusione

KEYWORDS: EHR, INFECTION CONTROL, HOSPITAL WARD

MATERIALE

- SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE CCE
 - CHECK LIST: viene utilizzata per monitorare le diverse aree della CCE.
 - RELAZIONE: viene redatta ogni tre mesi utilizzando le check list e inviata al Direttore Sanitario Aziendale e al Direttore della UOC Professioni Sanitarie Rete Ospedaliera.

MONITORAGGIO DEI REFERTI KLEB

METODO

- Aggiornamento e Monitoraggio periodico della CCE mediante le specifiche Check List, utili per redigere la Relazione che viene inviata al Direttore Sanitario Aziendale e al Direttore della UOC Professioni Sanitarie Rete Ospedaliera.
- Esecuzione di Screening per la ricerca della KLEB mediante tamponi rettali.
- Monitoraggio della KLEB utilizzando specifiche sezioni della CCE denominati, ISOLAMENTO e ORDINI E REFERTI.

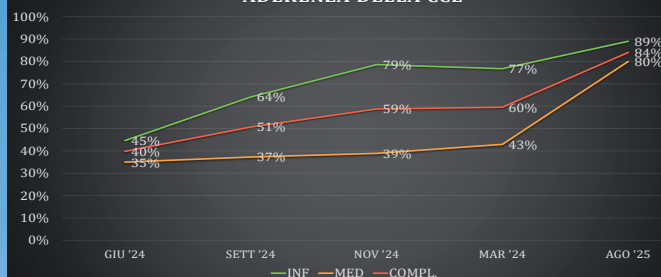
RISULTATI

- Il monitoraggio delle CCE eseguito mediante la compilazione delle apposite Check List e quindi della Relazione, dà come risultato l'aderenza alla corretta compilazione della CCE da parte del personale medico (MED), del personale infermieristico (INF) e quindi l'aderenza di struttura (COMPL).
- Il grafico che segue illustra l'andamento dei risultati dei monitoraggi eseguiti tra Giugno 2024 e Agosto 2025 analizzando 2011 cartelle cliniche elettroniche; i dati indicano il valore medio delle aderenze alle sezioni della CCE valutate:
 - Area Medica: Esame Obiettivo, Anamnesi e Terapia.
 - Area Infermieristica: Esame Obiettivo Infermieristico, Consegne, Dispositivi, Diario, PV, Attività Infermieristiche, Valutazione del dolore, BMI, Valutazione di Braden e Valutazione del Rischio Cadute.

CONCLUSIONI

Il processo di implementazione, i periodici retraining e quindi l'aumento di padronanza nell'utilizzo della Cartella Clinica Elettronica, determina l'aumento dell'aderenza (+44%); tale situazione contribuisce non solo a migliorare l'appropriatezza delle cure e la continuità assistenziale, ma riveste anche un valore pro-attivo contribuendo alla riduzione dei valori di prevalenza della KLEBSIELLA nei reparti di degenza dell'ASL di Latina, in linea con quanto teorizzava nel 2007 Gartner in merito della 6° generazione di CCE e cioè che la CCE non è solo un archivio digitale ma un vero e proprio "Assistente Intelligente" per il personale sanitario, fornendo un supporto attivo e pro-attivo.

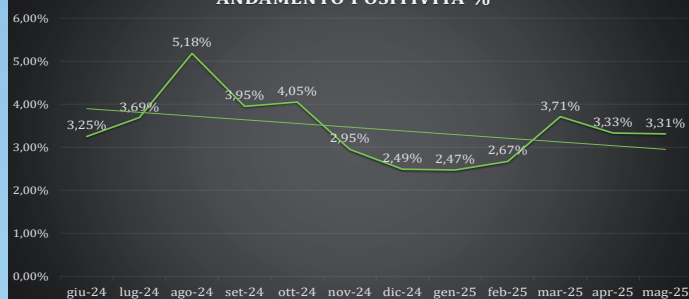
ADERENZA DELLA CCE



- L'aumento dell'aderenza alla CCE si traduce in una maggiore attenzione alla gestione dei pazienti con KLEBSIELLA, utilizzando l'apposita sezione della cartella denominata ISOLAMENTO che permette una maggiore prontezza del tipo di isolamento e dei dati ad esso correlato.

- Il grafico che segue illustra come migliorando l'aderenza alla CCE contribuisca a determinare un andamento negativo della Klebsiella; i dati di positività vengono rilevati mediante la sezione della CCE denominata ORDINI E REFERTI ed espressi indicando il rapporto Positivi/Tamponi eseguiti (13.248).

ANDAMENTO POSITIVITÀ %



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
LATINAREGIONE
LAZIO

Dagli indicatori all'azione: Lean Management per l'efficienza del Blocco Operatorio

B. Velpini (1), F. Torlai (1), D. Granci (1), M. Guido (2), L. Pacini (1), M. T. Mechi (1)

(1) Azienda USL Toscana Centro (2) Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

Presso l'Ospedale S. Stefano di Prato è stato avviato un **programma di miglioramento organizzativo** basato sui principi del Lean Management e sull'utilizzo di Eventi di Miglioramento Rapido (EMR) integrati con sistemi di monitoraggio. La chiave operativa del progetto è l'integrazione costante tra il monitoraggio ravvicinato dei trend attraverso un cruscotto di indicatori, l'esplosione dei dati degli indicatori che evidenziano una criticità mediante osservazioni dirette sul campo e l'attivazione di azioni concrete e mirate di miglioramento su singoli segmenti del processo che in una serie virtuosa consentiranno via via di migliorare l'intero percorso.

CONTENUTI

Il percorso ha preso avvio con una **Value Stream Mapping del processo chirurgico elettivo** e osservazioni dirette sul campo. La mappatura ha evidenziato criticità: tempi di cambio, trasporti interni, posizionamento in sala operatoria dei cateteri venosi centrali (CVC), preparazione dei pazienti complessi, coordinamento e standardizzazione nel percorso preoperatorio.

Gli EMR hanno consentito di strutturare A3 operativi orientati a interventi specifici

- **Posizionamento CVC:** definizione di criteri clinici, inserimento del device in RR e riorganizzazione della sequenza degli interventi.
- **Preparazione pazienti complessi:** realizzazione di una scheda di preparazione preoperatoria allegata alla programmazione settimanale.
- **Trasporti interni:** introduzione di criteri di priorità, tempistiche standard di chiamata e coinvolgimento dei coordinatori di degenza.
- **Tempi di cambio:** avvio di un A3 organizzativo focalizzato sulla standardizzazione, esecuzione parallela di attività, miglioramento delle note.

Trasporti Arrivi fuori orario: 13/25 in anticipo (0-13'), 10/25 in ritardo (1-13'). 1/25 puntuale.	Passamala ti / Presala Tempi di trasferimento in presala: 0-12'.	Presala → Inizio preparazione Attese: 0-5' (escluse 3 eccezioni: 10'/25' per casi complessi).	Preparazione Paziente Preparazione standard: 3-10'. Outlier: CVC/arteria 25-45'.
Fine Prep Sala → Ingresso Pz 8/25 entrano prima del termine prep. 7/25 attesa >20'; 10/25 attesa 0-6'.	Ingresso Sala → Inizio Anestesia 9/25 >10' di attesa. Per gli altri: 0-7'.	Fine Anestesia → Inizio Intervento 4 pz: 15' 16 pz: 16-30' 3 pz: 31-40'.	Fine Intervento → Inizio Trasporto RR/TT 8-35'.

Tempo totale: arrivo blocco → inizio intervento = 1h 05' (medio). Tempo tra fine intervento A → inizio intervento B = 1h 16' (medio).

Ogni A3 è stato accompagnato da un **piano di monitoraggio** con raccolta dati diretta, indicatori di processo ed esito e attivazione di trigger per l'individuazione tempestiva delle criticità che si è affiancato a un **sistema di indicatori del BO** analizzati per valutare l'andamento delle performance complessive e indirizzare le azioni di miglioramento

CONCLUSIONI

Il progetto mostra come l'integrazione di metodologie Lean, EMR e sistemi di monitoraggio strutturato possa costituire un approccio concreto per affrontare la complessità dei processi chirurgici. Il percorso consente di rafforzare la **consapevolezza organizzativa**, di avviare la **standardizzazione** di alcune pratiche e di costruire strumenti condivisi di analisi e monitoraggio creando le basi per un **miglioramento continuo** rappresentando un modello replicabile in altri setting chirurgici.

Parole chiave: Percorso Chirurgico, Lean Management, Blocco Operatorio

	Indicatori
1	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA
2	SCOSTAMENTO DEGENZA PREVISTA / DEGENZA EFFETTIVA
3	OVER TIME
4	UNDER UTILIZATION
5	TURN OVER TIME
6	RAW UTILIZATION
7	START TIME TARDINESS
8	TEMPO MEDIO CHIRURGICO
9	SCOSTAMENTO TEMPO CHIRURGICO
10	TEMPO MEDIO ANESTESIOLOGICO
11	TASSO CASI CANCELLATI
12	RISPETTO NOTA OPERATORIA

Governare l'innovazione in radiologia: il ruolo della Direzione Medica nell'esperienza Galileo AI

D. Celotto¹, M. Valentino², D. Montemurro³, D. Turello⁴

- 1) Direzione Medica di Presidio Santa Maria della Misericordia di Udine, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
 2) Direttore SOC di Radiologia di San Daniele – Tolmezzo – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
 3) Direttore del Dipartimento di Assistenza Ospedaliera – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
 4) Direttore Sanitario – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

INTRODUZIONE

L'introduzione di soluzioni basate sull'intelligenza artificiale (AI) in ambito radiologico costituisce un'opportunità per le Aziende Sanitarie dal punto di vista clinico e tecnologico, ma anche una sfida da quello organizzativo e gestionale. Galileo AI – sistema Kalos – è un software per l'analisi automatica delle immagini radiologiche, con applicazioni nella refertazione assistita e nel supporto decisionale.

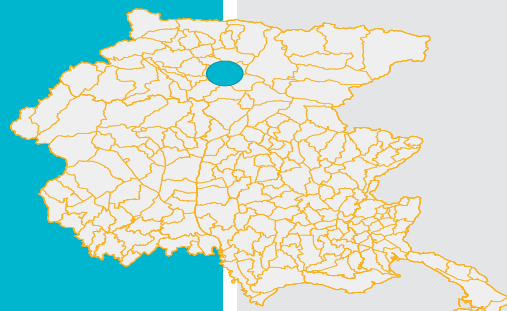
Da luglio 2025 l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC) ha avviato un progetto pilota presso la SOC di Radiologia di San Daniele – Tolmezzo (sede di Tolmezzo), con l'obiettivo di definire un modello di governance locale e valutare l'impatto della tecnologia in un ospedale Spoke, con la prospettiva di una possibile futura estensione all'intera Azienda.

CONTENUTI

Il progetto prevede l'utilizzo controllato del software Galileo AI presso la SOC di Radiologia di San Daniele – Tolmezzo da parte dei medici radiologi, tecnici e infermieri di area radiologica. Mediante la regia della Direzione Medica di Presidio, sono stati coinvolti nell'avvio del progetto diversi Servizi aziendali, a garanzia della sicurezza e della conformità normativa: Tecnologie Informatiche e Comunicazione, Ingegneria Clinica, Ufficio Privacy, Servizio Prevenzione e Protezione, Medicina Legale.

La sperimentazione è condotta con un approccio di tipo HTA semplificato, basato su indicatori di processo (tempi di refertazione, accuratezza diagnostica, identificazione di falsi positivi/negativi), sulla valutazione delle modifiche organizzative e sulla raccolta di feedback da parte degli operatori.

L'avvio della sperimentazione ha consentito di testare in un contesto circoscritto le principali sfide di integrazione della tecnologia AI nei flussi clinici, evidenziando opportunità di efficientamento nella lettura degli esami, ma anche limiti legati a casi clinici complessi o a specificità tecniche. Il valore aggiunto del progetto risiede nel ruolo proattivo della Direzione Medica, che si configura come regista nella fase autorizzativa e di monitoraggio, ma soprattutto come promotore della gestione del cambiamento. È quindi protagonista nella mediazione tra innovazione tecnologica, sostenibilità organizzativa, responsabilità professionale e tutela del paziente.



CONCLUSIONI

L'introduzione di sistemi di intelligenza artificiale in radiologia non può prescindere da una governance forte e multidimensionale. La sperimentazione di Galileo AI a Tolmezzo dimostra come le Direzioni Mediche possano assumere una funzione decisiva nell'accompagnare l'innovazione, garantendo sicurezza, appropriatezza e sostenibilità. Il modello adottato rappresenta una base concreta per decisioni informate di estensione su scala aziendale e per future applicazioni di tecnologie emergenti in sanità.

PAROLE CHIAVE: INTELLIGENZA ARTIFICIALE, INNOVAZIONE, INTEGRAZIONE

Per ulteriori informazioni: **Daniele Celotto**
 tel. 0432 554520
 e-mail: daniele.celotto@asufc.sanita.fvg.it



50° Congresso Nazionale ANMDO

Torino, 7-8-9 ottobre 2025 Aula "Achille Mario Dogliotti"

POSTER

50° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



Team Edilizia Ospedaliera e Manutenzione Ordinaria: A.O. Mauriziano tra funzionalità e umanizzazione



S.C. Calabrese 1, M.C. Azzolina 2, F. Dall'Occo 2, A. Vitale 2

(1) Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino, TORINO,
(2) Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino, TORINO

Parole chiave: Edilizia Ospedaliera, Operation Manager, Umanizzazione



Introduzione

In letteratura numerosi studi analizzano l'influenza che gli spazi di cura esercitano su diversi aspetti riguardanti la vita e la permanenza all'interno delle Strutture Sanitarie. La qualità degli ambienti e il contesto impattano su: sicurezza dei pazienti, intesa come rischio di infezioni nosocomiali e cadute accidentali, qualità del sonno e del ricovero, orientamento, privacy, stress e soddisfazione del personale. E' ampiamente dimostrato che spazi progettati e pensati per essere sempre più sociali, umanizzati e accoglienti condizionano positivamente utenti e operatori sanitari, contribuendo a ridurre lo stress e a migliorare l'assistenza e il processo di guarigione. Negli ultimi decenni, si è data quindi crescente importanza a soluzioni progettuali che integrano funzionalità, efficienza, comfort e umanizzazione delle strutture sanitarie. A tal fine, in linea con la mission dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, presso l'A.O. Ordine Mauriziano di Torino è nato un Gruppo di Lavoro che si pone l'obiettivo di garantire una corretta manutenzione e progettazione degli spazi, tenendo conto del fatto che questi ultimi non sono più semplici luoghi di cura delle malattie, ma rappresentano luoghi di cura della persona in senso olistico.



Contenuti

L'A.O. Ordine Mauriziano è costituita dal Presidio Umberto I, edificio storico eretto nel 1881 e ampliato nel corso del Novecento, che necessita di interventi di tutela architettonica che siano in armonia con l'introduzione di innovazioni e con l'attenzione al comfort.

A fine 2024 presso l'Azienda è stato istituito il Team Edilizia Ospedaliera e Manutenzione Ordinaria TEOMO, coordinato da un medico della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (Responsabile Operativo Ambienti Sanitari ROAS), affiancato da figure, con profili di competenza specifici, afferenti a Ufficio Tecnico, Ingegneria Clinica, Servizio Prevenzione e Protezione, Provveditorato e DIPSA. Le skills richieste dalla Regione Piemonte al ROAS sono quelle di un Operation Manager OM, capace di organizzare e analizzare i processi, di gestire il cambiamento, con competenze tecniche, clinico-amministrative e di comunicazione interfunzionale.

Il gruppo, formalizzato con delibera e dotato di Regolamento interno, ha l'obiettivo di garantire la funzionalità, la sicurezza, l'umanizzazione e il decoro degli ambienti ospedalieri, raccogliendo segnalazioni e rilevando pro-attivamente criticità, relative a opere edili, impianti idro-termo sanitari, arredi e segnaletica, nel corso di incontri e sopralluoghi programmati con una cadenza mensile/bimensile. Alle criticità rilevate viene assegnato un punteggio, a cui corrisponde una Priorità di intervento. Il Medico di DSPO segnala di volta in volta alle strutture competenti le attività da effettuare, esplicitando i criteri di priorità e le modalità operative. Contestualmente ai sopralluoghi il ROAS monitora lo stato avanzamento lavori di richieste di intervento "aperte" nei precedenti sopralluoghi. Al fine di valutare nel lungo periodo l'efficacia delle attività intraprese dal TEOMO l'OM ha altresì identificato degli indicatori di esito.

Conclusioni

Gli edifici ospedalieri sono strutture complesse, sia per i servizi che erogano sia per la loro rilevanza sociale, di conseguenza la loro manutenzione, la cura e l'umanizzazione degli spazi risulta un compito prioritario per i medici di DSPO, che grazie alle loro skills tecniche e gestionali rappresentano le figure chiave di questo processo.

TRI-HARMONY

Tri-level Healthcare Alliance for Regional Management and Optimization Network Yields

Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

Dr. Alfonso Cirrone Cipolla - Dr. Francesco Di Rosa - Dott. Salvatore Lucia Ficarra
Ing. Carmelo Federico D'Anna - Dott. Gabriele Domenico Marco Lottuca

INTRODUZIONE

TRI-HARMONY, acronimo di Tri-level Healthcare Alliance for Regional Management and Optimization Network Yields, rappresenta una rivoluzione nel paradigma della gestione sanitaria integrata. Il progetto si propone di superare le discontinuità sistemiche e le inefficienze croniche che affliggono l'attuale sistema di assistenza sanitaria, attraverso l'implementazione di un ecosistema digitale che connette in maniera fluida e armoniosa tre pilastri fondamentali: gli ospedali, i medici di famiglia e i servizi territoriali. L'obiettivo è quello di costruire una rete dinamica, coordinata ed efficiente tra ospedali, Medici (M.M.G.) e il territorio, capace di rispondere in maniera rapida, personalizzata e strutturata alle esigenze dei pazienti. Il Medico diventa il fulcro operativo, garantendo che i pazienti siano indirizzati verso le cure più appropriate, siano esse ospedaliere, ambulatoriali o domiciliari. I Medici assumono un ruolo centrale come coordinatori attivi del percorso di cura, utilizzando strumenti digitali avanzati e dati sanitari aggiornati in tempo reale per garantire la continuità e l'efficacia delle cure. Uno dei principali punti di forza del progetto è l'implementazione in una tessera (TRI-SMART), dotata di tecnologie avanzate, che consente ai pazienti di avere sempre con sé i propri dati sanitari in forma sicura e facilmente accessibile. L'accesso ai dati è autorizzato esclusivamente dal paziente, garantendo il pieno controllo della privacy e la tracciabilità di eventuali accessi in situazioni d'emergenza. La card permette la sincronizzazione automatica delle informazioni cliniche, facilitando la comunicazione tra ospedali, medici di famiglia e strutture territoriali. Nello scenario futuro proposto da TRI-HARMONY il Medico riceve il paziente che, con il supporto della Community e della Intelligenza Artificiale, riduce la probabilità di commettere errori prescrittivi o di indirizzare il paziente in ospedale (Pronto Soccorso) se non necessario. Definita la prescrizione, ha accesso alla piattaforma TRI HARMONY che funge anche da Centro Unico di Prenotazione. Infine carica la ricetta, prenotazione, ecc. sulla TRI SMART consentendo la progressiva dematerializzazione. TRI-HARMONY valorizza gli investimenti del PNRR per supportare la transizione digitale del sistema sanitario, introducendo servizi come la Interoperabilità tra Aziende Sanitarie, l'implementazione della C.C.E. e l'accesso sicuro ai dati clinici. Queste tecnologie avanzate migliorano l'esperienza del paziente, riducono i costi sanitari e ottimizzano l'utilizzo delle risorse, offrendo un sistema di cura continuo e personalizzato. Grazie alla sua visione di una sanità connessa e proattiva, TRI-HARMONY pone il paziente al centro di un ecosistema di servizi sanitari altamente coordinati e innovativi, migliorando la qualità delle cure e l'efficienza operativa su scala nazionale.

LA SOLUZIONE

IL MEDICO

- Riceve il paziente previsto in Card e, pertanto, conosce l'intera storia clinica del paziente;
- Si consulta con la Community e, con il supporto della IA, riduce la probabilità di commettere errori prescrittivi o di inviare il paziente direttamente in ospedale (Pronto Soccorso) se non necessario;
- Ha accesso al «sistema» TRI-HARMONY che funge da Centro Unico di Prenotazione, consentendo al medico di conoscere l'offerta Sanitaria del Territorio e Ospedaliero;
- Carica la ricetta e/o la prescrizione sulla Card consentendo la progressiva dematerializzazione

IL PAZIENTE

- Ha sempre a disposizione la propria cartella clinica attraverso la Card;
- Consente l'offerta sanitaria pubblica e privata convenzionata;
- Garantisce i tempi di garanzia di erogazione dei servizi offerti e riduce le liste d'attesa;
- Ha i suoi dati sempre al sicuro garantendosi la propria privacy;

IL S.S.N.

- Ottiene maggior interazione tra le Aziende Sanitarie distribuite nel territorio Regionale e Nazionale;
- Garantisce maggiore qualità dei servizi di Emergenza (P.S.) grazie ad un minor affollamento;
- Garantisce i tempi di garanzia di erogazione dei servizi offerti e riduce le liste d'attesa;
- Massima fruizione degli investimenti PNRR sul territorio (ICOT, CDC, ODC, ecc.)

NORMATIVE

- Rispetto del GDPR di cui al Regolamento CE, Parlamento Europeo 27/04/2016 n° 679
- Rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.L. 12 gennaio 2013.
- Rispetto delle «disposizioni di cui alla Legge del 24 dicembre 2008 n° 268
- Target e Milestone PNRR sul territorio Misura 6 Componente 1 (C.O.T., O.D.C., C.C.E., ecc.)

IL FUTURO

La portabilità delle informazioni è un altro aspetto cruciale di questa tessera: il paziente porta con sé i propri dati sanitari ovunque vada, eliminando la necessità di richieste complesse o tempi di attesa per trasferire informazioni tra strutture sanitarie diverse. Questa tessera permette un aggiornamento continuo e sicuro dei dati, rendendo possibile un accesso rapido e mirato in qualsiasi contesto sanitario, sia esso un ospedale, un ambulatorio o un consulto a distanza. In questo modo la tessera sanitaria diventa non solo un mezzo di identificazione, ma un vero e proprio strumento di empowerment per il paziente, che può avere sempre a portata di mano i propri dati sanitari, con la certezza che le sue informazioni personali saranno sempre trattate con la massima riservatezza e sicurezza.

La vera innovazione si trova sul retro della tessera, dove è presente un display e-link, noto per il suo consumo energetico estremamente basso e per la capacità di visualizzare informazioni anche in condizioni di luce diretta, senza affaticare la vista. Questa tecnologia consente al paziente e al personale medico di visualizzare in tempo reale le informazioni critiche registrate nella tessera, senza bisogno di un dispositivo esterno.

La tessera sanitaria proposta da TRI-HARMONY rappresenta un'evoluzione fondamentale nella gestione dei dati sanitari, ponendo al centro la privacy, la sicurezza e l'autodeterminazione del paziente. Il principio guida di questo sistema è che il dato sanitario appartenga esclusivamente al paziente. Questo significa che l'accesso a qualsiasi informazione sanitaria deve avvenire solo con l'autorizzazione esplicita del paziente stesso. La tessera, grazie a tecnologie avanzate di crittografia e autenticazione biometrica, permette al paziente di avere il controllo completo su chi può accedere alle sue informazioni, garantendo così la massima sicurezza e rispetto della privacy. In casi di estrema urgenza, il sistema prevede una possibilità di bypass per consentire l'accesso ai dati salvati senza l'autorizzazione preventiva del paziente. Tuttavia, ogni volta che questo sistema viene fornito, viene tracciato in modo rigoroso chi ha effettuato l'accesso, assicurando che ogni intervento sia giustificato e monitorato.

Visualizzazione delle Informazioni Sanitarie Essenziali

- Funzione di Scriminamento delle Informazioni
- Accesso in Modalità Emergenza
- Tracciamento degli Accessi
- Efficienza Energetica
- Vantaggi della Tecnologia e-link
- Visualizzazione Sempre Disponibile
- Sicurezza Avanzata
- Usabilità in Emergenza

SPECIFICHE DI TRI-SMART

Memoria sicura e crittografata

La card sarà dotata di una memoria crittografata che consentirà di archiviare i dati essenziali del paziente, come referti medici, prescrizioni attive, piani di cura e informazioni su allergie o patologie croniche. I dati saranno crittografati con crittografia a livello militare AES-256, per garantire la massima sicurezza. Il paziente potrà portare con sé i dati vitali in formato sicuro, riducendo il rischio di violazioni dei dati in caso di perdita o furto.

Funzione NFC per Accesso Veloce

La card sarà dotata di tecnologia NFC (Near Field Communication) per l'accesso rapido ai dati da parte dei medici e delle strutture sanitarie. Sarà sufficiente avvicinare la tessera a un dispositivo abilitato per consentire l'accesso ai dati crittografati in modo sicuro e veloce. Migliora la velocità con cui i medici possono accedere alle informazioni, specialmente in situazioni d'emergenza.

Indicatore della batteria residua

La card sarà dotata di un indicatore a basso consumo che mostrerà il livello della batteria residua. La batteria sarà progettata per durare diversi anni grazie all'uso della tecnologia BLE a bassa energia. Quando la batteria sarà vicina all'esaurimento, il sistema invierà un avviso per la sostituzione. Garantisce che la tessera rimanga sempre operativa e che i dati siano accessibili senza interruzioni.

Autenticazione Biometrica per l'Accesso ai Dati

La card integrerà un lettore di impronta digitale che richiederà la scansione dell'impronta per sbloccare l'accesso ai dati sanitari. Solo dopo il riconoscimento dell'impronta, i dati saranno visibili e accessibili al paziente o al medico autorizzato.

Link ai Repository Nazionali per dati pazienti

Per ridurre la necessità di grandi quantità di spazio di archiviazione, la card conterrà solo link crittografati e token di accesso per consentire al personale medico di accedere rapidamente ai dati sanitari senza appesantire la memoria della tessera, mantenendo la velocità e l'efficienza.

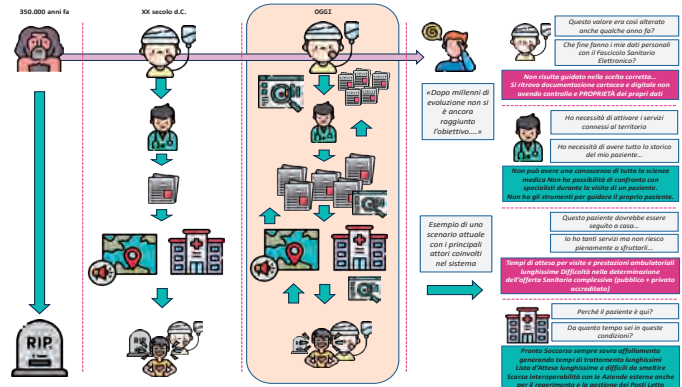
Modalità Offline con Cache di Emergenza

La card memorizzerà una cache locale di dati di emergenza (ad esempio: gruppo sanguigno, allergie, condizioni critiche) accessibile anche in modalità offline in caso di emergenza, permettendo al personale sanitario di accedere alle informazioni di base senza connessione a Internet. Garantisce che i dati critici del paziente siano sempre disponibili, anche in situazioni in cui la connessione al server è impossibile.

Monitoraggio Intelligenza e Tracciamento

Attraverso la tecnologia degli Air Tag e NFC, la card registrerà tutte le interazioni con i medici e le strutture sanitarie, creando un log di accesso per garantire trasparenza e tracciabilità dell'utilizzo dei dati sanitari. Assicura la protezione e la tracciabilità dei dati del paziente, fornendo uno storico di chi ha avuto accesso e quando.

L'EVOLUZIONE DEL S.S.N.



FUNZIONALITÀ

PAZIENTE

- Ha come primo riferimento il Medico (M.M.G.) che lo guiderà nell'intero percorso di assistenza sanitaria;
- Incrementa il suo livello di fiducia nella capacità del Medico in quanto supportato dalla community (IA);
- Non avrà documentazione cartacea in quanto ricette, prescrizioni, ecc. saranno disponibili nella Card;
- La piattaforma sarà in grado di calendarizzare, anche tramite notifiche automatiche appuntamenti e terapie;
- Non avrà bisogno di interazioni con altri Enti (es. CUR, ecc.) per la prenotazione di visite specialistiche, diagnostiche, ecc.;
- Avrà accesso in modo veloce, semplice e sicuro ai propri dati sanitari;
- È l'unico proprietario dei suoi dati sanitari;

MEDICO

- Dashboard Unificata per la Gestione del Paziente;
- Ha sempre disponibile l'intera storia clinica del paziente;
- Supporto Decisionale IA per le Prescrizioni e i Trattamenti;
- Sistema di Notifiche di Ricoveri e Dimissioni;
- Riconoscimento della Terapia Prescritta;
- Pianificazione e Gestione delle Cure Domiciliari;
- Accesso a Referti e Diagnosi Ospedaliere;
- Coordinamento degli Appuntamenti tra Strutture;
- Telemedicina per Consultazioni Remote;
- Accesso ai Centri di Prenotazione delle Cure;
- Strutture pubbliche e convenzionate;
- Riduce i costi e rispetta l'ambiente per la riduzione del cartaceo;

TERRITORIO

- Sistema di Triage Automatizzato per il Territorio;
- Integrazione con i Servizi di Assistenza Domiciliare;
- Accesso ai Servizi di Diagnostica Territoriale;
- Sistema di Monitoraggio delle Cure Palliative;
- Coordinamento con i Servizi Sanitari;
- Monitoraggio della Salute Pubblica e Dati Epidemiologici;
- Sistema di Gestione delle Vaccinazioni e Screening Preventivi;
- Coordinamento con i Servizi di Riabilitazione;
- Integrazione con i Servizi di Emergenza;

OSPEDALE

- Minor affollamento nei punti di Emergenza-Urgenza;
- Migliore qualità nella gestione delle emergenze;
- Riduzione dei tempi per l'erogazione dei servizi richiesti;
- Integrazione con il Sistema di Supporto Decisionale IA;
- Monitoraggio continuo dei posti letto disponibili in struttura;
- Coordinamento e Pianificazione delle dimissioni;
- Gestione Avanzata della Cartella Clinica Elettronica;
- Accesso ai Dati Epidemiologici Locali e Regionali;
- Accesso alla Telemedicina per Consultazioni Specialistiche;
- Integrazione con i Servizi di Emergenza;
- Analisi Avanzata dei Flussi di Pazienti e Capacità Ospedaliera;

LA SFIDA PER IL FUTURO

IL MEDICO

Il ruolo del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) nel nuovo modello di assistenza sanitaria proposta da TRI-HARMONY è centrale. Il medico sarà il primo punto di contatto per il paziente, guidandolo nell'intero percorso di cura. La piattaforma TRI-HARMONY gli fornirà tutti gli strumenti necessari per gestire il paziente in modo efficiente, riducendo i tempi di attesa e migliorando la qualità delle cure. Il medico avrà accesso a tutti i dati del paziente in tempo reale, consentendogli di prendere decisioni basate su informazioni complete e aggiornate. La tecnologia TRI-HARMONY supporta il medico in ogni fase del percorso di cura, dalla diagnosi alla prescrizione, dalla gestione delle terapie al monitoraggio dei risultati. Questo approccio integrato riduce il carico di lavoro del medico, permettendogli di dedicare più tempo al paziente e alla prevenzione.

IL PNRR, tra Nuovi Servizi e TRI-HARMONY

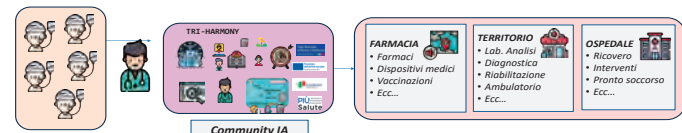
Il PNRR introduce servizi e tecnologie nel Sistema Sanitario Nazionale che sono in linea con la visione di TRI-HARMONY. La piattaforma TRI-HARMONY integra i servizi del PNRR, consentendo al medico di accedere a tutti i servizi necessari per la gestione del paziente. La tecnologia TRI-HARMONY supporta il medico in ogni fase del percorso di cura, dalla diagnosi alla prescrizione, dalla gestione delle terapie al monitoraggio dei risultati. Questo approccio integrato riduce il carico di lavoro del medico, permettendogli di dedicare più tempo al paziente e alla prevenzione.

Il Paziente come Centro del Sistema

Nel nuovo paradigma di TRI-HARMONY, il paziente è al centro di una rete di servizi sanitari e preventivi. Il territorio diventa il primo punto di contatto per il paziente, guidandolo nell'intero percorso di cura. La piattaforma TRI-HARMONY gli fornirà tutti gli strumenti necessari per gestire il paziente in modo efficiente, riducendo i tempi di attesa e migliorando la qualità delle cure. Il paziente avrà accesso a tutti i dati del suo percorso di cura in tempo reale, consentendogli di prendere decisioni basate su informazioni complete e aggiornate. La tecnologia TRI-HARMONY supporta il paziente in ogni fase del percorso di cura, dalla diagnosi alla prescrizione, dalla gestione delle terapie al monitoraggio dei risultati. Questo approccio integrato riduce il carico di lavoro del paziente, permettendogli di dedicare più tempo alla prevenzione e al benessere.

CONCLUSIONI

TRI-HARMONY rappresenta non solo un'innovazione tecnologica, ma una vera rivoluzione sociale nel panorama della sanità italiana. Ponendo al centro il paziente, il medico di medicina generale e il territorio, il sistema ridefinisce il modo in cui le cure vengono organizzate e somministrate, con un focus sull'accessibilità e sull'efficienza. L'obiettivo è ambizioso ma fondamentale: garantire a tutti una sanità equa, accessibile e di qualità, in cui ogni individuo possa accedere rapidamente alle cure di cui ha bisogno, senza barriere. La rivoluzione sociale di TRI-HARMONY si manifesta nella creazione di una rete sanitaria integrata, che supera le inefficienze e le frammentazioni del sistema attuale. Medici, ospedali e territori collaborano in un sistema unico, garantendo continuità delle cure, prevenzione e monitoraggio costante. Questo approccio non solo migliora la salute delle persone, ma riduce i costi e ottimizza le risorse del sistema sanitario. TRI-HARMONY è un impegno collettivo verso il benessere di tutti. La salute diventa un diritto realmente accessibile, grazie alla digitalizzazione dei processi e all'integrazione dei servizi. Il progetto trasforma la visione di una sanità frammentata in un ecosistema collaborativo, garantendo che nessun paziente venga lasciato indietro, con un sistema che non solo cura, ma previene, protegge e ottimizza le risorse.





Torino 7-8-9 Ottobre 2025

«RISTRUTTURARE MONITORANDO LE ACQUE PER LA SICUREZZA DEI REPARTI DA CONTAMINAZIONE DI LEGIONELLA»

De Marchis L.*, Fava P., Del Sole M.*, De Marchis F.*, Alibardi L.*, Coluzzi T.*, Marrone R., Parrocchia S.*
*Azienda Sanitaria Locale di Latina

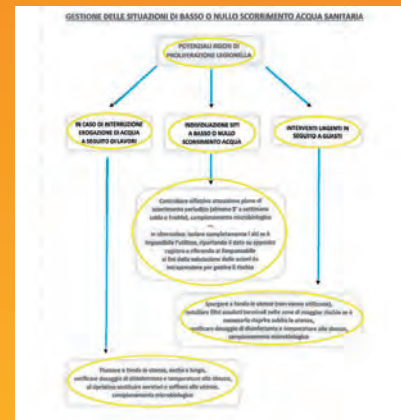
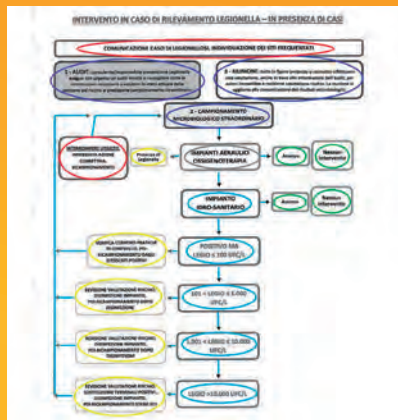
INTRODUZIONE

Scopo del lavoro è sottolineare l'importanza del sistema di prevenzione, controllo e trasmissione della Legionellosi durante un processo di ristrutturazione edilizia per proteggere pazienti e personale da agenti patogeni veicolati da polveri e acqua.

KEYWORDS: LEGIONELLOSIS, INFECTION CONTROL, HOSPITAL RENOVATION

MATERIALI E METODI

- Campionamento microbiologico con attestazione quantitativa/qualitativa al fine di valutare eventuale contaminazione con Legionella Pneumophila in correlazione con cariche batteriche medio/alte; il prelievo viene eseguito su biofilm, matrici di deposito, incrostazioni e filtri.
- Ricerca di Legionella in RT-PCR.
- Utilizzo del Reparto Cuscinetto Inferiore (adiacente al cantiere).
- Utilizzo del Reparto Cuscinetto Superiore (adiacente al cantiere).
- Monitoraggio nel reparto sottostante il reparto cuscinetto.
- Monitoraggio di altri reparti non della medesima colonna se non su specifica segnalazione.
- Monitoraggio dell'impianto idrico dei reparti ristrutturati prima della loro riconfigurazione.



RISULTATI

Durante i rilevanti interventi di edilizia sanitaria e adeguamento sismico che hanno riguardato il Presidio Sanitario Santa Maria Goretti di Latina, per evitare la delocalizzazione dei reparti e minimizzare possibili ripercussioni su pazienti e operatori sanitari è stato elaborato ed approvato un Cronoprogramma logistico di spostamenti interni.

Per l'esecuzione dei lavori si è reso necessario:

- liberare dai degenti il Reparto oggetto di cantiere e i reparti situati immediatamente al di sopra (cuscinetto superiore) e al di sotto della zona cantierata (cuscinetto inferiore).
 - Effettuati 110 campionature idriche.
 - In base ai risultati ottenuti si è provveduto all'attuazione di interventi mirati previsti dal "Piano di Autocontrollo Prevenzione della Legionellosi", adottato dall'ASL di Latina, che in caso di positività prevede:
 - ✓ flussaggio ad alta portata di tutti i rubinetti;
 - ✓ aumento della temperatura dell'acqua di rete e del boiler della sezione interessata;
 - ✓ verifica pratiche pratiche di controllo;
 - ✓ rivalutazione del rischio.
 - Dopo gli interventi sopra citati, a distanza di 30 giorni il Piano prevede:
 - ✓ nuova verifica correnti pratiche di controllo;
 - ✓ ricampionamento degli stessi siti positivi;
 - ✓ revisione valutazione del rischio;
 - ✓ disinfezione impianto;
 - ✓ ricampionamento dopo disinfezione fino a negatività del sito risultato positivo;
 - ✓ revisione rivalutazione del rischio.
- Interventi come il controllo delle temperature, la corretta progettazione degli impianti e l'analisi dell'acqua sono necessari per prevenire la proliferazione del batterio della Legionella e garantire la sicurezza dei pazienti e del personale sanitario.



CONCLUSIONI

L'evento descritto ha costituito un'occasione di confronto multidisciplinare, al fine della considerazione e valutazione di possibili soluzioni funzionali mirate al contenimento del rischio di legionellosi in presenza di cantiere. Una componente fondamentale di questo approccio è stato valutare, adattare ed implementare alla realtà italiana della "Infection Control Risk Assessment Matrix of Precautions for Construction & Renovation" al fine di identificare in modo attendibile le classi di rischio e le procedure da attivare preventivamente all'inizio di interventi di riqualificazione edilizia, limitando il più possibile la diffusione di germi patogeni derivanti dalle opere di demolizione.



REGIONE LAZIO

Safety Walk Round: modello strutturato e multidisciplinare nell'ULSS 8 Berica

Autori: De Siena Francesco Paolo¹, Giannotti Maria Rosaria², Dalle Carbonare Chiara¹, Dalle Carbonare Monica¹, Bolcato Silvia³, Sandri Giulia³, Fracasso Loredana³, Sbicego Andrea⁴, Brodesco Davide⁴, Mondino Sara²

Affiliazioni: (1) Direzione Medica, Ospedale di Vicenza, ULSS 8 Berica; (2) UOS Risk Management, ULSS 8 Berica; (3) Direzione Medica, Ospedale di Arzignano, ULSS 8 Berica; (4) Servizio Prevenzione e Protezione, ULSS 8 Berica.

Parole chiave: rischio clinico, sicurezza paziente, safety walk round.

Introduzione

La gestione proattiva del rischio clinico è fondamentale per garantire la sicurezza dei pazienti e l'efficienza dei processi assistenziali, al fine di intercettare precocemente le potenziali vulnerabilità operative e attuare le opportune misure correttive. Il Safety Walk Round (SWR) è una tecnica di risk assessment che prevede osservazioni dirette nelle Unità Operative e interviste semi-strutturate agli operatori sanitari, con l'obiettivo di far emergere punti di forza e rischi latenti, stimolare il confronto interprofessionale e consolidare la cultura della sicurezza.

Contenuti

A partire dal 2025, l'Azienda ULSS 8 Berica ha implementato una procedura standardizzata per l'esecuzione sistematica dei SWR, applicabile in contesti ospedalieri e territoriali. Il team multidisciplinare include professionisti del Risk Management, delle Direzioni Mediche di Presidio, del Servizio di Prevenzione e Protezione e referenti per il Rischio Infettivo, assicurando un approccio integrato che associa competenze cliniche, organizzative e di sicurezza.

Gli strumenti principali del SWR comprendono:

- Checklist strutturata, suddivisa in tre ambiti: sicurezza del paziente, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), sicurezza dell'operatore.
- Intervista semi-strutturata, somministrata agli operatori per raccogliere informazioni qualitative sulle esperienze, percezioni e conoscenze relative alla sicurezza e alla gestione degli eventi avversi.

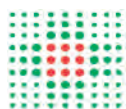
Il modello operativo del SWR si articola in quattro fasi:

- 1) Preparazione: incontro preliminare con Direttore e Coordinatore infermieristico, presentazione degli obiettivi e delle modalità operative, distribuzione di una brochure informativa.
- 2) Svolgimento: sopralluogo nelle aree assistenziali in diverse fasce orarie, osservazione dei comportamenti tramite check list e somministrazione delle interviste.
- 3) Debriefing: analisi collegiale del team sui dati raccolti, identificazione di criticità e punti di forza, definizione e prioritizzazione delle azioni correttive.
- 4) Restituzione e follow-up: presentazione dei risultati all'Unità Operativa, pianificazione condivisa delle azioni di miglioramento, assegnazione delle responsabilità e verifica dell'implementazione.

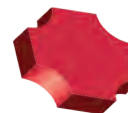
Conclusioni

L'adozione di una metodologia strutturata per i SWR consente di individuare e affrontare le possibili criticità nei percorsi di cura con un approccio proattivo, promuovendo la collaborazione multidisciplinare e il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari. L'esperienza dell'ULSS 8 Berica ha evidenziato un rafforzamento della cultura della segnalazione, una maggiore adesione alle procedure di sicurezza e alle misure igienico-sanitarie per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. L'implementazione di questo modello, supportata da un monitoraggio periodico, rappresenta una best practice replicabile in altre realtà sanitarie per orientare in maniera mirata interventi correttivi e formativi, ridurre il rischio di eventi avversi e garantire un ambiente assistenziale più sicuro.





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena



ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

La digitalizzazione in sanità: dalla progettazione alla realizzazione L'esperienza in AOU di Modena

Fagioli F¹, Ziglio A⁴, Righini G², Lami N¹, Zivieri S³, Zanin R³, Fasano M^{1,5}

1. Direzione Sanitaria, AOU di Modena 2. Servizio Tecnologie dell'informazione, AOU di Modena 3. Direzione Assistenziale, AOU di Modena
4. Direttore Sanitario, AOU di Modena 5. Scuola di specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

INTRODUZIONE

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha rappresentato anche per la sanità un'importante occasione per incidere significativamente sul processo di digitalizzazione delle aziende sanitarie pubbliche; in questo contesto, ed anche grazie ai fondi del finanziamento APC21, l'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Modena ha avviato una importante progettualità riguardante l'ammodernamento del proprio sistema informativo ospedaliero che ha consentito di perseguire 4 obiettivi fondamentali:

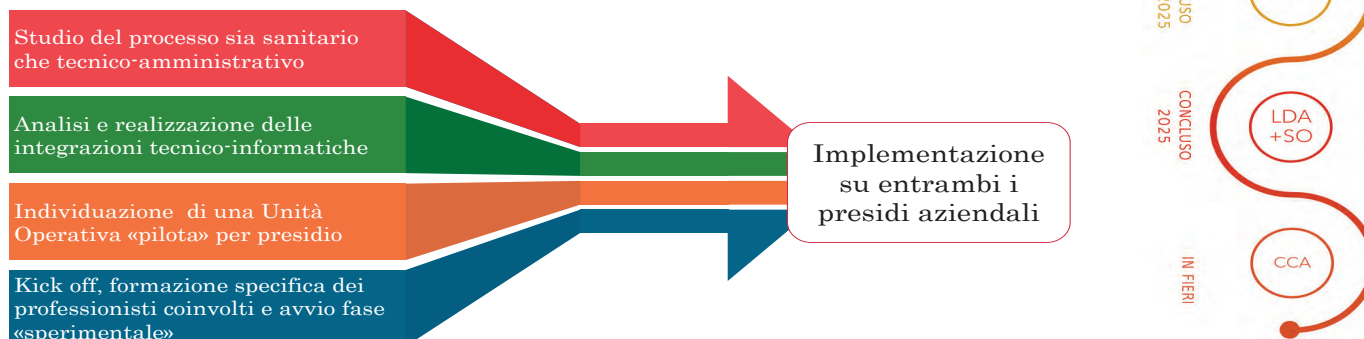
1. Reingegnerizzare i percorsi sanitari, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e promozione della sicurezza
2. Ammodernare il proprio patrimonio hardware
3. Introdurre nuovi strumenti digitali per la gestione dei percorsi assistenziali
4. Finalizzare la sostituzione di applicativi sanitari ormai obsoleti, superando quanto in uso sui due presidi aziendali (Policlinico ed Ospedale Civile) e le conseguenti difformità per adottare nuovi strumenti omogenei

CONTENUTI

Sono state individuate 4 principali fasi progettuali, articolati secondo la seguente roadmap:

1. Introduzione della Cartella clinica elettronica (CCE) e Terapia informatizzata
2. Introduzione del nuovo ADT ospedaliero
3. Introduzione di un nuovo applicativo per la gestione delle liste di attesa e nuovo software di sala operatoria (LDA+SO)
4. Introduzione della Cartella clinica ambulatoriale elettronica (CCA)

Ogni fase progettuale, governata da un board di coordinamento multidisciplinare dedicato ed integrato con l'Azienda Territoriale, si è articolata secondo il seguente schema generale:



Ogni implementazione è stata seguita da un lavoro di «follow up» e confronto continuo che prosegue tutt'ora tra Direzione Sanitaria, Direzione Assistenziale, Clinici e Coordinatori di riferimento e i servizi Tecnici ed Amministrativi coinvolti, con l'obiettivo di affrontare in maniera sinergica ed integrata le criticità emergenti.

Complessivamente sono state coinvolte nel progetto 59 Unità Operative sui due stabilimenti aziendali, oltre a 7 blocchi operatori per un totale di 34 sale operatorie.

CONCLUSIONI

L'innovazione digitale rappresenta una sfida complessa per il SSN ed un elemento chiave per il miglioramento dei processi di cura poiché garantisce un accesso strutturato, tracciato e tempestivo alle informazioni minimizzando le ridondanze, oltre ad avere un impatto positivo sul rischio di errore; non meno importante, offre l'opportunità di ripensare i percorsi sanitari, ottimizzandoli in un'ottica value based, favorendo l'accountability e misurazione dei processi, così da focalizzare al meglio gli interventi organizzativi e promuovendo la centralità del paziente.

È fondamentale sostenere il coinvolgimento e la formazione dei professionisti, così da favorire la diffusione capillare delle conoscenze e garantire la disponibilità di strumenti realmente supportivi nello svolgimento delle attività cliniche.

Parole chiave: PNRR, innovazione digitale, percorsi assistenziali



**OSPEDALE
EVANGELICO
INTERNAZIONALE**
Ente ecclesiastico civilmente riconosciuto



Ruoli emergenti vs tematiche socio sanitarie: esperienza dell'Ospedale Evangelico Internazionale OEI

Dr Marinella Fulgheri 1, Dr Alessio Parodi 2, Barbara Oliveri Caviglia 3, Dr Gaddo Flego 4, Dr Alessandra Bocchio 5,

Dr Dario Olobardi 6, Dr Erika Zumerle 7, Dr Damasio Carolina 8, Dr Lupia Rosa Maria 9, Pagnucco Michela 10

1)D.M.O. - Responsabile Struttura Semplice Direzione Sanitaria - OEI, 2)Direttore Generale - OEI, 3)Presidente - OEI, 4)Direttore Sanitario - OEI, 5)D.M.O. - OEI, 6)D.M.O. - OEI

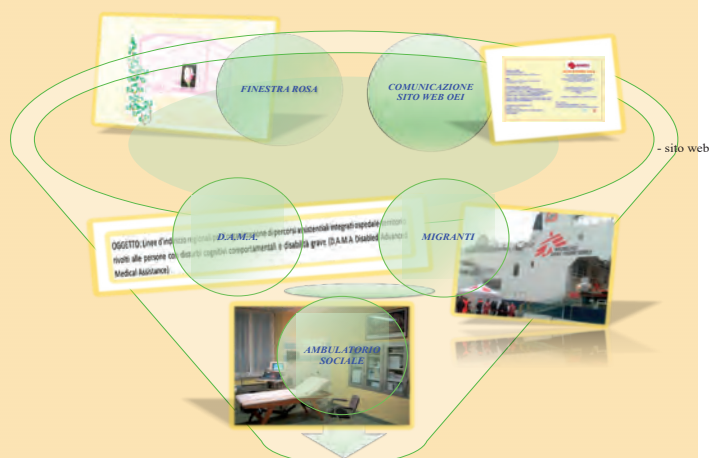
7)Medico in formazione DISSAL UNI GE c/o OEI, 8)I.P. Settore Accredimento qualità OEI, 9)Medico in formazione DISSAL UNI GE c/o OEI, 10)Medico in formazione DISSAL UNI GE c/o OEI

Introduzione

OEI gestisce da maggio 2011 il Presidio di Voltri, Ospedale per acuti in passato a gestione diretta ASL, attività in emergenza urgenza, programmata, oltre alla Sede storica di Castelletto.

La formalizzazione, adesione a differenti protocolli regionali, socio sanitari quanto ad indirizzo, ha evidenziato necessità di implementare in alcuni ambiti specifiche funzioni in capo alla Direzione Sanitaria, non disgiunta da collaborazione con Enti, Istituzioni di tutela.

Si evidenzia il ruolo trasversale di tipo ospedaliero, ma proiettato nel socio sanitario e nell'ambito territoriale, in capo alla Direzione Sanitaria, per coordinamento.



RUOLO SANITARIO

Contenuti

Esempi non esaustivi, per l'attività espletata ad ampio raggio, alla quale siamo chiamati, sono il supporto alla vittima di violenza, maltrattamento abuso, secondo quanto rappresentato nel DPCM del 04/11/2017 che vede nel ruolo del Medico e del personale sanitario, la possibilità di far emergere il disagio: il tutto correlato alla formazione per corretto iter che sia di sostegno alla vittima, per cogliere i segnali celati di ricerca di aiuto - Finestra Rosa.

Altri esempi, i percorsi di sostegno alla disabilità, alla famiglia, con iter programmato secondo linee di indirizzo regionali per l'organizzazione di percorsi assistenziali integrati ospedale territorio rivolti alle persone con disturbi cognitivi comportamentali e disabilità grave: hanno la finalità di garantire l'ottemperanza a quanto previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità ed in particolare relativamente al principio dell'accomodamento ragionevole, anche in ambito sanitario per garantire il diritto alla salute D.A.M.A. - Sostegno disabilità

Senza trascurare l'attività correlata alla comunicazione all'Utenza, sia di tipo informativo che relazionale, in corso di accesso per prestazione sanitaria - Comunicazione - sito web OEI.

Ulteriore menzione, l'attivazione di ambulatorio sociale, indirizzato ai più fragili, ai senza fissa dimora, a coloro che si trovano in difficoltà oggettiva ad accedere ai servizi sanitari in quanto sprovvisti per i più disparati motivi, di residenza anagrafica - Ambulatorio sociale.

Non ultimo punto, l'accoglienza sanitaria ai Migranti, che ha visto le Strutture ospedaliere, partecipare con Team dedicati, con organizzazione richiesta alle DS ospedaliere e territoriali di riferimento - Migranti.

Conclusioni

Il rafforzamento dei percorsi appresi dal personale, la formazione come parte attiva nel divulgare la sensibilizzazione e coinvolgimento, non scontata anche in ambito sanitario, possono contribuire a superare l'ulteriore ruolo ed attività richiesta al Personale tutto.

Punto di partenza: formazione degli operatori coinvolti nei nuovi percorsi socio-sanitari, al fine di migliorare la presa in carico multidisciplinare e motivare l'attività che si aggiunge al quotidiano, in termini clinico assistenziale in senso stretto.

Sono stati effettuati percorsi formativi ed altri avranno inizio, nei quali l'operatore adeguatamente sensibilizzato e formato, potrà essere di corretto supporto nella presa in carico.

Parte integrante, la rete di collaborazione anche esterna e multidisciplinare di 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 e concretamente supportare le fragilità.



Bibliografia:

- DPCM del 04/11/2017
- A.Li.Sa. Regione Liguria

Sorveglianza epidemiologica delle ICA: analisi 2024 e prospettive di miglioramento

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano una delle complicanze più rilevanti dell'attività sanitaria, con impatto diretto su qualità delle cure, sicurezza dei pazienti e sostenibilità del sistema. La sorveglianza epidemiologica costituisce uno strumento imprescindibile per la prevenzione, consentendo di identificare precocemente microrganismi sentinella e di monitorare l'andamento delle resistenze. L'esperienza dell'ASST Ovest Milanese nel 2024 offre un quadro aggiornato sull'epidemiologia locale, che si discosta in *peius*, in specifici casi selezionati, dai valori monitorati dall'ECDC.

Introduzione

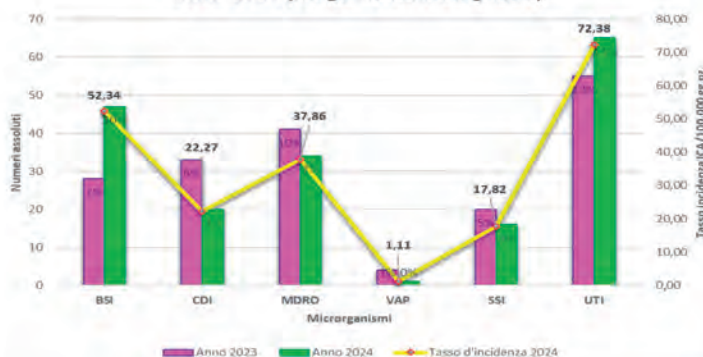
Contenuti

Il programma di sorveglianza ha incluso i due Poli Ospedalieri di Legnano e Magenta. In modo particolare, l'analisi delle ICA che si sono sviluppate nel 2024 si focalizza sulle categorie più rilevanti a livello epidemiologico, quale il monitoraggio degli MDRO, appartenenti alla classificazione ESKAPE.

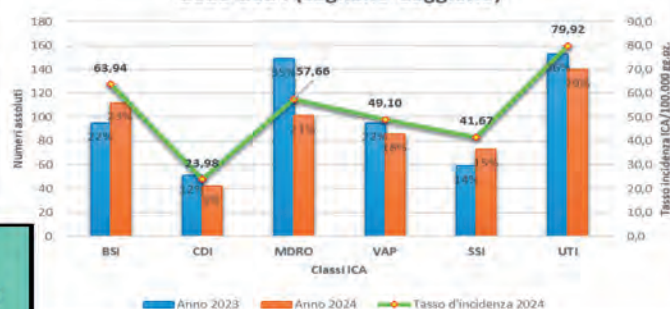
In generale l'analisi epidemiologica del 2024 evidenzia:

- una distribuzione equa tra infezioni comunitarie e ICA, con colonizzazioni intercettate da programmi di screening aziendale su CPE, VRE, MRSA e *Acinetobacter baumannii*;
- l'evoluzione della resistenza NDM con un incremento di sviluppo di ICA da 1 caso a 15 casi complessivi nel passaggio dal 2023 al 2024;
- la persistenza di batteriemie da *Staphylococcus aureus* e di infezioni delle vie urinarie catetere-correlate (CAUTI), che costituiscono oltre l'80% delle UTI;
- una contrazione di casi ICA da *Clostridium difficile* e VRE, a dimostrazione dell'efficacia degli interventi mirati di controllo;
- la conferma della vulnerabilità delle Terapie Intensive per le polmoniti associate a ventilazione meccanica (VAP).

Analisi di Incidenza: Categorie ICA a confronto 2023-2024 (Magenta-Abbiategrosso)



Analisi di Incidenza: Categorie ICA a confronto 2023-2024 (Legnano-Cuggiono)



Il 2024 conferma la centralità della sorveglianza come strumento di governance clinico-organizzativa. I dati mostrano successi (riduzione VRE e C. difficile) ma anche nuove criticità (emergenza NDM), richiedendo un rafforzamento dei sistemi di allerta e della formazione degli operatori. Le ICA rimangono in gran parte prevenibili attraverso l'aderenza alle buone pratiche: igiene delle mani, corretta gestione dei dispositivi invasivi, appropriatezza terapeutica. Il consolidamento di un sistema di sorveglianza standardizzato e l'integrazione con i registri regionali e nazionali costituiscono il passo successivo per garantire sicurezza, qualità e sostenibilità. La sorveglianza non è solo raccolta di dati, ma parte integrante del *risk management* e della *preparedness* e resilienza ospedaliera, con ampie prospettive future fortemente incentrate sul supporto dell'intelligenza artificiale.

Conclusioni

Autori: Gregorio Barbara; Rusconi Stefano; Lembo Valentino
Ente: ASST Ovest Milanese
Keywords: Sorveglianza, ICA, Risk management

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

Antimicrobial Stewardship: monitoraggio dell'aderenza al protocollo di profilassi antibiotica in Chirurgia Toracica

§Ingianni F., §Pigozzo M., §Bradariolo S., *Breda C., *Marino MC., §Barbieri C., §Bin S., **Tudor L., §*Calzavara A., §Bertoncello L., §Solinas M., §Berti C.

§Azienda ULSS 3 Serenissima DMPO dell'Angelo - Mestre; *Azienda ULSS 3 Serenissima, Chirurgia Toracica Ospedale dell'Angelo - Mestre; ** Università degli Studi di Padova; #Università degli Studi di Verona; § Azienda ULSS 3 Serenissima, Microbiologia Ospedale dell'Angelo

PAROLE CHIAVE: Antimicrobial stewardship; Profilassi chirurgica perioperatoria



INTRODUZIONE

Il controllo dell'appropriatezza prescrittiva e del consumo di antibiotici ospedalieri rappresenta una misura cruciale da attuare da parte delle Direzioni Mediche, in linea con gli obiettivi PNCR 2022-2025. Le società scientifiche, tra le varie, hanno prodotto negli anni diverse linee guida sulla profilassi antibiotica in chirurgia, tese a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e moderare i consumi di antibiotici. Tuttavia il tasso di aderenza in Italia risulta talora insufficiente ed eterogeneo, in particolare in assenza di attività di antimicrobial stewardship (AS).

Profilassi antibiotica in chirurgia toracica

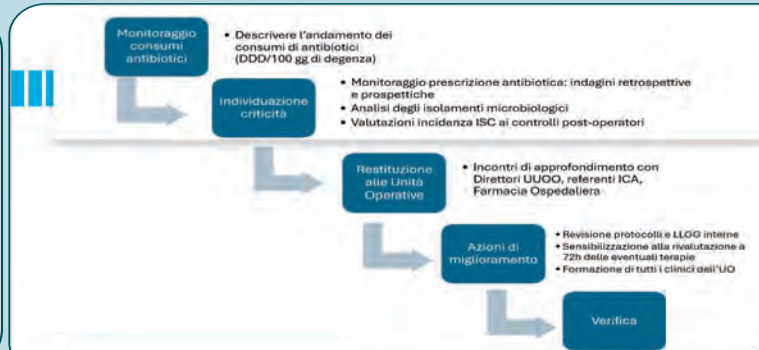
Intervento	Antibiotico	Dose preoperatoria	Dose intraoperatoria	Dose postoperatoria per max 24 ore
Toracotomia con o senza (eventuale) polmonectomia, chirurgia del mediastino, VATS	Cefazolin	3 g	1 g dopo 4 ore o in caso di profilo antibiotico adeguato	1 g ogni 8 ore (da 0 a 3 somministrazioni)
In caso di allergia ai beta-lattamici (cefalosporine)	Clindamicina	600 mg	600 mg ogni 6 ore (4 somministrazioni)	600 mg ogni 6 ore (4 somministrazioni)
	Vancomicina	1 g	1 g dopo 12 ore	1 g ogni 12 ore (2 somministrazioni)

OBIETTIVI

- Monitorare l'aderenza ai protocolli di profilassi antibiotica perioperatoria presso l'U.O Chirurgia Toracica.
- Monitorare l'impatto della riduzione del consumo di antibiotici sulle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC).
- Sviluppare una metodologia utile per promuovere un uso più consapevole e appropriato degli antimicrobici.
- Valorizzare le attività di AS in un ospedale hub.

MATERIALI E METODI

- ❖ Applicazione di un protocollo per la verifica dell'adesione alle LLGG per la profilassi antibiotica perioperatoria.
- ❖ Selezione campione: pz sottoposti a interventi di Chirurgia Toracica effettuati nel corso di due mesi consecutivi per il 2024 (tot 49) a confronto con due mesi del 2025 (tot 50).
- ❖ Esclusione pazienti ricoverati in altre UU.OO. o presidi (3 per 2024; 8 per 2025).
- ❖ Effettuazione dell'indagine retrospettiva sulla documentazione sanitaria e sui dati degli isolamenti microbiologici.
- ❖ Analisi dei report relativi ai consumi di antibiotici.
- ❖ Ricognizione ISC alle visite ambulatoriali post ricovero e nei casi di eventuali riammissioni in ospedale.



INTERVENTI E PROFILASSI	pre-intervento antimicrobico (2024) n (%)	post-intervento antimicrobico (2025) n (%)	p
Urgenza/elezione			
ELEZIONE	37 (80,4%)	37 (88,1%)	0,326
URGENTE	9 (19,6%)	5 (11,9%)	
Tipo di intervento			
PULITO	41 (89,1%)	38 (90,3%)	0,835
SPORCO	5 (10,9%)	4 (9,5%)	
VTS	16 (34,8%)	19 (45,2%)	0,316
NON VTS	30 (65,2%)	23 (54,8%)	
Profilassi antibiotica (risposte affermative)			
Paziente già in terapia AB	9 (19,5%)	2 (4,8%)	0,035
Indicazione a Profilassi AB	38 (82,0%)	40 (95,2%)	0,062
Tipologia AB prescritto secondo LG	33 (71,7%)	39 (92,8%)	0,037
Dosaggio AB secondo LG	33 (71,7%)	39 (92,8%)	
Dose unica AB	35 (76,1%)	40 (95,2%)	0,036
Dose richiamo AB	1 (0,02%)	0	0,064
Prosecuzione AB oltre le 24 ore	36 (78,3%)	3 (7,1%)	<0,0001

CONCLUSIONI

- Lo studio in sintesi mette in luce:
- un effetto significativo delle azioni intraprese dall'Unità Operativa;
 - un effetto assente sui tassi di ISC e sugli isolamenti microbiologici;
 - una sostanziale conseguente diminuzione dei consumi di antibiotici.

Si rende evidente infine l'importanza degli audit interdisciplinari con le UU.OO. coinvolte come mezzo di confronto, nonché il ruolo della DMPO nel mettere in luce le criticità ed indagarne le cause, al fine di fornire strumenti utili alla promozione dei programmi di AS. Si è inoltre sviluppata una metodologia che permette di sensibilizzare le UU.OO. all'applicazione dei protocolli aziendali e nello stesso tempo verificarne l'aderenza.

RISULTATI

Confronto caratteristiche dei due campioni: omogenei per genere, età, tipo di interventi eseguiti e diagnosi ICD9-CM ($p>0,05$). Rispetto alla distribuzione di interventi in urgenza o elezione, puliti o sporchi e VATS-non VATS, non risultano differenze statisticamente significative.

Analisi indicatori profilassi antibiotica: risulta una differenza significativa per i pazienti già in terapia (9 - 19,5% - nel 2024 VS 2 - 4,8% - nel 2025; $p<0,05$), che riflette un maggior utilizzo di antibiotici nel pre-operatorio 2024. Risulta inoltre una differenza significativa ($p<0,0001$) rispetto all'indicatore "Prosecuzione della somministrazione oltre le 24h", con $n=36$ (78,3%) per il 2024, e $n=3$ (7,1%) nel 2025. Si nota infine una differenza significativa ($p<0,05$) nell'aderenza alle linee guida (molecola e dosaggio).

Analisi ISC e dati microbiologici: non risultano infezioni superficiali, profonde o d'organo nei 30 gg successivi all'intervento; non vi sono differenze significative negli isolamenti di microrganismi alert (2/18 - 11,1% - nel 2024; 1/12 - 16,6% nel 2025; $p=0,703$).

Consumi di antibiotici:

I consumi di antibiotici sono nettamente ridotti nel periodo Gen-Lug 2025 (79,4 DDD/100 gg di degenza) vs Gen-Lug 2024 (114,8).

SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI INDOOR: VERSO UN APPROCCIO INNOVATIVO E REGOLAMENTATO

Lucrezia Lanciotti¹, Lucilla Baldassarri², Leonello Attias², Rosanna Fidente², Ida Marcello², Antonella Mansi³, Paola Ricciardi³, Stefania Verrienti⁴, Lorenzo Di Vita⁴, Gaetano Privitera⁵, Beatrice Casini⁵, Enrico Libera⁶ e Rosa Draisci⁷

¹Centro Nazionale sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore (CNSC), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma; Università Campus Bio-medico di Roma

²Centro Nazionale sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore (CNSC), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

³Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL), Roma

⁴Associazione dei Fabbricanti e Distributori Italiani di Macchine, Prodotti e Attrezzi per la Pulizia Professionale e l'Igiene degli ambienti (AFIDAMP), Milano

⁵Università di Pisa (UNIPi), Pisa

⁶Fondazione Scuola Nazionale Servizi (SNS), Perugia

⁷Gid Centro Nazionale sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore (CNSC), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

Parole chiave: Qualità dell'aria, Sanificazione, Esposizione ambientale

INTRODUZIONE

La sanificazione, secondo il Decreto n.274, 7 luglio 1997, comprende operazioni di pulizia, disinfezione, disinfestazione e miglioramento delle condizioni microclimatiche volte a rendere salubri gli ambienti. Questo processo è fondamentale poiché la qualità degli ambienti incide direttamente sulla salute delle persone, soprattutto nei contesti più a rischio come quelli ospedalieri.

L'emergenza COVID-19 ha evidenziato alcuni limiti dei metodi tradizionali, quali: trattamenti discontinui, incompatibilità con la presenza di persone, mancanza di parametri operativi, costi elevati e scarsa sostenibilità, accelerando la ricerca e lo **sviluppo di sistemi innovativi**. Se i prodotti chimici per tali applicazioni sono regolamentati a livello europeo, i sistemi di sanificazione "complessi" (composti da sostanze, prodotti e apparecchiature interagenti) non dispongono ancora di una normativa che ne definisca **parametri** e **documentazione** a supporto del **claim** dichiarato.

CONTENUTI

Per colmare questa carenza e supportare le nuove esigenze di mercato, l'Ente Unico di Normazione (UNI), su proposta dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di ACCREDIA, con la collaborazione di INAIL, dell'Associazione AFIDAMP, della Scuola Nazionale Servizi (SNS), e dell'Università di Pisa, ha pubblicato due Prassi di Riferimento (PdR) sulla sanificazione degli ambienti *indoor* e su due figure professionali, offrendo riferimenti per la **certificazione volontaria dei sistemi e delle professionalità** coinvolte nella pianificazione e gestione dei processi.

La UNI/PdR 173-1, sulla base di Linee Guida internazionali, fornisce dei parametri quantitativi relativamente agli inquinanti chimici negli ambienti di vita. Per gli inquinanti biologici, invece, sono disponibili orientamenti internazionali ad oggi non armonizzati dalla comunità scientifica.

Il corpo del documento è rappresentato dalla definizione dei requisiti di più recenti sistemi di sanificazione, fornendo per ognuno di essi una descrizione, il principio di funzionamento, gli usi rivendicati, i requisiti di sicurezza e, ove possibile, alcuni parametri di riferimento ai fini della certificazione. I sistemi oggetto del documento sono:

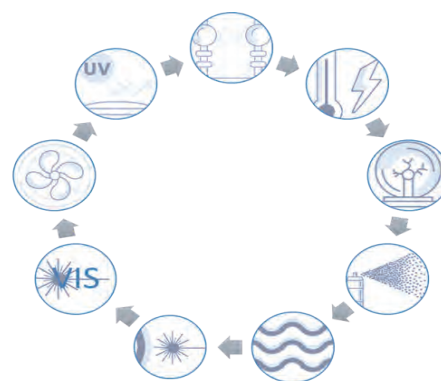
- **Sistemi chimici.** Sanificatori di superfici che erogano agenti chimici (con attività diversa da quella biocida, già regolamentata)
- **Sistemi fisici.** Apparecchiature di disinfezione a vapore, dispositivi che generano microonde, macchine che generano UV-C, purificatori d'aria a filtro, sistemi basati su luce visibile nella lunghezza d'onda 400-420 nm.
- **Sistemi chimico-fisici.** Coatings antimicrobici, macchine per spruzzare e aspirare prodotti chimici, macchine per la generazione della nebbia secca, sanificatori d'aria al plasma.

La UNI/PdR 173-2 definisce competenze, responsabilità e criteri di certificazione per due figure professionali: l'**Operatore specializzato** e il **Manager dei processi di sanificazione**, per cui è stata erogata una prima versione di un Corso di Perfezionamento in base alla PdR.

Il documento fornisce inoltre elementi per la valutazione della conformità di terza parte ai sensi della UNI CEI EN ISO/IEC 17024.

CONCLUSIONI

*Migliorare la qualità degli ambienti porta benefici concreti alla salute pubblica e promuove una **cultura dell'igiene consapevole**. Le nuove PdR UNI, insieme alle norme tecniche, rappresentano un passo verso **standard condivisi**, sistemi **sicuri ed efficaci**, ambienti più salubri e una maggiore **professionalizzazione del settore**.*



50° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO, Torino 7-9 ottobre 2025



Fattori associati al tempo di intervento chirurgico dopo diagnosi di frattura del collo del femore



Annalisa Li Bassi¹, Marco Campana², Luca Manfredi³, Mariangela Micale¹, Irene Miglia¹, Amelia Molinari³, Elisabetta Pini³, Simona Costanzo⁴, Lorenzo Isella⁵, Francesco Gianfagna^{4,6}, Paolo Covacich⁵, Anna Maddalena Iadini³, Antonio Triarico¹, Adelina Salzillo⁶

¹ Direzione Medica Varese - ASST dei Sette Laghi, Varese; ² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università dell'Insubria, Varese-Como; ³ Direzione Medica dei Territori - ASST Sette Laghi, Varese; ⁴ Centro Ricerche EPIMED - Università dell'Insubria, Varese; ⁵ Controllo di gestione - ASST dei Sette Laghi, Varese; ⁶ Direzione Sanitaria - ASST dei Sette Laghi, Varese

Parole chiave: valutazione della qualità; indicatori NSG; gestione sala operatoria

INTRODUZIONE

- ✓ La tempestività dell'intervento chirurgico nei casi di frattura del collo del femore è uno degli indicatori migliori per valutare l'efficienza organizzativa nell'ambito dell'urgenza ortopedica, che va dal Pronto Soccorso all'intervento chirurgico, includendo l'indagine radiologica. Oltre al monitoraggio dei tempi di intervento, richiesto dal Nuovo Sistema di Garanzia (indicatore H13C), risulta molto utile l'analisi corrente dei fattori a questi associati, che permette di identificare tempestivamente le aree critiche sulle quali intervenire per migliorare la qualità dell'assistenza. L'obiettivo dello studio è identificare i fattori che influenzano il tempo che intercorre tra l'accesso in PS del paziente di età superiore ai 65 anni con frattura del collo del femore e l'intervento chirurgico, utilizzando i dati dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi.

CONTENUTI

- ✓ Sono stati analizzati i dati del flusso SDO e del Pronto Soccorso dal 01/01/2025 al 31/05/2025 ed è stato identificato il sottogruppo dei ricoveri per frattura del collo del femore utilizzando i criteri standard per la definizione dell'indicatore H13C del Nuovo Sistema di Garanzia. È stato calcolato l'indicatore (% di pazienti di età 65+ con frattura del collo del femore operati entro le 48h dall'accesso in struttura, regime ordinario). Sono stati utilizzati modelli di regressione logistica multivariabile con software SAS (v 9.4, SAS Institute Inc.) per identificare i fattori associati ai ricoveri in cui sono trascorse più di 48 ore tra l'accesso in PS e l'intervento, considerando le variabili a disposizione. È stato inoltre calcolata la frazione attribuibile (AF).

Tabella 1. Associazione tra fattori di rischio e tempo di intervento entro le 48 ore dall'accesso in PS.

Fattore	Odds Ratio	95% CI	AF	N
Età	0.99	0.95 1.03		
Sesso maschile	0.88	0.47 1.64		
Accesso in Ps di venerdì	2.77	1.22 6.28	12.4	19
Risk score (H13C-NSG)	2.07	0.92 4.65	8.4	12

Note: stima dell'aumento del rischio (odds ratio), intervallo di confidenza al 95% (95%CI), frazione dei ricoveri fuori target attribuibili al fattore, stima del numero dei ricoveri fuori tempo attribuibili al fattore. Regressione logistica multivariabile.

- ✓ Nei primi 5 mesi dell'anno, in 3 presidi ospedalieri sono stati identificati 264 ricoveri che rispettano i criteri della definizione, dei quali 115 con intervento entro le 48 ore dall'accesso in PS (43.4%, indicatore H13C 48h; trend in aumento, 2024: 41.2%) e 229 con intervento entro due giorni dal ricovero (86.7%, indicatore H13C). L'impatto della durata media in PS risulta essere di 25:05 ore:minuti, con differenze rilevanti tra i diversi presidi. Nell'analisi di associazione, il fattore più associato all'intervento fuori tempo è risultato l'accesso in PS di venerdì (aumento del rischio di 2.8 volte rispetto agli altri giorni della settimana, odds ratio - OR=2.8, 95%CI:1.3-6.3; p=0.01). Tale fattore è responsabile del 12.4% (AF) dei casi con intervento oltre la soglia (n=19). La presenza di fattori di rischio nel paziente (risk adjustment previsto per l'indicatore H13C) è risultata potenzialmente impattante, con un aumento del rischio di ritardato intervento di 2.1 volte, ma non è risultato statisticamente significativo (OR=2.1, 95%CI:0.9-4.6, p=0.08; AF=8.4%, responsabile di 12 ricoveri fuori tempo). Le associazioni con l'accesso in PS nelle ore notturne o durante il fine settimana, con l'età e con il sesso del paziente non sono risultate statisticamente significative.

CONCLUSIONI

- ✓ I risultati dell'analisi suggeriscono di intervenire sui fattori organizzativi modificabili quali la disponibilità di sale operatorie nel fine settimana e i tempi di onboarding in alcuni presidi. Il sistema di monitoraggio corrente degli indicatori permette di monitorare l'attività e di identificare le aree di intervento, indicando contestualmente anche una stima dell'impatto atteso dell'intervento sulla salute degli assistiti.

Per corrispondenza: Annalisa Li Bassi annalisa.libassi@asst-settelaghi.it



DALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA AL TERRITORIO: MODELLI DI PRESA IN CARICO NELLO SCOMPENSO CARDIACO A FRAZIONE D'IEZIONE RIDOTTO

Longo A.1, Ficarra L.S.,2, Ciancio S.3, Longo G.4, Cirrone Cipolla A.5.

1. Studente specializzando in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Udine; 2 Direttore Generale ASP di Caltanissetta, 3. Responsabile Professioni Sanitarie Area Sud Asp Caltanissetta, 4. Responsabile UOSD Emodinamica PO Sant'Elia di Caltanissetta, 5. Direttore UOC Distretto Ospedaliero Area Sud ASP di Caltanissetta

INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco è una delle principali patologie croniche in Italia, con oltre un milione di pazienti e un impatto economico superiore a tre miliardi di euro l'anno. La prevalenza cresce con l'età e la gestione dei malati, spesso anziani e fragili, comporta un notevole impegno per il sistema sanitario. Nella provincia di Caltanissetta i pazienti sono circa 11.400, Fig.1 evidenziando la necessità di modelli organizzativi innovativi e territoriali che possano ridurre ricoveri e costi, migliorando al tempo stesso la qualità dell'assistenza. In questo quadro si inserisce il progetto sviluppato nell'ambito del PNRR e in coerenza con il DM 77/2022, volto a costruire un percorso socio-sanitario integrato per pazienti con scompenso cardiaco a frazione d'iezione ridotta.



Fig.1 - Azienda sanitaria provinciale di Caltanissetta

CONTENUTI

L'obiettivo principale del progetto è garantire un'assistenza uniforme, accessibile e di qualità, riducendo ospedalizzazioni, mortalità e mobilità sanitaria. Il modello prevede il coinvolgimento di più attori: medici di medicina generale e infermieri di famiglia e comunità come pilastri dell'assistenza territoriale, specialisti, assistenti sociali e caregiver. Le strutture di riferimento sono Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Unità Complesse di Cure Primarie e Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Un ruolo chiave è affidato alla tecnologia, con telemedicina, telemonitoraggio, televisite e fascicoli socio-sanitari informatizzati, che garantiscono continuità assistenziale e riduzione degli accessi in ospedale. Il percorso assistenziale si articola in fasi: segnalazione del paziente (ospedale, ambulatorio, medico di famiglia), valutazione multidimensionale, definizione del Piano Assistenziale Individuale, attuazione e follow-up. Fig.2



Fig.2 – Attori e fasi del percorso

Per i casi più complessi è previsto il ricorso all'Assistenza Domiciliare Integrata o all'Unità di Continuità Assistenziale. La metodologia si basa sull'analisi della situazione attuale, sulla progettazione del modello futuro, su uno studio pilota con campione di pazienti, stima dei costi e verifica dei risultati tramite indicatori. La simulazione di un intervento di presa in carico post-dimissione per sei mesi ha confermato la sostenibilità economica, considerando i finanziamenti PNRR e altre risorse strutturali. I risultati attesi comprendono la presa in carico del 100% dei pazienti, una riduzione dei ricoveri e degli accessi al pronto soccorso, un incremento del 50% dell'assistenza domiciliare e un livello di soddisfazione pari o superiore all'80% tra pazienti e operatori.

CONCLUSIONE

Il modello territoriale elaborato dall'ASP di Caltanissetta rappresenta un passo concreto verso l'innovazione organizzativa e assistenziale, in linea con le priorità del PNRR e del DM 77/2022. Esso rafforza l'equità, riducendo le disuguaglianze territoriali, ottimizza l'impiego delle risorse diminuendo i costi del sistema e migliora la qualità della presa in carico dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. L'esperienza offre un esempio replicabile su scala nazionale, dimostrando come l'integrazione tra professionisti, strutture e strumenti digitali possa trasformare la gestione di una patologia cronica complessa in un percorso più efficiente, sostenibile e vicino ai bisogni dei cittadini.

GESTIONE MULTIDISCIPLINARE E INTEGRATA DI UN FOCOLAIO DI MORBILLO NEL TERRITORIO LAMETINO

MALUCCIO M.G.⁽¹⁾, DE SANTIS C.⁽¹⁾, TRAMONTANA S.⁽¹⁾, MARASCO R. T. V.⁽²⁾, TROVATO A.⁽²⁾, BELFIORE M.G.⁽²⁾, CALOIERO M.⁽³⁾, GALLUCCI A.⁽²⁾⁽⁴⁾

⁽¹⁾UOC Igiene e Sanità Pubblica, ⁽²⁾Direzione Medica Presidio Ospedaliero, ⁽³⁾UOC Pediatria, ⁽⁴⁾Direzione Sanitaria ASP Catanzaro

Parole chiave

Focolaio epidemico, morbillo

Introduzione

Dal mese di giugno 2025, il territorio lametino è interessato da un cluster di morbillo che sta colpendo sia bambini che adulti. All'inizio del mese di luglio, la UOC Pediatria del Presidio Ospedaliero lametino ha notificato un caso di morbillo in un bambino di 3 anni, B.C., che vive nel principale campo ROM del territorio, dove storicamente è sempre stato difficile condurre interventi di promozione ed adesione vaccinale. I primi sintomi sono iniziati poco dopo la metà di giugno, ma il persistere della sintomatologia febbrile ha reso necessario il ricovero in Pediatria. Dal controllo sulla piattaforma vaccinale GIAVA, il piccolo B.C risultava scoperto per tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Al fine di interrompere la catena di contagio, in una popolazione presumibilmente ad alto rischio, sia per le condizioni di promiscuità abitativa sia per la sospetta scarsa copertura vaccinale, è stata avviata un'azione multidisciplinare che ha coinvolto la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, l'UOC di Igiene e Sanità Pubblica e l'UOC Cure Primarie distrettuale, per rafforzare il coinvolgimento dei Medici di Pronto Soccorso, dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Continuità Assistenziale, al fine di rafforzare l'integrazione ospedale-territorio e la medicina di iniziativa come elemento strategico delle campagne di prevenzione delle malattie infettive.

Contenuti

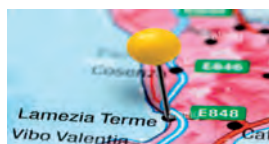
Azioni multidisciplinari attivate:

- Considerare il morbillo, in diagnosi differenziale, nei casi di sintomatologia febbrile, in tutta la popolazione che si rivolge al Pronto Soccorso e alle Cure Primarie, con particolare riguardo alla comunità del campo ROM
- Promozione della sorveglianza sindromica in tutti i casi evocativi di morbillo, anche in assenza di esantema, per la diagnosi precoce e l'attuazione delle misure di contenimento della trasmissione
- Elenco con nominativi dei bambini della comunità del campo ROM e relativi Pediatri, con successiva verifica della copertura vaccinale sul portale GIAVA
- Promozione della notifica tempestiva di morbillo anche in caso di sospetto, da integrare, dopo la comparsa dell'esantema, con la conferma di laboratorio tramite accesso in ospedale e consulenza infettivologica
- Collaborazione alle attività di advocacy alla vaccinazione sia nel territorio che in ospedale
- Ampliamento della possibilità vaccinale con disponibilità di ambulatori anche a livello ospedaliero, in particolare nella UOC di Pediatria, in modo da favorire al massimo l'adesione vaccinale
- Organizzazione di giornate dedicate alla vaccinazione antimorbillo

Conclusioni

Dal controllo effettuato sui bambini iscritti all'anagrafe sanitaria e residenti nel campo ROM, è emerso che nessuno era in regola con tutte le vaccinazioni offerte e nessun bambino era vaccinato con MPR. Solo tre bambini avevano ricevuto la prima dose dell'esavalente, per cui l'azione di promozione della vaccinazione deve essere rivolta non solo al vaccino MPR, ma a tutta l'offerta vaccinale disponibile.

Nonostante il focolaio epidemico sia ancora in atto, l'intensa campagna di sorveglianza, sia a livello ospedaliero che territoriale, a quasi due mesi dal caso del piccolo B.C., non ha fatto registrare altri casi di morbillo notificati nella comunità del campo ROM. La promozione delle vaccinazioni prosegue, tenendo conto delle difficoltà legate ai mesi estivi, ma da settembre, se necessario, sarà programmata anche la collaborazione degli Assistenti Sociali che già operano per la comunità del campo ROM, in modo da promuovere un'azione capillare ad ogni livello istituzionale.



50° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



Non solo igiene delle mani: indagine sulle abitudini di sanificazione del cellulare negli Ospedali Riuniti Padova Sud

Elena Marcon¹, Michela Graziato¹, Giada Meneghini¹, Barbara Spotti¹, Laura Biasi¹, Chiara Sormani Zodo¹, Matteo Barillaro², Chiara Bovo¹

1. Direzione Medica di Presidio, Ospedali Riuniti Padova Sud, Ulss 6 Euganea – Regione Veneto.

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

INTRODUZIONE

Il cellulare è diventato un dispositivo indispensabile nella vita quotidiana. In contesti lavorativi di tipo sanitario è importante considerare il cellulare come possibile veicolo di contaminazione per le mani e conseguente trasmissione di potenziali agenti patogeni tra pazienti, operatori sanitari e l'ambiente circostante.

In uno studio del 2020 (Simmonds et al.) il 99,2% dei cellulari analizzati presentava microrganismi potenzialmente patogeni, tra cui *Stafilococco aureo* meticillino-resistente (MRSA) ed *Enterococco vancomicina-resistente* (VRE).

In occasione della Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani 2024, presso gli Ospedali Riuniti Padova Sud è stato diffuso un questionario anonimo volto a indagare le abitudini di sanificazione del cellulare del personale e degli utenti, accessibile tramite QR code apposto in ogni reparto/servizio ospedaliero e nei luoghi di maggior affluenza; la campagna è stata inoltre diffusa attraverso i canali social dell'Azienda ULSS 6 Euganea. Il questionario è composto da tre domande a risposta multipla: profilo del compilatore, frequenza di sanificazione e tipologia di prodotto utilizzato. Al termine venivano fornite raccomandazioni pratiche sull'igiene delle mani e del cellulare.



Grafico 1. Tipologia di prodotto utilizzato per la sanificazione del cellulare per profilo del compilatore.

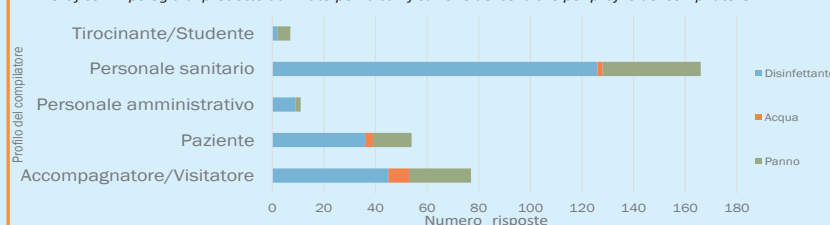


Tabella 1. Frequenza di sanificazione per profilo del compilatore.

PROFILO	Mai		Mensilmente		Settimanalmente		Quotidianamente		TOTALE	
	N.	% riga	N.	% riga	N.	% riga	N.	% riga	N.	% riga
Accompagnatore/Visitatore	37	32,17%	28	24,35%	32	27,83%	18	15,65%	115	100%
Paziente	20	27,03%	26	35,14%	20	27,03%	8	10,81%	74	100%
Personale amministrativo	3	20,00%	2	13,33%	3	20,00%	7	46,67%	15	100%
Personale sanitario	16	8,74%	20	10,93%	56	30,60%	91	49,73%	183	100%
Tirocinante/Studente	6	46,15%	5	38,46%	-	-	2	15,38%	13	100%
Totale	82	20,50%	81	20,25%	111	27,75%	126	31,50%	400	100%

CONCLUSIONI

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano un problema globale: l'OMS stima 136 milioni di casi e circa 140.000 decessi all'anno, con il 50% delle ICA potenzialmente prevenibile attraverso una corretta igiene delle mani. Anche i dispositivi di uso quotidiano, come i cellulari, devono essere considerati veicoli di trasmissione microbica e pertanto sanificati regolarmente, in particolare in ambito sanitario. Pur in assenza di linee guida internazionali specifiche, i principali produttori raccomandano una sanificazione quotidiana con panno delicato e soluzione alcolica al 70%. I risultati di questa indagine confermano la necessità di promuovere non solo l'igiene delle mani, ma anche la sanificazione dei dispositivi frequentemente utilizzati, al fine di ridurre il rischio di diffusione dei microrganismi.

CONTENUTI

1. Sono pervenute 400 risposte (Tabella 1). I singoli profili sono stati raggruppati successivamente in due macrocategorie:

- "Sanitari": questa categoria comprende il personale sanitario e gli studenti/tirocinanti per un totale di 196 risposte (49%).
- "Non sanitari": tale insieme comprende accompagnatori, pazienti e personale amministrativo per un totale di 204 risposte (51%).

2. Considerando la seconda domanda "Quante volte pulisci il tuo cellulare?", la risposta più comune è risultata "quotidianamente" (31,5%), scelta da circa il 50% dei sanitari. "Settimanalmente" è stata indicata da 111 persone (27,8%), equamente distribuite tra sanitari e non sanitari, mentre "mai" e "mensilmente" rappresentano complessivamente il 40,7% del campione, con maggior concentrazione tra visitatori e pazienti.

3. Per quanto riguarda la terza domanda "Con cosa pulisci il cellulare?", sono pervenute 315 risposte.

Le risposte sono state raggruppate in 3 categorie:

- "Disinfettante" che comprende disinfettanti e prodotti a base alcolica (218 risposte-69,2%).
- "Acqua" che considera le risposte che indicavano l'utilizzo di acqua o acqua e sapone (13 risposte - 4,1%).
- "Panno" in cui rientrano le risposte che riportavano l'utilizzo di panno asciutto o umido, salviette igienizzanti, salviette per gli occhiali (84 risposte - 26,7%).

Si evidenzia che in entrambi i gruppi, sanitari e non sanitari, la tipologia più rappresentata è quella del disinfettante/prodotto a base alcolica.

PAROLE CHIAVE: Cellulare, ICA, Igiene delle mani.

L'approccio del Niguarda alla pianificazione condivisa delle cure di fine vita

E. Masturzo¹, A. Locatelli², O. Mazzolani³

1. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, 2. Medicina Legale, 3. Affari Legali
 ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Parole chiave: consenso informato, fine vita, desistenza terapeutica

Introduzione

La Legge 22 dicembre 2017, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" detta le linee generali di disciplina del consenso informato, prevedendo che nessun trattamento possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato delle persona interessata, tranne nei casi espressamente previsti dalla legge.

Il percorso di **Pianificazione condivisa delle cure nei pazienti con patologia cronica invalidante o inarrestabile evoluzione con prognosi infausta** ne definisce le modalità di applicazione all'interno dell'Azienda relativamente agli aspetti correlati alla pianificazione condivisa delle cure e dell'assistenza di fine vita, nel rispetto della dignità, del sistema di valori e del diritto all'autodeterminazione di ogni persona.

Informative e moduli di consenso informato

Informativa all'utenza sulla Legge 22/12/2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"
 Informativa all'utenza sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento – DAT

Consenso informato alla comunicazione di informazioni sanitarie (all'atto del ricovero)
 Consenso informato alla comunicazione di informazioni sanitarie per i minori e per i soggetti con incapacità legale (all'atto del ricovero)
 Consenso informato ai trattamenti di sostegno delle funzioni vitali e alle cure di fine vita nell'adulto
 Consenso informato ai trattamenti di sostegno delle funzioni vitali e alle cure di fine vita da parte del fiduciario, ovvero del tutore/curatore/amministratore di sostegno
 Consenso informato ai trattamenti di sostegno delle funzioni vitali e alle cure di fine vita in età pediatrica
 Anamnesi narrativa

Informativa sulla limitazione dei trattamenti di supporto delle funzioni vitali e ai trattamenti di fine vita in età pediatrica
 Consenso informato alla limitazione dei trattamenti di supporto delle funzioni vitali e ai trattamenti di fine vita in età pediatrica

Contenuti

La pianificazione condivisa delle cure si applica nei casi di pazienti affetti da patologie croniche e invalidanti o quando la malattia sia caratterizzata da evoluzione inarrestabile con prognosi infausta.

L'obiettivo è quello di garantire al paziente un trattamento sanitario che sia aderente alla sua volontà anche qualora dovesse perdere la sua capacità di autodeterminarsi. La pianificazione condivisa delle cure deve sempre tenere in considerazione eventuali DAT depositate secondo la normativa vigente.

Il momento della pianificazione dipende dalla storia naturale della patologia e inizia nella fase end stage del decorso clinico.

Il percorso si avvale di strumenti informativi e di supporto alla pianificazione condivisa delle cure di fine vita nell'adulto e in età pediatrica.



Conclusioni

Parlare di consenso informato ai trattamenti di supporto delle funzioni vitali e alle cure di fine vita non consiste solamente nell'atto conclusivo della formalizzazione scritta della scelta, bensì nel far crescere progressivamente la consapevolezza del malato rispetto alla propria prognosi al fine di raccogliere i suoi desideri nell'ambito della relazione di cura tra medico ed equipe di cura e paziente.



La pianificazione condivisa delle cure di fine vita nell'adulto e in età pediatrica, ASST GOM Niguarda
 Data base delle buone pratiche di Agenas (Lombardia 2025)



Informativa sulle dichiarazioni anticipate di trattamento – DAT
 Sito ASST GOM Niguarda



Banca dati nazionale delle dichiarazioni anticipate di trattamento – DAT
 Sito Ministero della Salute



50° CONGRESSO ANMDO
 Quali "intelligenze" per governare l'evoluzione degli ospedali dei prossimi 50 anni
 Torino, 7-8-9 Ottobre 2025

PERCORSO DI ATTIVAZIONE DEL REPARTO DI MEDICINA D'URGENZA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO

V. NAVOBI PORRELLO (1,2), D.ROCCA (3), F. CRESPI (4) A.ODONE (2), D. BIANCHI (5)

(1) DIREZIONE MEDICA P.O. BUSTO ARSIZIO ASST VALLE OLONA (2) SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA, (3) DIRETTORE MEDICO F.F. – PO BUSTO ARSIZIO, (4) DIRETTORE SANITARIO ASST VALLE OLONA, (5) DIRETTORE GENERALE ASST VALLE OLONA
Parole Chiave: Medicina d'urgenza, Accreditemento

INTRODUZIONE

In linea con quanto previsto dalla DGR XII/787 del 31/07/2023 di Regione Lombardia «Piano di Riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza», l'ASST Valle Olona, nel corso dell'anno 2023 ha avviato presso il Presidio Ospedaliero (P.O.) di Busto Arsizio un percorso di ristrutturazione di un'area di degenza destinata ai ricoveri da Pronto Soccorso di pazienti in fase acuta.

Il P.O. di Busto Arsizio è sede di DEA di I livello, con un Pronto Soccorso che registra mediamente n. 62.000 accessi annui.

È presente anche un'area di Osservazione Breve, con n. 9 postazioni.



CONTENUTI

Sotto il coordinamento della Direzione Medica di Presidio, sono stati attivati gruppi di lavoro pluridisciplinari, così individuati:

- **Aspetti organizzativo gestionali**, con la partecipazione della DAPSS, del Controllo di Gestione, del Responsabile dell'UO individuato e del Coordinatore infermieristico
- **Aspetti tecnici – strutturali**, con la partecipazione dell'Ufficio Tecnico, dell'Ingegneria Clinica, del Servizio Prevenzione e Protezione, della Gestione Acquisti (per gli arredi)
- **Accreditamento**, con la collaborazione dell'Ufficio Qualità e di tutte le strutture aziendali competenti.

Nel corso dell'anno 2024, sono stati effettuati n. 8 incontri, che hanno permesso di definire i seguenti aspetti:

- **Accreditamento**: è stata avviata l'istanza di accreditamento per n. 10 posti letto, prevedendo anche n. 2 posti letto di semintensiva (codice disciplina 94), così come indicato dalla DGR 787/2023

- **Rotazione del personale infermieristico di Pronto Soccorso** presso l'U.O. di degenza, al fine di favorire la crescita professionale, l'integrazione dei protocolli clinico-gestionali ed il corretto flusso dei pazienti da Pronto Soccorso
- **Criteri clinici di ricovero** (criteri di inclusione ed esclusione), prevedendo un incremento progressivo della complessità
- Dotazioni strumentali a servizio dell'Unità Operativa.

A decorrere dal 2 luglio 2025, al termine dell'iter di accreditamento, è stata avviata la degenza di Medicina d'Urgenza, costituita da n. 8 posti letto di degenza ordinaria e n. 2 posti letto di semintensiva tipo – B.

Dalla data di attivazione, l'Unità Operativa ha permesso di garantire quotidianamente un numero adeguato di posti letto esclusivamente dedicati al Pronto Soccorso, con i primi ricoveri già avviati nel primo mattino.

Da una preliminare valutazione, alla data odierna (settembre 2025) risulterebbe significativo l'impatto della nuova degenza sugli indicatori di performance di pronto soccorso.



CONCLUSIONI

Il percorso ha permesso di attivare presso il PO di Busto Arsizio una delle prime realtà di Medicina d'Urgenza, così come declinate dalla DGR 787/2023 a livello regionale, in un'ottica di efficientamento dei flussi di Pronto Soccorso e di miglioramento della qualità della presa in carico dei pazienti nell'ambito dell'emergenza urgenza.

La degenza offre inoltre ai nostri professionisti di Pronto Soccorso, medici ed infermieri, la possibilità di variare l'attività di servizio rispetto al Pronto Soccorso / OBI favorendo la crescita professionale, l'integrazione dei protocolli clinico-gestionali, il corretto flusso dei pazienti da Pronto Soccorso.

E' in corso un monitoraggio degli indicatori di attività, oggetto di valutazione nei prossimi mesi.

OBIC al Presidio Ospedaliero SS. Cosma e Damiano: impatto sull'appropriatezza dei ricoveri



Niccolai G.¹, Bastiani M.², Bega M.², Buffini G.³, Feroci F.⁴

1. Direttrice f.f. SOC DSPO SS. Cosma e Damiano, USL Toscana Centro

2. Medico in formazione specialistica, Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze

3. Direttore SOC Medicina d'Urgenza SS. Cosma e Damiano, USL Toscana Centro

4. Direttore SOC Chirurgia Generale SS. Cosma e Damiano, USL Toscana Centro

Introduzione

L'Ospedale SS. Cosma e Damiano è un presidio ospedaliero che insiste su un bacino di utenza di circa 120.000 abitanti. Dispone di 190 posti letto e di un Pronto Soccorso (PS) che rappresenta il punto di riferimento non solo per i residenti, ma anche per le zone limitrofe, con il 10,6% degli accessi annui provenienti da altre aziende sanitarie. I flussi crescenti registrati negli ultimi anni hanno permesso all'ospedale non solo di recuperare, ma anche di superare i volumi di accesso precedenti al periodo pandemico.

In un'ottica di miglioramento continuo della qualità delle cure e di ottimizzazione organizzativa, orientata al raggiungimento dei bersagli individuati dal Mes, è stato introdotto l'OBIC (Osservazione Breve Intensiva Chirurgica), un modello capace di migliorare la gestione clinica dei pazienti e ridurre i ricoveri impropri, destinato a soggetti con sospetta patologia chirurgica che non presentano indicazione immediata all'intervento.

Contenuti

Dopo una fase sperimentale (27 dicembre 2022 – 2 aprile 2023), sono stati ufficializzati quattro posti letto destinati a pazienti over 16 con sospetta patologia chirurgica non urgente.

Il percorso prevede:

1. **Consulenza chirurgica** da parte del medico di guardia richiesta dal medico di PS;
2. **Verifica di idoneità** secondo i criteri riportati in Tabella 1;
3. **Osservazione in setting chirurgico**, con presa in carico da parte del chirurgo e dell'équipe infermieristica di reparto.

Gli esiti possono essere: ricovero in setting chirurgico, a conferma dell'appropriatezza, trasferimento presso altre Unità Operative (U.O.) o dimissione dopo un periodo massimo di 72 ore.

Il monitoraggio clinico e la documentazione sanitaria sono gestiti attraverso la cartella informatizzata di PS.

A un anno dall'avvio, l'attività è stata analizzata tramite il cruscotto gestionale di PS, considerando: numero di pazienti, durata della degenza, DRG, appropriatezza ed esiti.

I risultati sono stati quindi confrontati con i dati del 2024. I dati sugli esiti sono riportati in Tabella 2.

Le principali condizioni trattate hanno riguardato occlusioni intestinali, colecistiti acute da calcolosi, diverticoliti ed ernie incarcerate ridotte.

Tabella 1 – Criteri di inclusione ed esclusione OBIC

Inclusione	- Quadro sub-occlusivo di possibile pertinenza chirurgica
	- Colica biliare senza colecistite acuta
Esclusione	- Dolore in fossa iliaca destra con sospetta appendicite senza necessità di intervento urgente
	- Ernia inguinale incarcerata ridotta, con necessità di osservazione >6 ore
Esclusione	- Traumi toracici
	- Pancreatiti acute non biliari
	- Ustioni
	- Condizioni che richiedano intervento chirurgico urgente

Tabella 2 – Dati di attività OBIC

Esito	2023	2024
Dimissioni	135	119
Trasferimenti in altre U.O.	42	43
Ricoveri chirurgici	95	83
Decessi	4	2
Totale	276	247

Conclusioni

I dati mostrano come l'istituzione dell'OBIC consenta una gestione più strutturata dei pazienti chirurgici, contribuendo alla riduzione dei ricoveri impropri e al miglioramento dell'appropriatezza clinica.

L'analisi dei DRG conferma l'impatto positivo sull'utilizzo delle risorse ospedaliere, con una riduzione significativa dei DRG inappropriati fino all'**1,18%**.

L'esperienza del Presidio SS. Cosma e Damiano dimostra che l'OBIC rappresenta uno strumento efficace, sostenibile e facilmente replicabile per evitare ricoveri non appropriati in area chirurgica.

L'EVOLUZIONE DELLA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA: DALLA
TECNOLOGIA ALLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI NELL'ASP
DI CALTANISSETTA



Pane S.1, Ficarra L.S.,2, Longo A.3, Liardo R.L.E .4, Cirrone Cipolla A.5.
1. Studente di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Catania; 2 Direttore Generale ASP di Caltanissetta, 3. Studente specializzando in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Udine, 4. Dirigente Medico UOC Radioterapia Azienda Policlinico Universitaria Policlinico "G.Rodolico -San Marco" -Catania, 5. Direttore UOC Distretto Ospedaliero Area Sud ASP di Caltanissetta

INTRODUZIONE

La radioterapia oncologica rappresenta uno degli strumenti terapeutici più rilevanti nella cura dei tumori solidi. Nonostante l'evoluzione delle tecnologie e l'evidenza scientifica sull'efficacia dei trattamenti integrati, in alcune aree del Paese persistono criticità legate alla carenza di risorse umane e tecnologiche, alla mobilità sanitaria e alla limitata capacità di attrazione dei servizi locali, Fig. 1.



Fig. 1 – Radioterapia oncologica con l'unione scientifica

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, attraverso l'istituzione di una U.O.S.D. di Radioterapia Oncologica Clinica, ha avviato un percorso finalizzato a migliorare l'accessibilità, ridurre i costi della migrazione sanitaria e offrire trattamenti di alta complessità.

CONTENUTI

Il progetto di implementazione e potenziamento della radioterapia oncologica nasce dall'analisi del contesto epidemiologico provinciale: circa 1.400 nuovi casi di tumore vengono diagnosticati ogni anno, con un fabbisogno stimato di trattamenti radianti pari a oltre 900 pazienti. Tuttavia, i pazienti effettivamente trattati non superano le 330 unità, determinando un gap assistenziale che alimenta la mobilità sanitaria verso altre province e regioni, con un costo annuo superiore al milione di euro.

Le cause principali risiedono nella scarsità di professionisti specializzati, nelle limitazioni tecnologiche e nell'assenza di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali strutturati. La proposta di una U.O.S.D. dedicata consentirebbe di concentrare competenze, risorse e attività su trattamenti innovativi, quali radioterapia stereotassica e protocolli integrati radio-chimioterapici. L'unità opererebbe in sinergia con la U.O.C. esistente, valorizzando il personale e garantendo un'organizzazione più flessibile ed efficiente.

Dal punto di vista economico, la sostenibilità del progetto è stata dimostrata mediante analisi dei costi fissi e variabili, simulazioni di rimborso per prestazioni ad alta tecnologia e calcolo del punto di pareggio. I risultati attesi comprendono una riduzione significativa della mobilità sanitaria, l'aumento dell'offerta di prestazioni avanzate, la diminuzione delle liste d'attesa e il consolidamento della rete territoriale oncologica, Fig. 2.

Costi fissi	Dettaglio	Costi totali previsti (Euro)
	Personale del comparto pro capite	2 x 45.000
	Dirigenza Medica pro capite	4 x 90.000
	Attrezzatura sanitaria (poltrone, carrelli)	4 x 10.000
	Arredi (2 sedi)	2 x 5.000
	Totale	500.000
Costi variabili	Dettaglio per paziente (costo del farmaco, materiale di consumo, etc.)	Costo per paziente (Euro) (ipotesi media per pz sottoposti a RT- CHT integrate o SBRT)
	Totale	500

Fig. 2 – Stima dei costi

CONCLUSIONE

L'attivazione della U.O.S.D. di Radioterapia Oncologica Clinica rappresenta un'opportunità strategica per l'ASP di Caltanissetta, capace di coniugare sostenibilità economica, equità di accesso e prossimità delle cure. In prospettiva, l'intervento non solo risponde al fabbisogno locale, ma favorisce la creazione di un polo oncologico di riferimento, contribuendo a invertire la tendenza alla migrazione sanitaria e a rafforzare l'attrattività del sistema sanitario provinciale.



Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

Vaccinazioni nei pazienti oncologici: conoscenze, pratiche e percezioni dei medici ospedalieri

Salvati S.¹; Clerici G.¹; Solla D.¹; Villa V.²; Sabatino G.³

1. Dirigente medico, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
2. Direttore medico f.f., Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
3. Direttore sanitario, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Parole chiave: vaccinazioni, oncologia, prevenzione

Introduzione

I pazienti oncologici sono particolarmente suscettibili alle infezioni prevenibili da vaccino, a causa dell'immunosoppressione indotta dalle terapie e/o della malattia stessa, ma le coperture vaccinali sono insufficienti. In letteratura è raccomandata la somministrazione di vaccini come parte integrante del percorso di cura. È noto, inoltre, che i pazienti con malattie croniche tendono a fidarsi dello specialista che li ha in cura più di altri professionisti sanitari, anche in tema di vaccinazioni. Tuttavia, nella pratica clinica quotidiana, l'integrazione tra attività clinica e offerta vaccinale può essere problematica. Allo scopo di valutare lo stato attuale di conoscenze, pratiche e percezioni del personale medico dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano in merito alle vaccinazioni nei pazienti oncologici e all'ambulatorio vaccinale interno all'Istituto, è stato somministrato un questionario anonimo.

Contenuti

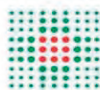
Il questionario è stato compilato da 70 specialisti, appartenenti a differenti dipartimenti, con prevalenza dell'area oncologica clinica. Il 97,1% degli intervistati era a conoscenza dell'esistenza dell'ambulatorio vaccinale per pazienti oncologici interno all'Istituto; tuttavia, solo il 44,3% conosceva con precisione le modalità di accesso/prenotazione, mentre un ulteriore 31,4% riferiva di avere informazioni parziali. Riguardo alle conoscenze sui vaccini raccomandati, il 51,4% ne conosceva solo alcune, il 41,4% in modo dettagliato, mentre il 7,1% dichiarava di non avere conoscenze a riguardo. L'87,1% dei rispondenti esprimeva il desiderio di ricevere periodicamente aggiornamenti sulle vaccinazioni e sull'ambulatorio.

L'approccio alla raccomandazione vaccinale durante la pratica clinica risultava eterogeneo: il 60,0% dei medici dichiarava di consigliare sempre la vaccinazione, il 30,0% lo faceva solo in alcuni casi, mentre una piccola minoranza (2 rispondenti) non la consigliava mai. Fra le criticità segnalate vi erano la mancanza di tempo durante le visite cliniche, la percezione che ci siano altre priorità terapeutiche e la scarsa conoscenza dei vaccini raccomandati. L'85,7% dei partecipanti riteneva utile un maggiore coinvolgimento del personale infermieristico o dei case manager per supportare il percorso vaccinale. Infine, il 68,6% considerava favorevolmente l'integrazione di strumenti basati su intelligenza artificiale nella cartella clinica elettronica, per elaborare automaticamente piani vaccinali personalizzati per il singolo paziente.

Conclusioni

L'indagine condotta ha mostrato una buona consapevolezza negli specialisti dell'importanza delle vaccinazioni raccomandate ai pazienti oncologici, ma anche una serie di criticità a livello organizzativo, informativo e gestionale che possono limitare l'adesione all'offerta vaccinale e quindi ostacolare l'aumento delle coperture. Al fine di assicurare l'inserimento delle vaccinazioni nella pratica clinica quotidiana in campo oncologico, è strategico rafforzare la formazione dei professionisti, semplificare ulteriormente le modalità di invio dei pazienti, introdurre strumenti basati su algoritmi decisionali, anche sfruttando le nuove tecnologie di IA, e coinvolgere attivamente il personale infermieristico e amministrativo. I risultati ottenuti rappresentano un punto di partenza utile per l'implementazione di interventi mirati e per future valutazioni di impatto di tali interventi sull'adesione dei pazienti oncologici alle vaccinazioni raccomandate.

Parametro	Risultato
Totale risposte al questionario	70
Conoscono ambulatorio vaccinale	68 (97,1%)
Conoscono modalità accesso	31 Sì (44,3%), 22 Parziale (31,4%), 17 No (24,3%)
Conoscono vaccini raccomandati	29 dettagliata (41,4%), 36 parziale (51,4%), 5 nessuna (7,1%)
Desiderano aggiornamenti sulle vaccinazioni	61 (87,1%)
Consigliano sempre la vaccinazione	42 (60,0%)
Coinvolgimento infermieristico utile	60 (85,7%)
IA utile per supporto decisionale	48 (68,6%)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Ospedale – Territorio, filo diretto di comunicazione: il progetto “*Specialist On Call*” in AUSL IRCCS Reggio Emilia



Santangelo M¹., Clemente F.¹, Terzi E.², Mazzi G.³, Sircana L.⁴

1) Azienda USL IRCCS Reggio Emilia, Direzione Medica di Presidio 2) Azienda USL IRCCS Reggio Emilia, Direttore SOC Specialistica Ambulatoriale
3) Azienda USL IRCCS Reggio Emilia, Direttore Presidio Ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova
4) Azienda USL IRCCS Reggio Emilia, Direttore Arcispedale Santa Maria Nuova



INTRODUZIONE

I percorsi di invio dei pazienti seguiti dai Medici di Assistenza Primaria verso specialisti di secondo livello sono da lungo tempo oggetto di un costante processo di ottimizzazione, con particolare attenzione all'efficacia e all'appropriatezza. Nel contesto generatosi durante la pandemia, che ha accelerato l'adozione di strumenti di comunicazione a distanza, diverse realtà regionali hanno avviato sperimentazioni di **modalità di confronto diretto** tra Medici di Medicina Generale (MMG) e specialisti ospedalieri, con l'intento di potenziare la gestione delle attività cliniche all'interno dei percorsi di presa in carico.

CONTENUTI

Nella provincia di Reggio Emilia, dove in precedenza erano attivi alcuni canali telefonici per le specialità a disposizione dei MMG, è stato istituito, a partire da metà dicembre 2023, un servizio denominato “*Specialist On Call*” (già sperimentato in altre province regionali). Si tratta di un servizio telefonico con numero unico provinciale, operativo dal lunedì al venerdì, che consente a Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni e medici CAU di entrare in contatto con gli Specialisti Ospedalieri in specifiche fasce orarie. Il progetto ha preso avvio con la partecipazione di **18 ambiti specialistici**, rappresentativi delle principali aree cliniche ospedaliere.

La modalità di intervento prevede un **confronto telefonico**, non un teleconsulto con produzione di referto: la responsabilità clinica resta in capo al medico che ha in carico il paziente, il quale conclude l'attività in base anche alle indicazioni emerse dal dialogo con lo specialista ospedaliero. L'obiettivo è fornire uno strumento operativo che **ottimizzi la gestione clinica**, favorisca il **confronto tra professionisti** e stimoli l'incremento delle competenze condivise, riducendo il numero di prestazioni evitabili e garantendo **invii specialistici più mirati e completi**.

Nel corso del 2025, **il progetto si è ampliato** includendo gli specialisti per le Dislipidemie di secondo livello e i servizi di Diabetologia, che rispondono in base al distretto di presa in carico del paziente. L'ultima attivazione riguarda l'area cardiologica, avviata a partire da metà settembre 2025, con la collaborazione di diverse sedi distrettuali.

Con questo ampliamento, il numero totale delle aree specialistiche coinvolte attualmente è salito a **21**. In tabella sono riportati i volumi di chiamata relativi al primo anno di attività del progetto e all'anno in corso.

CHIAMATE SPOC ANNO 2024 – 18 SPECIALITÀ ATTIVE

Scelta	Servizio	Ricevute	Risposte	Nessuna Risposta	Occupato	Non Trovato	% risposta	% specialità su totale chiamate
	Totale 15/01/2024 - 29/12/2024	6270	5200	556	421	207	89,6%	100,0%
1	Laboratorio Chimico Clinico	59	56	0	2	1	98,3%	0,9%
2	Malattie Infettive	962	819	31	100	12	95,5%	15,3%
3	Medicina Cardiovascolare - Centro emostasi	629	550	7	69	3	98,4%	10,0%
4	Medicina Cardiovascolare - Ipertensione	153	124	22	7	0	85,6%	2,4%
5	Medicina Trasfusionale	220	182	7	26	80	94,5%	3,5%
6	Otorinolaringoiatria	87	84	0	3	0	100,0%	1,4%
7	Anestesia - Terapia Antalgica	70	48	13	9	0	81,4%	1,1%
8	Chirurgia Generale e d'Urgenza	79	77	0	2	0	100,0%	1,3%
9	Ematologia	1135	1000	23	72	40	94,4%	18,1%
10	Endocrinologia	381	335	25	16	5	92,1%	6,1%
11	Gastroenterologia e Endoscopia digestiva	433	386	1	41	5	98,6%	6,9%
12	Ginecologia e Ostetricia	127	115	2	5	5	94,5%	2,0%
13	Nefrologia	751	575	150	21	5	79,4%	12,0%
14	Neonatologia	11	11	0	0	0	100,0%	0,2%
15	Neurologia	308	236	62	8	2	79,2%	4,9%
16	Pediatria	23	22	0	1	0	100,0%	0,4%
17	Pneumologia	403	340	37	23	3	90,1%	6,4%
18	Reumatologia	439	240	176	16	46	58,3%	7,0%

CHIAMATE SPOC 8 MESI ANNO 2025 – 20 SPECIALITÀ ATTIVE

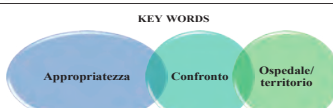
Scelta	Servizio	Ricevute	Risposte	Nessuna Risposta	Occupato	Non trovato	% risposta	% specialità su totale chiamate
	Totale 01/01/2025 - 31/08/2025	4548	3934	286	279	53	92,6%	100,0%
1	Laboratorio Chimico Clinico	49	46	0	0	3	93,9%	1,1%
2	Malattie Infettive	681	574	7	81	19	96,2%	15,0%
3	Medicina Metab. Emocoagulativa - Centro emostasi	365	343	1	20	1	99,5%	8,0%
4	Medicina Cardiovascolare - Ipertensione	78	69	7	2	0	91,0%	1,7%
5	Medicina Trasfusionale	119	108	0	9	2	98,3%	2,6%
6	Otorinolaringoiatria	39	39	0	0	0	100,0%	0,9%
7	Anestesia - Terapia Antalgica	96	60	24	11	1	74,0%	2,1%
8	Chirurgia Generale e d'Urgenza	57	57	0	0	0	100,0%	1,3%
9	Ematologia	886	754	69	59	4	91,8%	19,5%
10	Endocrinologia	323	290	15	15	3	94,4%	7,1%
11	Gastroenterologia e Endoscopia digestiva	330	304	0	20	6	98,2%	7,3%
12	Ginecologia e Ostetricia	79	76	0	3	0	100,0%	1,7%
13	Nefrologia	536	507	3	23	3	98,9%	11,8%
14	Neonatologia	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%
15	Neurologia	165	153	0	5	7	95,8%	3,6%
16	Pediatria	9	9	0	0	0	100,0%	0,2%
17	Pneumologia	333	269	38	23	3	87,7%	7,3%
18	Reumatologia	330	210	118	6	0	65,5%	7,3%
19	Dislipidemie 2° livello	14	14	0	0	0	100,0%	0,3%
20.1	Diabetologia Reggio Emilia	24	22	0	1	1	95,8%	0,5%
20.2	Diabetologia Montecchio	19	14	4	1	0	78,9%	0,4%
20.3	Diabetologia Guastalla/Correggio	5	5	0	0	0	100,0%	0,1%
20.4	Diabetologia Scandiano	6	6	0	0	0	100,0%	0,1%
20.5	Diabetologia C. Monti	5	5	0	0	0	100,0%	0,1%

CONCLUSIONI

L'esperienza maturata in **19 mesi di attività** evidenzia un ricorso costante al servizio, in particolare per alcune aree delle discipline cliniche (**Ematologia, Malattie Infettive, Nefrologia, Centro Emostasi**, ecc.). Complessivamente, si è registrato un buon livello di gradimento da parte degli utilizzatori, attribuibile anche alla **maggiore accessibilità al colloquio**, facilitata dal **numero unico**. Tuttavia, risulta più complesso individuare modalità standardizzabili per valutare l'efficacia di questo tipo di intervento in termini di miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi, poiché i volumi di prescrizioni ambulatoriali sono influenzati da molteplici fattori e presentano una variabilità intrinseca.



CONTACT PERSON
Dr.ssa Maddalena Santangelo
Direzione Medica di Presidio AUSL Reggio Emilia
Arcispedale Santa Maria Nuova
Responsabile Sanitario IRCCS Reggio Emilia
Tel 0522 295091 maddalena.santangelo@ausl.re.it





OSPEDALE
EVANGELICO
INTERNAZIONALE
Ente ecclesiastico civilmente riconosciuto

Tempi di permanenza e fenomeno del *boarding* in Pronto Soccorso: analisi dei dati dell'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova (2023–2025)

Zumerle E.;^{1,2} Pagnucco M.;¹ Bocchio A.;² Olobardi D.;² Lupia R.;¹ Fulgheri M.;² Flego G.;²

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

²Direzione Sanitaria Ospedale Evangelico Internazionale, Genova

³Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Internazionale, Genova

Parole chiave: Pronto Soccorso (Ps), Boarding, Tempi di Attesa

Introduzione

I tempi di permanenza in Pronto Soccorso (PS) sono un indicatore dell'efficienza e qualità dei servizi sanitari. In Italia, particolare attenzione è rivolta al fenomeno del *boarding*, cioè l'intervallo tra la decisione di ricovero e la reale disponibilità di un posto letto: oggi rappresenta una delle principali criticità dell'emergenza-urgenza. Dati internazionali mostrano che il *boarding* prolungato è associato a un peggioramento clinico e a un aumento della mortalità a 30 giorni, fino all'11% nei pazienti fragili e anziani.

Risultati

Nel triennio analizzato, il tasso di ricovero tra i pazienti in PS è rimasto stabile (8–9%). La permanenza media complessiva è stata di circa 7 ore, ma ha raggiunto valori superiori nei ricoverati: 19 ore nel 2023, 18 nel 2024 e 20 nel 2025.

Il tempo medio di attesa per la presa in carico varia in base al codice colore: 10–13 minuti per i rossi (intervento immediato prima dell'accettazione), 30–40 minuti per gli arancioni, 70–80 per gli azzurri, oltre 2 ore per i bianchi. Anche l'intervallo ingresso-ricovero è elevato: 19 ore nel 2023, 18 nel 2024, 20 nel 2025. Il *boarding*, inteso come differenza tra permanenza totale e tempo di presa in carico, risulta particolarmente alto nei ricoverati, con valori medi di 18 ore nel 2023, 17 nel 2024 e 19 nel 2025.

Materiali e Metodi

Presso l'Ospedale Evangelico Internazionale (OEI) di Genova è stata condotta una revisione di tutti gli accessi al PS dal 1° gennaio 2023 al 31 luglio 2025. Sono stati calcolati i tempi medi di permanenza complessiva (espressi in minuti e ore), i tempi medi di presa in carico stratificati per codice colore e i tempi medi di permanenza dei pazienti con esito "ricovero" rispetto a quelli dimessi. È stata inoltre effettuata una stima indiretta del tempo medio di *boarding*, ottenuta sottraendo al tempo totale di permanenza il tempo medio di attesa per la presa in carico.

Media minuti tempo da accesso in PS alla dimissione

TOTALI

	ROSSO (EMERGENZA)	ARANCIONE (URGENZA)	AZZURRO (URGENZA DIFFERIBILE)	VERDE (URGENZA MINORE)	BIANCO (NON URGENZA)	NERO (GIUNTO CADAVERE)	Totale
2023	1197	769	528	234	277	44	426
2024	1034	787	499	216	274	326	425
2025	1061	804	496	212	290	-	441
Totale	1107	786	509	222	279	185	429

RICOVERI

	ROSSO (EMERGENZA)	ARANCIONE (URGENZA)	AZZURRO (URGENZA DIFFERIBILE)	VERDE (URGENZA MINORE)	BIANCO (NON URGENZA)	Totale
2023	1174	1030	1229	1052	3568	1116
2024	844	1044	1166	1171	471	1075
2025	1041	1007	1513	1314	-	1188
Totale	1026	1030	1263	1136	2020	1116

Discussione e Conclusioni

L'analisi condotta presso l'OEI di Genova conferma che il fenomeno del *boarding* rappresenta una criticità rilevante, in linea con quanto già osservato a livello nazionale e internazionale.

L'OEI è una struttura di piccole dimensioni, parte integrante del sistema di emergenza-urgenza dell'area metropolitana di Genova, fattore che può contribuire ad aumentare i tempi di attesa, per accessi ricevuti, nonostante sia breve la degenza media in area internistica. Lo studio presenta alcuni limiti da considerare: i dati sono stati raccolti in un singolo presidio e in un arco temporale limitato, il che riduce la possibilità di generalizzare i risultati. Inoltre, il tempo di *boarding* è stato stimato indirettamente, modalità che può introdurre una certa variabilità e influenzare l'accuratezza del dato.

Considerata l'importanza del monitoraggio dei tempi di *boarding* per ottimizzare il processo di presa in carico dei pazienti, è risultato fondamentale integrare tale parametro come dato informatico, al fine di apportare interventi mirati che possano migliorare la gestione futura.

50° Congresso Nazionale ANMDO

Torino, 7-8-9 ottobre 2025 Aula "Achille Mario Dogliotti"

COMUNICAZIONI VINCITRICI

ATTACCO HACKER ALL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA: UN MODELLO DI GESTIONE

AGAZZI G.1, BRIZZI L.2, MANCINI C.1, MONTESARCHIO L.1, PALLADINI F.1, CARLUCCI M.3, BRAVI C.M.4

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

2. Direttore Medico UOC Direzione Medica Ospedaliera per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi AOUI

3. Direttore Sanitario AOUI

4. Direttore Generale AOUI

PAROLE CHIAVE

Data breach, cybersicurezza, sanità digitale.

INTRODUZIONE

Gli attacchi informatici rivolti alle strutture sanitarie sono in costante aumento, con conseguenze rilevanti per la tutela dei dati e la continuità assistenziale. L'episodio che ha coinvolto l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (AOUI) nell'ottobre 2023 rappresenta un caso esemplare per comprendere vulnerabilità, impatti e strategie di risposta.

CONTENUTO

L'attacco hacker, rivendicato dal gruppo ransomware Rhysida, si è verificato la sera del 22 ottobre 2023. La risposta di AOUI si è articolata lungo più direttrici, in un equilibrio tra necessità di tutela, continuità operativa e trasparenza comunicativa. Immediatamente sono stati isolati i server compromessi e attivato il piano di emergenza, con il passaggio a procedure cartacee, sia nei reparti sia nei servizi ambulatoriali e diurni. Grazie all'organizzazione tempestiva, le attività cliniche non sono mai state interrotte, garantendo la continuità dell'assistenza. A soli tre giorni dall'evento, il sistema informatico è stato riavviato, la refertazione digitale ripristinata e gli sportelli cassa riaperti. Il 27 ottobre anche il CUP telefonico è tornato pienamente operativo, segnando la conclusione della fase emergenziale.

Sul piano legale e istituzionale, AOUI ha notificato l'evento entro i termini previsti al CSIRT (Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale), al Garante per la Protezione dei Dati Personali e alla Polizia Postale, garantendo aggiornamenti progressivi fino alla relazione conclusiva. In un secondo momento, il gruppo hacker autore dell'attacco, in assenza del pagamento del riscatto richiesto - fissato in 10 BTC, circa 340.000 euro - ha pubblicato su dark web i dati esfiltrati il 17 novembre. Sono stati quindi creati dei gruppi di lavoro, coordinati dalla Task Force aziendale, con il compito di procedere all'analisi dei file esfiltrati pubblicati e alla relativa valutazione del rischio in funzione della comunicazione ex art. 34 del GDPR agli interessati, secondo il metodo codificato nella procedura per la prevenzione, la rilevazione, la registrazione e l'eventuale segnalazione e la rimozione di una violazione di dati personali. Il piano di comunicazione agli interessati, condiviso con il GPDP, ha previsto un approccio differenziato in base a livello di rischio e tipologia dei dati individuati: dipendenti, collaboratori e fornitori hanno ricevuto comunicazioni individuali, ai pazienti più fragili sono stati inviati SMS personalizzati, con possibilità di richiedere informazioni tramite la casella di posta elettronica dedicata, un colloquio in presenza ed eventualmente supporto psicologico. Parallelamente è stata informata la cittadinanza tramite newsletter, FAQ sul sito aziendale, comunicazioni sui media e sui canali social.

CONCLUSIONI

L'esperienza di AOUI dimostra che anche un data breach di ampia portata può essere gestito senza compromettere la continuità dell'assistenza e dei servizi. La capacità di attivare immediatamente procedure emergenziali, il rapido ritorno alla normalità digitale, la comunicazione trasparente verso cittadini e istituzioni e il supporto ai pazienti più vulnerabili configurano un modello di gestione che unisce resilienza tecnologica, responsabilità organizzativa e attenzione umana. In un contesto sanitario sempre più esposto alle minacce digitali, questa esperienza costituisce un riferimento per sviluppare strategie condivise di cyber resilience, trasformando una crisi in un'occasione di apprendimento e rafforzamento per l'intero sistema.

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: AUDIT DI REPARTO PER UNA REVISIONE CONDIVISA DELLE TERAPIE

GOLZIO F.1; BUTNARU A. M.1; GASTALDO C.1,2,3; CROCETTA R.1,2; SIVIERO M.2,3; MIMMO R.1; ZEME D. A.2; DESANTIS P. M.3; BERT F.1; PAUDICE A.3; ANSELMO E.4

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

²A.S.L. TO3, S.C. Direzione Medica Rivoli

³A.S.L. TO3, S.S.D.U. Igiene Ospedaliera e Governo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

⁴A.S.L. TO3, Direzione Sanitaria Aziendale

Ente e struttura di appartenenza

A.S.L. TO3, S.S.D.U. Igiene Ospedaliera e Governo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

PAROLE CHIAVE

Antimicrobicoresistenza. Antibiotici. Audit multidisciplinare

INTRODUZIONE

L'antimicrobicoresistenza (AMR) è una delle principali minacce per la sanità pubblica. I programmi di *antimicrobial stewardship* (AMS) mirano a ottimizzare la terapia antibiotica, al fine di migliorare gli outcome clinici e ridurre la diffusione di microrganismi resistenti.

Tra gli interventi più rilevanti si colloca l'audit di reparto. L'obiettivo di questo studio è analizzarne il ruolo come strumento di monitoraggio sull'appropriatezza della terapia antibiotica.

CONTENUTI

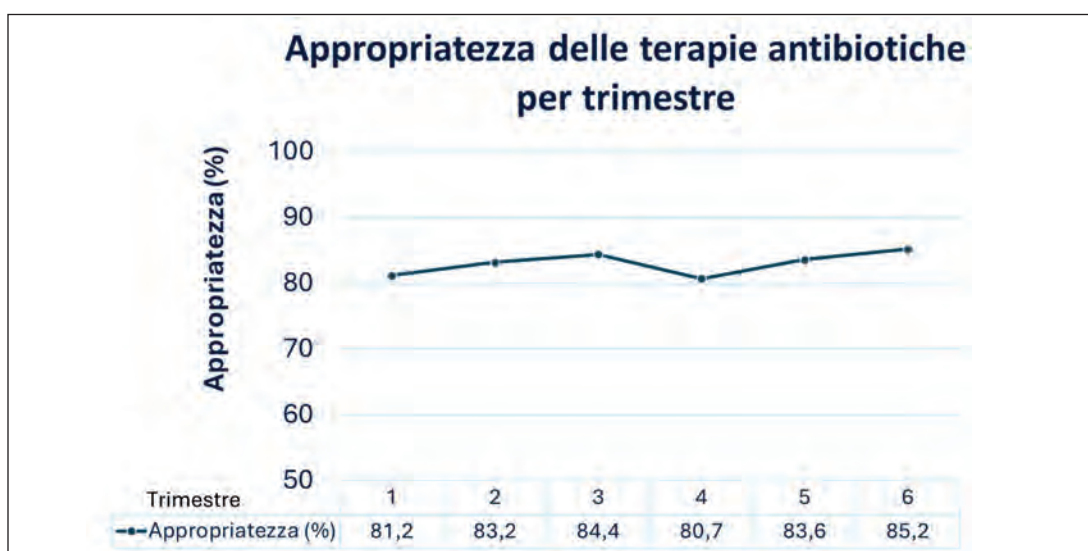
L'audit coinvolge un team multidisciplinare (infettivologo, medico di Direzione Medica, medico di reparto e Infermiere Specialista del Rischio Infettivo) e prevede la revisione periodica delle terapie antibiotiche in corso attraverso 3 fasi: 1) raccolta dei dati concernenti la diagnosi e la terapia; 2) analisi delle cartelle cliniche dei pazienti in terapia antibiotica presenti nella giornata dell'audit; 3) immediata restituzione di un feedback ai reparti, mediante discussione multidisciplinare con i medici presenti. L'analisi prescrittiva si focalizza su indicatori di appropriatezza quali: presenza di un'infezione clinicamente definita, aderenza alle linee guida (*Manuale per la Terapia Antibiotica Empirica* regionale), corretta selezione della molecola, adeguatezza di posologia e via di somministrazione, utilizzo degli esami colturali e programmazione della durata del trattamento. Successivamente, il team redige un report periodico, condiviso con i reparti.

La raccolta dati è iniziata a gennaio 2024 ed è terminata a giugno 2025. Gli audit si sono svolti mensilmente con modalità a sorpresa. La rilevazione ha coinvolto i reparti di Medicina e Chirurgia dei Presidi Ospedalieri di Rivoli, Pinerolo e Susa.

Durante il periodo di studio sono state analizzate 1055 cartelle cliniche, provenienti per il 33 % dai reparti di Chirurgia e per il 67 % dai reparti di Medicina. L'appropriatezza è risultata elevata (83 %), così come le terapie associate all'esecuzione di almeno un esame diagnostico (71 %). Da gennaio 2024, il trend di appropriatezza si è mantenuto in crescita tranne che per il trimestre corrispondente al periodo che va da ottobre a dicembre del 2024 (-3,7 punti percentuali rispetto al trimestre precedente). All'interno di un modello di regressione logistica multivariabile, si è riscontrato che l'appropriatezza prescrittiva peggiora all'aumentare del numero di farmaci in terapia (coeff = -0,55 e IC 95 % [-0,87;-0,23]) e quando è stato effettuato almeno un esame diagnostico (coeff = -1,09 e IC 95 % [-1,63;-0,60]).

CONCLUSIONI

L'audit di reparto è una strategia efficace nei programmi AMS, integrando revisione e formazione. Favorisce l'ottimizzazione delle terapie e promuove cambiamenti prescrittivi tramite un approccio collaborativo.



PANFLU-ESERCITAZIONE DRILL-ANNO 2024

LEMBO VALENTINO; RUSCONI STEFANO; GREGORIO BARBARA

ASST Ovest Milanese

PAROLE CHIAVE

Piano Pandemico, Esercitazione DRILL

INTRODUZIONE

L'esercitazione pratica promossa da ASST Ovest Milanese nell'ambito del Piano Pandemico Regionale PANFLU RL 2021-2023, si colloca in risposta a precise disposizioni normative regionali di preparazione alla gestione delle emergenze sanitarie da patogeni a trasmissione respiratoria e, in modo particolare, ai sensi della DGR n. 1827 del 31/01/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024".

CONTENUTI

L'iniziativa si configura come la fase avanzata di una progettualità articolata, che dalla redazione cartacea del Piano Operativo Strategico Aziendale, si è evoluta fino a concretizzarsi in una simulazione realistica, che ha preso vita il giorno 22/11/2024 per la parte ospedaliera e durante il corso del mese di novembre dello stesso anno per la parte territoriale. Lo scenario si è sviluppato attorno a un'ipotetica emergenza influenzale da aviaria. Il percorso ha incluso fasi di preparazione per l'avanzamento dell'esercitazione, in cui si è visto il progressivo coinvolgimento di molteplici professionisti in sessioni di pianificazione, programmazione e formazione, nella condivisione di materiali e sceneggiature specifiche suddivise per *setting* assistenziale, nella predisposizione logistica, con effettivo trasporto in ambulanza, nella definizione di percorsi puliti/sporchi, con l'ausilio maggiore della barella di Biocontenimento nel trasporto dei pazienti più critici, nella formulazione di un ponte di collegamento amministrativo e di *Information & Communication Technology* efficiente. Sono stati, inoltre, attivati percorsi di collaborazione con AREU (per il trasferimento ostetrico virtuale simulato) e con l'Ospedale Niguarda Ca' Granda, in funzione di centro di riferimento. Nella stessa giornata è stato predisposto un momento di intersezione tra la simulazione Ospedaliera e quella Territoriale, attivando, nei casi preventivamente selezionati, una presa in carico da parte della COT di competenza per la gestione domiciliare e la microbiologia extra-ospedaliera, a testimonianza di un approccio sistemico e multilivello nella gestione pandemica. In aggiunta, è stata pianificata e attuata una comunicazione realistica ed efficace verso i pazienti realmente presenti nei presidi e nelle sale di attesa delle unità operative direttamente coinvolte, verso i dipendenti dell'ASST Ovest Milanese e verso i *mass media*, attraverso un comunicato stampa ufficiale. L'intero evento è stato inoltre documentato da un *team* professionale con riprese audio-video, nel rispetto della riservatezza dei pazienti reali e degli operatori coinvolti. Parallelamente, è stata attivata l'Unità di Crisi aziendale su segnalazione del Pronto Soccorso, in modo conforme ai flussi comunicativi previsti dal piano pandemico e con stato di pre-allerta fittizia regionale via e-mail istituzionale. La simulazione ha permesso di testare la catena di comando, la rapidità di risposta, e la gestione delle risorse interne (posti letto, approvvigionamento DPI, accessi, percorsi diagnostici), in un contesto protetto ma operativo.

Tabella 1. Elenco delle attività testate e relativi obiettivi-stimoli.

Funzione/Operazione testata	Obiettivo di riferimento	Stimoli di riferimento
COMUNICAZIONE (testare i processi e i sistemi di comunicazione in ingresso e in uscita al fine di gestire lo stato di allerta) e COORDINAMENTO	Allerta e attivazione immediata dell'Unità di Crisi per cabina di regia sulle attivazioni dei diversi processi. Attivazione delle COT alla dimissione di pz. clinicamente stabili e che necessitano di cure domiciliari	- Riscontro di criticità da parte dei PS di Legnano per accesso massivo e improvviso di sindromi influenzali (n.13) - Gestione delle comunicazioni interne con gli utenti in sala di attesa e i dipendenti operativamente coinvolti in PS e altrove
MANAGEMENT dei casi sospetti e confermati in PS e in altre UU.OO.	Attivazione dei percorsi nell'immediato e in alternativa, per alcune azioni, entro due ore	In PS: - Sospetta aviaria - Trasporto verso i servizi di diagnostica per immagini - Esecuzione e trasporto del <i>testing</i> in microbiologia. In PS o altra UO/servizio: - Precauzioni, DPI e loro smaltimento - Vestizione e svestizione - Igiene e sanificazione (ambienti e dispositivi riutilizzabili)
PERCORSO PULITO vs SPORCO	Attivazione dei percorsi precedentemente definiti entro due ore	Trasporti e trasferimenti tra reparti/servizi
ATTIVAZIONE DEL POTENZIAMENTO DEI POSTI LETTO in TI e altre SC	Attivazione dei posti letto in emergenza entro due ore	- Ricerca dei posti letto (PL) - Attrezzare i PL
GESTIONE DI ACCESSO DI UTENTI E VISITATORI	Attivazione entro due ore	Gestione degli accessi nelle UU.OO.
APPROVVIGGIONAMENTO DELLE SCORTE	Attivazione entro due ore	Effettuazione di richiesta all'ufficio competente da parte dei reparti coinvolti

Tabella 2. Gruppo di progettazione e gestione dell'esercizio.

Funzione	Responsabilità principale
Direttore dell'esercizio	Supervisiona l'intero processo, dalla progettazione, allo sviluppo, alla valutazione
Team di progettazione e sviluppo	Progettazione e sviluppo dell'esercitazione
Area di Coordinamento dei Facilitatori	
Leader di coordinamento operativo	Garantiscono l'efficienza dell'esercitazione il giorno di avvio, coordinando e indirizzando i facilitatori al raggiungimento degli obiettivi
Gruppo di Facilitatori	Comunicano gli stimoli ai partecipanti e indirizzano i partecipanti il giorno dell'esercitazione
Valutatori	Osservano, raccolgono i dati il giorno dell'esercitazione e compilano un rapporto di valutazione imparziale. Non danno indicazioni ai partecipanti
Osservatori	Osservano l'andamento dell'esercitazione senza intervenire. Restituiscono un feedback libero e svincolato al Direttore dell'Esercizio
Figuranti/attori	Recitano la parte loro assegnata
Partecipanti/destinatari	Implicati nell'espletamento delle loro attività professionali
Personale di supporto	Si occupano nell'ordine degli aspetti logistici, amministrativi e comunicativi

CONCLUSIONI

Questa esercitazione rappresenta in definitiva l'esplicitazione di una tappa propedeutica e strategica del più ampio progetto regionale di *preparedness* pandemica. Rende concreta l'aderenza a quanto previsto dai documenti regionali di riferimento, e costituisce un modello replicabile per future simulazioni in ambito di emergenza epidemica/pandemica sanitaria.

L'EVOLUZIONE DELL'OSPEDALE DI SARONNO: DALL'EMERGENZA PANDEMICA A UN MODELLO INTEGRATO DI CURA

TAGLIASACCHI R. *, CARGNELUTTI M. *, CRESPI F. °, ADINOLFI A. ^, BIANCHI D. °°, CURINO R. * *, MECINI D. * *

*Direzione medica PO Saronno Asst Valleolona, °Direttore Sanitario Asst Valleolona.

°°Direttore generale Asst Valleolona.

^Gestione operativa Asst valleolona.

* * Igiene ospedaliera Staff Direzione medica PO Saronno Asst Valleolona

PAROLE CHIAVE

Organizzazione, Percorsi.

INTRODUZIONE

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato un punto di svolta per l'Ospedale di Saronno, imponendo una rapida riorganizzazione dei percorsi clinici e strutturali. Le criticità emerse – in particolare la carenza di organici e la necessità di spazi flessibili – hanno reso evidente l'urgenza di un ripensamento complessivo del modello ospedaliero. L'esperienza emergenziale si è così trasformata in occasione di rilancio e di investimento, sia in termini di risorse umane sia di adeguamento tecnologico e strutturale. Nasce così l'Hospital for lean care con lo scopo di riorientare l'impiego di risorse umane carenti, verso il settore più produttivo, efficace e attrattivo per il minore impiego di professionisti. Tutto ciò si sintetizza con il concetto di strutturare una dinamica organizzativa appropriata, snella, più leggera per rispondere alla domanda di salute del territorio con la revisione di tutti i percorsi clinici assistenziali ai quali affidare i pazienti presi in carico a percorsi di vari livelli con la condizione che il paziente sia già ben inquadrato tra le varie funzioni e attività all'interno dell'ospedale e del territorio, comprendendo anche gli ambiti sociali e coinvolgendo tutti i gruppi professionali.

CONTENUTI

L'approccio adottato ha seguito i principi dell'“Ospedale Lean”, con attenzione all'efficienza dei flussi, alla riduzione degli sprechi e alla capacità di riconfigurazione rapida degli spazi in caso di emergenze future. Parallelamente, sono stati avviati progetti di collaborazione specialistica con il territorio, al fine di rafforzare la continuità assistenziale. La metodologia ha previsto il reclutamento e inserimento di nuovi medici attraverso il convenzionamento con altre strutture pubbliche e frequenti procedure concorsuali; la riprogettazione delle degenze con funzioni polispecialistiche per incrementare la flessibilità specialistica; il miglioramento dei percorsi del paziente e dei processi clinici cercando di mantenere una condizione di deospedalizzazione del paziente proponendo la gestione delle criticità cliniche di pazienti con accessi ambulatoriali di vari livelli (visita, MAC/BIC o DS/DH); l'apertura di nuovi ambulatori di medicina, cardiologia, neurologia, oncologia, riabilitazione in linea con le funzioni territoriali; investimenti tecnologici mirati (TC, acceleratore lineare per radioterapia, apparecchiature per medicina nucleare). L'Ospedale di Saronno ha visto una significativa evoluzione: aumento della dotazione organica con l'arrivo di nuovi professionisti; riqualificazione del pronto soccorso con spazi sovrastanti dedicati a percorsi rapidi; realizzazione di ambulatori di medicina, cardiologia, oncologia, neurologia potenziati; avvio di cantieri modulabili in grado di adattarsi a eventuali nuove emergenze pandemiche; rinnovamento tecnologico a supporto della diagnostica e della terapia, con nuove apparecchiature di alto livello.

CONCLUSIONI

Il percorso intrapreso ha trasformato la crisi pandemica in una leva di rinnovamento, proiettando l'Ospedale di Saronno verso un modello più resiliente, tecnologicamente avanzato e integrato con il territorio. La riorganizzazione in chiave Lean, unita agli investimenti in risorse umane e tecnologiche, rappresenta una garanzia di maggiore prontezza di risposta di fronte a nuove emergenze sanitarie e, allo stesso tempo, un miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

GREEN HOSPITAL: UNA SFIDA PER LA SOSTENIBILITA' AMBIENTALE DELLE STRUTTURE SANITARIE

SOMMELLA L., CARASSITI M., CARICATO M., CAVARISCHIA D., GAETA D., MICCOLI G., VENDITTI A.

Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico – Roma

PAROLE CHIAVE

Green hospital, ecosostenibilità, smart hospital

L'interesse verso la sostenibilità ambientale delle strutture sanitarie sta crescendo rapidamente, anche grazie alla diffusione nella popolazione mondiale di una sensibilità ecologica, alimentata dalla preoccupazione per i cambiamenti climatici in corso. Il nostro tempo impone di adottare politiche per ridurre le emissioni e promuovere programmi per l'utilizzo di energie ecosostenibili e l'efficientamento energetico, che siano in grado di frenare l'inquinamento atmosferico e il surriscaldamento del pianeta. Tali programmi sono particolarmente importanti in impianti fortemente energivori come le grandi strutture ospedaliere. Devono dunque essere intraprese azioni finalizzate a giungere ad un modello di ospedale a più basso impatto ambientale. Questo impegno trova giustificazione nel fatto che le attività sanitarie sono responsabili del 5-6% delle emissioni di gas serra (prevalentemente CO₂), a fronte di un 12% prodotto dal settore dei trasporti. La Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha avviato un percorso di impegno e responsabilizzazione sui temi della sostenibilità sociale ed ambientale. In questo ambito, nel mese di settembre 2024 è stato approvato il progetto Green Hospital e costituito un Green Team con il compito di ideare e realizzare le azioni necessarie per ridurre le emissioni inquinanti. Queste azioni riguardano: l'aumento dell'efficienza energetica degli edifici, sfruttando maggiormente le fonti energetiche alternative e riducendo i consumi, utilizzando anche modalità indirette (es. telemedicina); la riduzione delle emissioni di gas serra, agendo prevalentemente sul ciclo dei rifiuti, attraverso l'aumento della raccolta differenziata, il contenimento dell'utilizzo della plastica in tutti i *setting* e la diffusione di materiali *reusable*. Nei punti di attacco del progetto (efficientamento energetico e ottimizzazione della gestione dei rifiuti) nel 1° semestre 2025 sono già stati raggiunti importanti risultati: consolidando un trend già avviato, il 64% dell'energia consumata dal nostro policlinico è autoprodotta (Fig.1) e la raccolta differenziata dei rifiuti ha portato a ridurre del 60% gli imballaggi misti, separando carta e plastica per inviarle al riciclo (Fig.2). Sono poi in corso interventi per eliminare i gas anestetici inquinanti dalle sale operatorie, rendendole GAS FREE, ridurre l'utilizzo di bottiglie e altri contenitori di plastica, limitare l'uso della teleria monouso, contenere lo spreco di acqua e di cibo, facilitare la mobilità sostenibile del nostro personale. E' stato poi avviato un piano di comunicazione interna, che ha lo scopo di indurre comportamenti più eco-compatibili, diffondere la conoscenza delle attività in corso e raccogliere suggerimenti da tutti i nostri operatori. Queste attività vengono portate avanti da un gruppo multidisciplinare, denominato Green Team, composto da rappresentanti della direzione generale, della direzione sanitaria, della direzione operations, della direzione comunicazione, dell'area tecnica con il mobility manager e l'energy manager, dell'area acquisti, della farmacia, del servizio di prevenzione e protezione, nonché da clinici provenienti in particolare dall'area chirurgica e anestesiological. Siamo convinti che le strutture sanitarie debbano evolvere nella direzione di essere sempre più *smart* e *green*, al fine di dare da subito un contributo all'innovazione tecnologica e al contrasto del surriscaldamento del nostro Pianeta.

PIANO AZIENDALE PER LA RIDUZIONE DELLA VARIABILITÀ CLINICO-ASSISTENZIALE: IL PROGETTO NELLA USL TOSCANA CENTRO

GIOVANNI GAETTI¹, SILVIA GUARDUCCI¹, MARIA TERESA MECHI¹, SARA FRANCHI¹, ELENA CARUCCI¹, ROSSELLA LULLI¹, SARA BENSI¹, ELENA LOVICU¹, ROBERTA CAMINITI¹, ANDREA GUIDA¹, MARTINA GUIDO¹, LORENZO ROTI¹

¹USL Toscana Centro

PAROLE CHIAVE

Governance clinica, audit & feedback, riduzione della variabilità.

INTRODUZIONE

La variabilità clinico-assistenziale rappresenta la differenza nei comportamenti tra professionisti o strutture, che, se non giustificata da caratteristiche cliniche, organizzative o epidemiologiche, può determinare disuguaglianze nell'accesso, inappropriatezza e spreco di risorse. Nel 2025, l'Azienda USL Toscana Centro ha avviato un Piano aziendale per la riduzione della variabilità clinico-assistenziale e tecnico-professionale, con l'obiettivo di migliorare equità, qualità e sicurezza delle cure. Le delibere aziendali n.187/2025 e n.587/2025 ne hanno sancito rispettivamente l'approvazione strategica e l'avvio operativo tramite l'adozione di progetti dipartimentali strutturati. Il Piano si fonda su un approccio data-driven e partecipativo, che promuove la responsabilizzazione dei professionisti nella revisione dei propri comportamenti attraverso strumenti di audit & feedback. Al Core Team aziendale e ai Dipartimenti è affidato il compito di analizzare le variazioni ingiustificate, individuare le aree di miglioramento e attuare azioni correttive sostenibili. Il focus è sul superamento delle disuguaglianze e sull'uso appropriato delle risorse, valorizzando una cultura organizzativa basata su trasparenza, confronto e miglioramento continuo.

CONTENUTI

Il Piano è stato avviato con l'identificazione di 41 indicatori selezionati dai Dipartimenti, finalizzati a rappresentare ambiti clinico-assistenziali e tecnico-professionali caratterizzati da potenziale variabilità non giustificata. Nella prima fase sono stati coinvolti 10 dei 19 Dipartimenti aziendali, selezionati in base alla disponibilità e qualità dei dati e alla rilevanza strategica delle aree individuate. Per tutti i Dipartimenti aderenti, gli incontri di audit & feedback sono stati avviati tra giugno e luglio 2025, con pianificazione mensile nei mesi successivi. Gli incontri hanno l'obiettivo di affinare gli indicatori esistenti, identificare nuove aree di lavoro e promuovere l'adozione di buone pratiche.

La metodologia adottata si basa sull'analisi strutturata dei dati, sulla discussione collegiale dei risultati e sulla condivisione di azioni migliorative. Il confronto si svolge a livello dipartimentale ovvero di area, con il coinvolgimento diretto dei Direttori delle strutture, chiamati a declinare operativamente le decisioni nelle rispettive unità. Ogni incontro si conclude con la redazione di un verbale di audit & feedback, funzionale al monitoraggio dell'attuazione delle azioni nel tempo.

Nel corso degli incontri sono emerse alcune criticità: difficoltà nel calcolo automatizzato degli indicatori, limitata disponibilità di dati clinici standardizzati, necessità di rappresentazioni grafiche intuitive per facilitare l'interpretazione e disomogeneità nel coinvolgimento delle strutture. Tuttavia, elementi positivi hanno sostenuto la fase di avvio: l'elevato commitment della Direzione aziendale, il supporto metodologico del Core Team e l'entusiasmo manifestato dai professionisti coinvolti.

CONCLUSIONI

Il Piano per la riduzione della variabilità proseguirà nei prossimi mesi con l'estensione a tutti i Dipartimenti, l'individuazione di ulteriori indicatori e il consolidamento delle attività di audit & feedback. Particolare attenzione sarà rivolta al coinvolgimento delle Strutture trasversali, come Laboratori e Farmacia, per analizzare aree con alta variabilità interna e promuovere azioni di miglioramento orientate alla qualità, all'efficienza e all'equità dei percorsi clinici.

INNOVAZIONE DIGITALE AL SERVIZIO DELL'EQUITÀ SANITARIA

EMILIA ANNA VOZZELLA¹, GAETANO MEMOLI¹, MARIA ROSARIA TROISI², VITALIANO ZONA¹, MILENA PASQUALE¹, MATILDE PERILLO², MARIA CONCETTA CONTE¹

ASL Avellino

¹ Direzione Strategica ASL Avellino;

² UOC Qualità e Accreditamento - Rischio Clinico e Formazione

PAROLE CHIAVE

Equità sanitaria, governance, monitoraggio.

INTRODUZIONE

Il Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) nasce con il fine ultimo di garantire un accesso equo ai servizi sanitari e sociosanitari nelle Regioni individuate come target del programma (Campania, Basilicata, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia). L'intero finanziamento è da destinarsi a 4 aree di intervento. In particolare, l'area di intervento "contrastare la povertà sanitaria", di cui l'ASL Avellino è beneficiaria, si propone come fine ultimo di potenziare la medicina di prossimità favorendo la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione in situazioni di fragilità socio-economica e che non ha accesso ad un adeguato supporto sanitario e socio-sanitario.

Il PNES rappresenta una opportunità per ridurre le disuguaglianze sanitarie forte anche della presenza di un sistema di monitoraggio fisico e finanziario a cura delle Aziende beneficiarie. Al fine di dare piena attuazione alla progettualità e di identificarne la sostenibilità e l'efficacia stessa anche nel lungo termine, si è proceduto ad effettuare una SWOT analysis con adozione di un approccio basato sui principi del **Lean Management** per identificare criticità e soluzioni operative.

CONTENUTI

Alle singole Aziende Sanitarie, è richiesto – ai fini del solo monitoraggio fisico- per singolo utente che accede all'ambulatorio di prossimità, la rilevazione, attraverso compilazione di una modulistica prevista dal programma PNES riportante dati anagrafici, relativi al grado di istruzione e attestanti la condizione di vulnerabilità socio-economica. Da qui è nata la necessità in ASL Avellino di creare una piattaforma informatica, concepita come uno strumento di governance integrata e al tempo stesso un sistema per la raccolta dei dati dei destinatari delle progettualità.

La piattaforma, creata con un software open source, presenta due interfacce, l'una dedicata alla governance con possibilità di aggregare dati sanitari e socio-economici della popolazione target, permettendo una profilazione accurata e una mappatura dettagliata per interventi efficaci. L'interfaccia destinata ai componenti della équipe multidisciplinare (dirigente medico specialista, infermiere e amministrativo) prevede la possibilità di compilare la modulistica dedicata con diversi campi (la cui compilazione si è scelta di rendere obbligatoria). La piattaforma prevede anche la possibilità di generare QR code per la tracciabilità della prescrizione e scarico farmaci di classe C e classe A senza nota AIFA (rimborsabili con fondi PNES) in collegamento con un magazzino per valutare al momento le scorte di farmaco disponibile. È stato previsto un plugin ulteriore finalizzato a reclutare il paziente, se idoneo, allo screening cervice, colon retto e mammella.

È possibile generare e conservare la documentazione sanitaria garantendo, al contempo, tracciabilità e tutela della privacy attraverso la pseudonimizzazione e centralizzazione dei dati.

CONCLUSIONI :

Il PNES rappresenta un'opportunità concreta per la riduzione delle disuguaglianze sanitarie e la valorizzazione della rete territoriale. La piattaforma, creata inizialmente al solo fine di adempiere al monitoraggio fisico dell'utenza che accede agli ambulatori, permette una gestione dei dati che possono essere tradotti in interventi sanitari mirati, adattabili e misurabili nel tempo, non solo finalizzati al progetto in sé. L'analisi dei dati permetterà anche di definire nel tempo una mappatura dei bisogni di salute per singolo comune di residenza, con reclutamento e censimento dei pazienti, definendo infine un unico database informatizzato oltre alla conservazione cartacea che potrà **supportare l'analisi epidemiologica e valutativa delle buone pratiche**, contribuendo alla pianificazione sanitaria e alla valutazione dell'impatto assistenziale a sostegno anche della efficacia e trasparenza del programma.

50° Congresso Nazionale ANMDO

Torino, 7-8-9 ottobre 2025 Aula "Achille Mario Dogliotti"

COMUNICAZIONI

IL SERVIZIO NEA 116117 IN PIEMONTE: CARATTERISTICHE E RUOLO IN AZIENDA ZERO

M. BERGALLA^{1,2}, F. RICCIO¹, D. DOGLIOTTI¹, E. MISERERE^{1,2}, S. DI GIACOMO^{1,2}, A. GIRARDI¹, A. LELI¹

¹ Azienda Zero Piemonte

² Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

PAROLE CHIAVE

Continuità Assistenziale – Accessibilità – Integrazione

INTRODUZIONE

Il NEA 116117 rappresenta un punto di accesso telefonico unico per la gestione dei bisogni sanitari non urgenti. La sua implementazione in Piemonte, sotto il coordinamento di Azienda Zero, risponde all'esigenza di ridurre l'uso improprio del Servizio di Emergenza Territoriale e dei Pronto Soccorso, migliorando la presa in carico territoriale precoce e garantendo equità di accesso ai servizi. L'iniziativa si colloca in un quadro normativo nazionale definito dall'Accordo Stato-Regioni del 24.11.2016, che ha stabilito criteri e modalità per l'attivazione del NEA 116117 a valenza sociale. Questo contesto evidenzia la volontà di costruire un sistema sanitario più efficiente, integrato e orientato a fornire risposte appropriate ai bisogni della popolazione.

CONTENUTI

Il NEA 116117 ha la missione di incrementare l'efficienza e l'efficacia del percorso assistenziale, offrendo un accesso facilitato alle cure non urgenti e alleggerendo il carico dei servizi di emergenza. In Piemonte, l'organizzazione si articola in quattro Centrali Uniche Armonizzate, localizzate a Torino, Alessandria, Cuneo e Novara, con un modello operativo integrato e coordinato.

Il servizio, gratuito e attivo H24 per 7 giorni la settimana, si fonda su due tipologie di risposta: informativa, finalizzata a orientare e rispondere a bisogni di chiarimento, e operativa, dedicata alla gestione diretta di richieste sanitarie non urgenti o al trasferimento al servizio più appropriato. Tra i servizi operativi figurano i consigli medici non urgenti nelle ore di apertura della Continuità Assistenziale e la gestione del flusso verso il 118 per i casi di emergenza. Tra i servizi informativi figurano la consulenza sanitaria non urgente al di fuori degli orari della Continuità Assistenziale, il supporto nell'accesso ai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) e l'orientamento verso la Guardia Turistica.

Il sistema promuove l'integrazione sociosanitaria, garantendo continuità assistenziale e facilitando la presa in carico. Questa integrazione è resa possibile attraverso l'interazione strutturata con i servizi territoriali, consentendo di distinguere i flussi urgenti da quelli differibili e di ottimizzare la gestione delle risorse.

Dal punto di vista prospettico, lo sviluppo del 116117 in Piemonte si lega al potenziamento dei Punti Unici di Accesso (PUA), delle Centrali Operative Territoriali (COT), delle Case della Comunità (CdC) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Questi strumenti rafforzeranno la capacità del sistema di offrire risposte multidisciplinari e coordinate, consolidando la rete territoriale e la prossimità delle cure.

CONCLUSIONI

Il NEA 116117 rappresenta un tassello strategico nel processo di innovazione e razionalizzazione del sistema sanitario piemontese. L'attuazione del servizio consente di ridurre i ricorsi impropri al 118 e al Pronto Soccorso, migliorando l'efficienza complessiva e garantendo maggiore equità di accesso. L'esperienza piemontese conferma come un modello basato su centrali uniche, integrazione dei servizi e continuità assistenziale possa costituire una best practice replicabile a livello nazionale. In prospettiva il consolidamento delle sinergie con PUA, COT, CdC e AFT renderà il 116117 uno strumento sempre più strategico per la gestione sostenibile dei bisogni sanitari, contribuendo a un sistema territoriale vicino ai cittadini e capace di rispondere in modo puntuale e integrato alle diverse domande di salute.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE DIRIGENZIALE DEGLI OSPEDALI DELLA RETE SOP DI APSS TRENTO

BERTI DAMIANO¹, STEVANIN GLORIA², SOMMAVILLA MICHELE¹, ATTI SILVIA³, MATTIUZZI CAMILLA⁴, PANCHERI SERENA⁵, ANNAMARIA BONETTI⁶, ZANDONÀ EMANUELA²

¹Direzione Medica Ospedaliera, Ospedale S. Chiara di Trento, APSS di Trento

²Direzione Servizio Ospedaliero Provinciale, APSS di Trento

³Direzione Medica Ospedaliera, Ospedali di Borgo Valsugana e Cavalese, APSS di Trento

⁴Direzione Medica Ospedaliera, Ospedale di Rovereto, APSS di Trento

⁵Direzione Medica Ospedaliera, Ospedale di Cles, APSS di Trento

⁶Direzione Medica Ospedaliera, Ospedale di Tione, APSS di Trento

PAROLE CHIAVE

Fabbisogno personale, Dirigenza

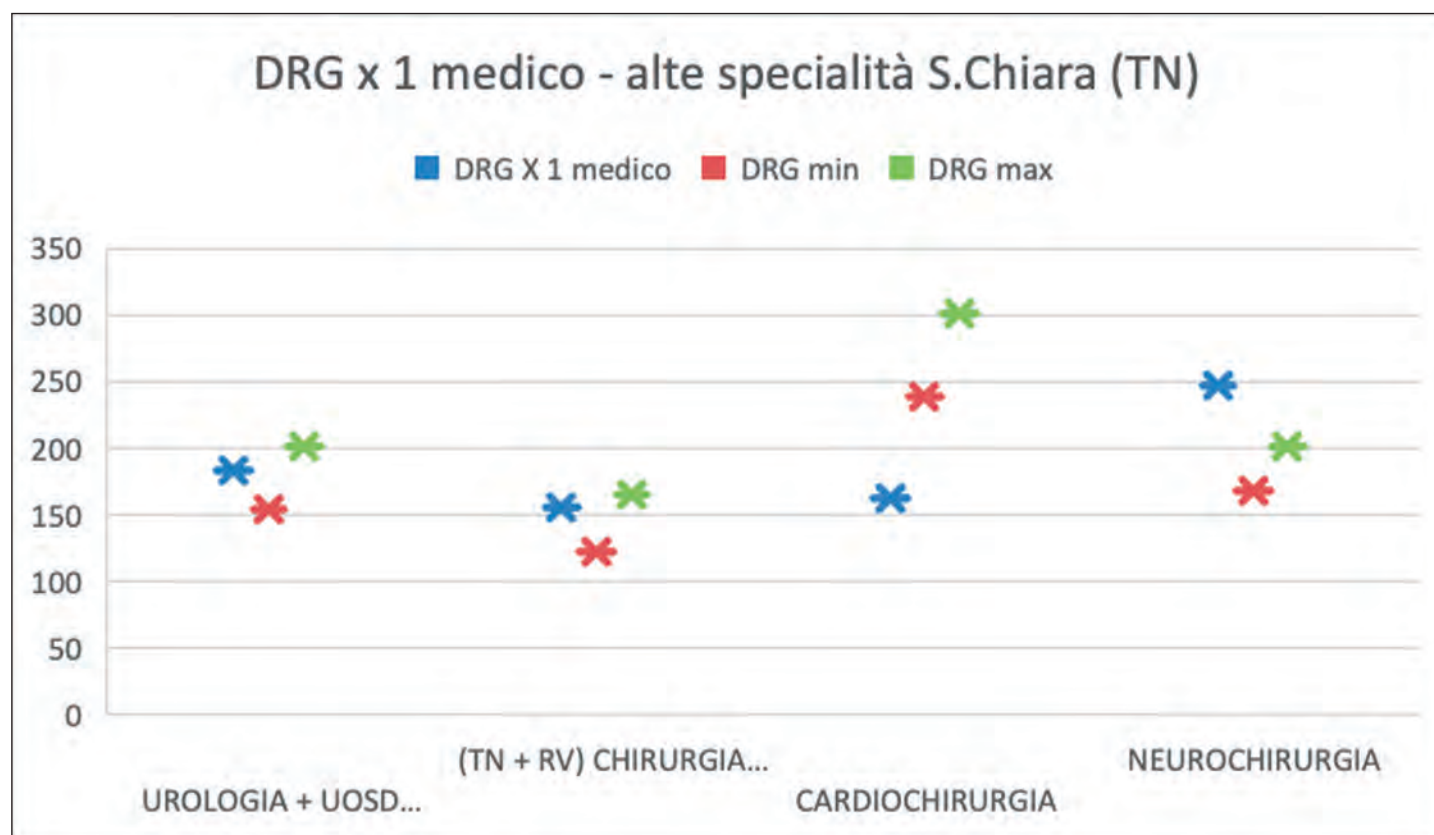
INTRODUZIONE

In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa nazionale e della P.A. di Trento, al fine di determinare il fabbisogno di personale dirigenziale degli ospedali della rete del Servizio Ospedaliero Provinciale di APSS Trento è stata utilizzata la metodologia suggerita da Age.Na.S all'interno del prot. n. 2022/5733 del 10 giugno 2022.

CONTENUTI

Il “metodo Age.Na.S” pone quale fondamentale la definizione di standard organizzativi differenziati per categoria di presidio ospedaliero (DM 70/2015) e l'individuazione di dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità di ogni presidio (“metabolismo minimo”). Vengono considerate le esigenze logistico-organizzative di ogni ospedale, e i determinanti di produzione (DRG). A ciò si affianca il principio delle “ore lavorate di riferimento” (corrispondente a 1560 ore annue per il singolo dirigente), che permette di tradurre in impegno orario del dirigente le varie attività che vengono erogate dall'U.O. Tali analisi sono state applicate ad ogni U.O. dei sette presidi ospedalieri della rete SOP, e sono state messe in relazione al numero di FTE previste dalle dotazioni organiche “storiche” e al personale effettivamente in servizio al 31 marzo 2025. Dai risultati emerge che gli FTE in servizio al 31.03.25 sono 93 FTE inferiori rispetto alla dotazione organica teorica prevista, mentre risulta un gap di 180 FTE rispetto al fabbisogno calcolato. Un aspetto di tipo organizzativo da considerare, per il suo impatto nella distribuzione degli FTE sui vari presidi, è quello delle UU.OO. Multizonali (es: Nefrologia, Urologia e Oculistica): i dirigenti vengono posti in carico al presidio sede principale della U.O.M.; i DRG prodotti in sede secondaria dove viene erogata l'attività devono essere riassegnati all'U.O. della sede di appartenenza del medico. Nel caso specifico dell'Ospedale S. Chiara (Trento), le UU.OO. di Urologia e Chirurgia Vascolare presentano il DRG per singolo medico all'interno del range stabilito da Agenas, a differenza della Cardiocirurgia che si assesta sotto il limite inferiore (inefficienza produttiva), e della Neurochirurgia che si pone oltre il limite massimo superiore (carenza di personale). L'applicazione del metodo presenta anche alcune criticità. Per l'area materno-infantile, i parametri si basano sul numero delle nascite (criterio poco applicabile ad alcuni dei Punti Nascita periferici delle realtà montane). Per le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione il fabbisogno è calcolato in relazione al n. di posti letto (1 medico:8 pl); tuttavia, nei presidi periferici non sono presenti e pertanto risulta più agevole procedere ad un calcolo basato sull'attività di sala operatoria del presidio. Anche per le discipline ad intensa vocazione ambulatoriale (es. Dermatologia) risulta difficilmente applicabile la metodologia basata sulla produttività, che per loro stessa natura non producono DRG. Infine, per l'area radiologica è necessario considerare i reali volumi di attività non quelli ideali, come la “saturazione” del tempo di funzione dell'apparecchiatura diagnostica.

STRUTTURA OSPEDALIERA O AFFERENZA AL SOP	FTE in servizio al 31.03.2025	FTE - Dotazione organica teorica	FTE fabbisogno calcolato con carichi di lavoro
Tione	25,04	35,00	37,52
Arco	44,68	53,00	58,32
Cavalese	43,68	52,00	64,92
S. Chiara - Trento	585,53	611,00	626,28
Borgo Valsugana	38,36	42,00	49,34
Rovereto	214,16	235,00	258,10
Cles	48,22	64,00	74,03
Villa Igea - Trento	8,00	8,00	9,00
Villa Rosa - Pergine	15,00	14,00	15,00
CSS - Trento	10,00	11,00	11,00
Prontoterapia - Trento	10,50	14,00	14,00
Servizio Ospedaliero Provinciale	3,68	1,00	5,00
Totale complessivo	1046,85	1140,00	1226,51



CONCLUSIONE

Risulta fondamentale considerare la mission e il contesto organizzativo proprio di ogni realtà aziendale sanitaria, al fine di poter calcolare il fabbisogno di dotazioni organiche sia dal punto di vista della produttività che dell'impegno orario effettivo di attività per una distribuzione calibrata e funzionale alle peculiarità organizzative locali.

ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA DEI PERCORSI SANITARI DELL'OSPEDALE DI CAMPOSTAGGIA

CAPITANI E¹., BINDI C.², BROGINI S.³, BRUNELLI L.⁴, CAPO S.⁵, FRATARCANGELI C.⁶, FULMINIS A.⁷, GIORGI S.⁸, NGOYI NGONGO K.¹, TADDEI L.¹, SANTORIELLO G.¹, TONELLI C.⁹, CAMPANILE LG¹⁰.

1 Direzione Medica di Presidio Ospedaliero dell'Alta val D'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

2 Responsabile Infermieristico Percorso Chirurgico e Alta Intensità, Presidio Ospedaliero dell'Alta val D'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

3 Responsabile Infermieristica Emergenza Urgenza ospedaliera, Presidio Ospedaliero dell'Alta val D'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

4 Clinical Risk Manager area senese, Azienda ASL Toscana Sud Est

5 Direttrice UOSD Medicina di laboratorio, Presidio Ospedaliero dell'Alta val D'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

6 Responsabile Infermieristico Gestione Operativa e Attività Ambulatoriale, Presidio Ospedaliero dell'Alta val D'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

7 Direttrice UOSD Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, Presidio Ospedaliero dell'Alta val D'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

8 Direttore UOC Farmaceutica Ospedaliera, Presidio Ospedaliero dell'Alta val D'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

9 UOC Direzione Infermieristica Zona Distretto e PO Alta Val d'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

10 Direttore Direzione Medica di Presidio Ospedaliero dell'Alta val D'Elsa, Azienda ASL Toscana Sud Est

ENTE DI APPARTENENZA

Il Presidio Ospedaliero dell'Alta Val D'Elsa rientra nei 13 Stabilimenti Ospedalieri presenti all'interno dell'ASL Toscana Sud Est. Dispone di 166 posti letto e serve una popolazione di circa 62.000 abitanti, che diventa circa 112.000 grazie a un accordo di confine con la vicina azienda sanitaria fiorentina. Effettua circa 6.400 ricoveri all'anno, di cui il 40% chirurgici, e il suo pronto soccorso accoglie circa 28.000 pazienti all'anno.

PAROLE CHIAVE

Accreditamento, Qualità, Percorsi

INTRODUZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Toscana Sud Est ha avviato il programma di Accreditamento di Eccellenza presso l'Ospedale di Campostaggia, con il programma di accreditamento internazionale Qmentum di Accreditation Canada, finalizzato all'implementazione delle migliori pratiche organizzative e tecniche sui percorsi ospedalieri. I requisiti includono standard di eccellenza e pratiche di sicurezza obbligatorie per ridurre i potenziali danni. Ogni standard è seguito da una serie di criteri dettagliati che indicano le attività necessarie per ottenere la conformità allo standard a cui si riferiscono e a ciascun criterio è assegnato un livello: Oro-processi fondamentali essenziali per il miglioramento della qualità e della sicurezza; Platino-consolida gli elementi essenziali di qualità e sicurezza e sottolinea la centralità del paziente nei processi di cura, attraverso la standardizzazione dei processi e il coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver nei processi decisionali; Diamante-si concentra sul raggiungimento della qualità attraverso il monitoraggio dei risultati, l'utilizzo di prove e migliori pratiche per migliorare continuamente i servizi forniti e il benchmarking con organizzazioni simili. L'obiettivo di questo percorso era: dimostrare l'impegno dell'Ospedale di Campostaggia nei confronti della qualità e della sicurezza dei servizi sanitari; promuovere e rafforzare la cultura della qualità e della sicurezza in modo equilibrato e uniforme, coinvolgendo tutti i reparti e tutti i livelli professionali; ottenere un feedback sul lavoro svolto negli ultimi due anni per ottenere l'accREDITAMENTO di eccellenza; identificare le opportunità di miglioramento nella continuità assistenziale ospedale-territorio.

CONTENUTI

I dipendenti sono stati suddivisi in 15 team: Leadership; Prevenzione e controllo delle infezioni; Ricondizionamento e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili; Gestione dei farmaci; Servizi ospedalieri; Pronto soccorso; Servizi delle aree critiche; Servizi perioperatori e procedure invasive; Cure oncologiche; Servizi Materno-Infantili; Servizi ambulatoriali; Servizi di diagnostica per immagini; Servizi di laboratorio biomedico; Servizi trasfusionali; Servizi di eccellenza. Nel corso del processo sono stati organizzati diversi incontri di formazione sugli standard messi a disposizione dall'organismo di accreditamento. È stata inoltre condotta un'indagine dell'Agenzia per la salute e la ricerca sulla qualità (AHRQ) sulla cultura della sicurezza dei pazienti negli ospedali. L'Ospedale di Campostaggia ha ottenuto l'accREDITAMENTO di livello Platino e non solo ha soddisfatto, ma ha anche superato la soglia minima di risposte (125/84) da parte del personale al questionario AHRQ sulla sicurezza dei pazienti. Per quanto riguarda la conformità agli standard di Qmentum International, il 50,5% era conforme al livello Gold, il 41,8% al livello Platinum e il 6,8% al livello Diamond, mentre solo lo 0,9% era non conforme. Tutti gli standard registrati sono riportati in dettaglio nella Tabella 1.

Set of Standards	High Priority Criteria			Other Criteria			All Criteria		
	Conform	Not Conforming	N.A.	Conform	Not Conforming	N.A.	Conform	Not Conforming	N.A.
	Count (%)	Count (%)	#	Count (%)	Count (%)	#	Count (%)	Count (%)	#
Applicable processes within the system									
Services of excellence	30 (90,9%)	3 (9,1%)	0	39 (90,7%)	4 (9,3%)	0	69 (90,8%)	7 (9,2%)	0
Rehabilitation services	12 (100%)	0 (0%)	0	38 (100%)	0 (0%)	0	50 (100%)	0 (0%)	0
Perioperative services and invasive procedures	80 (98,8%)	1 (1,2%)	0	68 (100%)	0 (0%)	0	148 (99,3%)	1 (0,7%)	0
Standards for Medicines Management	79 (100%)	0 (0%)	0	63 (98,4%)	1 (1,6%)	0	142 (99,3%)	1 (0,7%)	0
Infection prevention and control standards	40 (100%)	0 (0%)	0	30 (96,8%)	1 (3,2%)	0	70 (98,6%)	1 (1,4%)	0
Direct care delivery									
Case Management	13 (100%)	0 (0%)	0	37 (100%)	0 (0%)	1	50 (100%)	0 (0%)	1
Oncological Care	45 (100%)	0 (0%)	3	70 (100%)	0 (0%)	1	115 (100%)	0 (0%)	4
Emergency Department	38 (100%)	0 (0%)	0	64 (100%)	0 (0%)	1	102 (100%)	0 (0%)	1
Leadership	51 (98,1%)	1 (1,9%)	0	92 (95,8%)	4 (4,2%)	0	143 (96,6%)	5 (3,4%)	0
Reprocessing and sterilisation of reusable medical devices	87 (100%)	0 (0%)	2	39 (100%)	0 (0%)	0	126 (100%)	0 (0%)	2
Ambulatory services	13 (100%)	0 (0%)	0	36 (100%)	0 (0%)	0	49 (100%)	0 (0%)	0
Critical care services	27 (100%)	0 (0%)	0	63 (100%)	0 (0%)	0	90 (100%)	0 (0%)	0
Diagnostic imaging services	67 (100%)	0 (0%)	1	68 (98,6%)	1 (1,4%)	0	135 (99,3%)	1 (0,7%)	1
Biomedical laboratory services	71 (100%)	0 (0%)	0	105 (99,1%)	1 (0,9%)	0	176 (99,4%)	1 (0,6%)	0
Midwifery services	38 (100%)	0 (0%)	0	45 (100%)	0 (0%)	0	83 (100%)	0 (0%)	0
Hospital services	26 (100%)	0 (0%)	0	43 (100%)	0 (0%)	0	69 (100%)	0 (0%)	0
Blood transfusion services	75 (100%)	0 (0%)	1	67 (100%)	0 (0%)	2	142 (100%)	0 (0%)	3

CONCLUSIONE

Il miglioramento della qualità è un percorso continuo. L'Ospedale di Campostaggia è riuscito, attraverso i suoi sforzi per consolidare gli elementi di qualità e sicurezza, a mettere il paziente al centro dell'assistenza e della cura. Inoltre, il processo di accreditamento è servito da spunto di riflessione per identificare possibili azioni da promuovere per migliorare la cultura della sicurezza.

PROPOSTA DI UN MODELLO DI REMUNERAZIONE “A PERCORSO” PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DEMENZA: L’ESPERIENZA DEL CDCD DI VIGEVANO E LOMELLINA

CARBONE M.², ALLEGRI N.¹, COSTA A.¹, ODONE A.², BOSONE D.¹

1 IRCCS Fondazione C. Mondino
2 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Pavia

PAROLE CHIAVE
Presaincarico. Demenza. Remunerazione-

INTRODUZIONE
I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) sono strutture riconosciute all’interno della rete sanitaria e sociosanitaria regionale, con l’obiettivo di integrare servizi, ambulatori e diverse professionalità. Il modello CDCD dovrebbe orientarsi al PDTA-R “Gestione della persona con disturbi cognitivi e demenze” approvato da Regione Lombardia con Deliberazione XII/1553 del 2023. L’attuale modello di finanziamento basato sul rimborso “a prestazione” presenta limiti in termini di frammentazione dei servizi e non consente la piena realizzazione del PDTA-R, escludendo interventi educazionali, di supporto ai caregivers e di case-management. L’obiettivo di questo lavoro è proporre un modello innovativo di remunerazione basato sulla “presa in carico” piuttosto che sulla logica “prestazionale” che permetta la presa in carico a “tutto tondo” dei pazienti con demenza e dei loro care-givers.

METODI
Il CDCD di Vigevano costituisce un ambito ideale per la sperimentazione, essendo un Centro autonomo e dotato di un proprio budget dedicato. Si presta quindi allo sviluppo di un “processo di presa in carico” articolato in tutte le fasi previste dal PDTA-R. L’analisi comprende i dati raccolti da marzo a dicembre 2024 (763 utenti per un totale di 1834 visite, rispetto ad una media regionale di 890). Il modello di remunerazione proposto introduce un rimborso “a percorso” la cui valorizzazione parte dal costo standard orario del personale sanitario impiegato nelle diverse fasi del PDTA-R, valutando un minutaggio medio per ogni “fase” determinato dall’esperienza sul campo. La nuova tariffa emersa dal calcolo del costo/persona x ore lavorate, è stato incrementato del 20% per i costi fissi generali, organizzativi e di Case Management; e del 10% per la valutazione degli indicatori di soddisfazione e di outcome (PREMs e PROMs).

Tabella 1						
Prestazione	Figura professionale coinvolta	Remunerazione nomenclatore	Remunerazione proposta	Numero di prestazioni previste	Totale as is	Totale to be
Prima visita neurologica	Neurologo	22.50	54,1	400	9.000	21.640
TEST ADL e IADL						
Valutazione neuropsicologica	Psicologo	130.20	165	600	78.120	99.000
TEST di valutazione comportamentale generale, Scala depressione, stadiazione						
visita neurologica di controllo	Medico	19.50	19.50	250	4.875	4.875
Esame afasia	Psicologo	27.45	27.45	10	274,5	274,5
Approfondimento visuo-spaziale	Psicologo	46.40	46.40	10	464.00	464.00
Approfondimento esecutivo	Psicologo	34.80	34.80	10	348.00	348.00
TAC	Neuroradiologo	99.23	99.23	10	992.30	992.30
RMN	Neuroradiologo	236.29	236.29	50	11.814.50	11.814.50
Gestione operativa	Case manager	0				
Totale					104.896	125.790

Tabella 2			
	Presa in carico standard 3A	Presa in carico ad alta complessità 3B	Presa in carico pazienti CDR>2 3C
RIMBORSO A “PRESTAZIONE”	€ 427,30	€ 817,30	€ 473,30
RIMBORSO A “PRESA IN CARICO” (costo personale per PDTA-R)	€ 712,80	€ 1037	€ 550,70
Ipotesi Proposta Proposta Tariffa “Presa In Carico” inclusiva di costi generali + 20% (fissi, materiale e organizzativi) + 10% correlato a indicatori di processo, PREMS e PROMS	€ 926,64	€ 1282,37	€ 715,91

La nuova proposta si concentra sulle Macrofasi 2 e 3 individuate dal PDTA-R.

- **Macrofase 2 (Diagnosi):** tariffa unica di primo accesso, differenziata in base alla gravità ($CDR \leq 2$ o > 2).
- **Macrofase 3 (Presa in carico):** remunerazione “a percorso” basata sul costo tempo-uomo dei professionisti coinvolti e costi generali aggiuntivi. È stata suddivisa in tre sottofasi al fine di individualizzare al meglio il percorso secondo le necessità cliniche dei pazienti: standard (3A), ad alta complessità (3B), e per pazienti con $CDR > 2$ (3C).

RISULTATI

Macrofase 2 - Diagnosi

Il tipo di remunerazione prevista per questa fase ci ha permesso di elaborare una tariffa unica di primo accesso di 486,49€ a paziente (200,23 se $CDR > 2$) includendo prestazioni oggi non remunerate dal nomenclatore, evidenziate in tabella 1.

Macrofase 3 – Presa in carico

La tabella 2 mostra le remunerazioni calcolate con il nuovo modello per le 3 modalità di “presa in carico” (3A, 3B e 3C) confrontate con il precedente modello a “prestazione”.

CONCLUSIONI

Il nuovo modello di remunerazione “a percorso” delle demenze applicato al **CDCD di Vigevano – Lomellina** ha dimostrato la maggior validità del sistema rispetto al rimborso “a prestazione” per l’attuazione di tutte le attività previste dalla fasi del PDTA-R di Regione Lombardia. Esso garantisce continuità assistenziale, personalizzazione delle cure ed integrazione multidisciplinare, con potenziale applicazione non solo ai CDCD lombardi ma più in generale per la presa in carico di diverse tipologie di cronicità nei Centri di Riferimento.

LA SICUREZZA DELLE CURE NELLE STRUTTURE SANITARIE AMBULATORIALI E NEI LABORATORI ANALISI TERRITORIALI DELLA REGIONE LAZIO. OPPORTUNITÀ E SFIDE ALLA LUCE DELLA NORMATIVA IN TEMA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

CAVARRETTA E., SABATELLI G.

Sapienza Università di Roma; Università Campus Bio-Medico di Roma

PAROLE CHIAVE

Risk Management; DL Concorrenza; strutture sanitarie territoriali.

INTRODUZIONE

La sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico sono elementi fondamentali per garantire prestazioni sanitarie di qualità e per tutelare la salute dei pazienti. Nella Regione Lazio, il DCA n. 469/2017 stabilisce i requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie territoriali con l'obiettivo di garantire elevati standard di sicurezza. Recentemente, il DL Concorrenza ha introdotto nuove disposizioni che impongono un adeguamento ai criteri normativi e rafforzano il ruolo della gestione del rischio clinico. Alla luce delle novità previste, è emersa la necessità di analizzare il quadro normativo al fine di proporre un documento di indirizzo per ottimizzare e uniformare le strategie di gestione del rischio nelle strutture territoriali.

CONTENUTI

Il progetto ha previsto una revisione sistematica della normativa nazionale e regionale con particolare riferimento ai processi di autorizzazione, accreditamento e gestione del rischio clinico. Tutti i documenti sono stati analizzati al fine di individuare indicatori di qualità e sicurezza utili a valutare l'efficacia delle misure attualmente adottate dalle strutture sanitarie e a definire un modello operativo per migliorare la gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie ambulatoriali e nei laboratori analisi territoriali della regione Lazio. L'analisi condotta ha evidenziato come un documento di indirizzo potrebbe contribuire alla riduzione degli eventi avversi, al miglioramento della qualità assistenziale e all'uniformità dell'offerta sanitaria. Per tali motivi, e per supportare le strutture territoriali nell'adeguamento ai nuovi requisiti previsti dal DL Concorrenza, è stato elaborato il PARSAL (Piano Annuale Rischio Sanitario per Ambulatori e Laboratori), un modello semplificato e adattato alle realtà territoriali, finalizzato a:

- migliorare la gestione del rischio clinico con strumenti operativi pratici;
- standardizzare la trasmissione dei dati a livello regionale e agevolare i processi di monitoraggio;
- facilitare la formazione del personale sanitario e la comunicazione con i pazienti.

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO			
A. STRUMENTI			
Procedure standardizzate	Formazione e aggiornamento	Comunicazione ai pazienti	
EVIDENZE	EVIDENZE	EVIDENZE	
PARSAL	registro di partecipazione ai corsi	report customer satisfaction	
procedure di interesse			
schede di segnalazione e partecipazione al flusso SIREs	certificazioni ECM	schede e opuscoli informativi	
checklist per il monitoraggio dell'implementazione delle procedure adottate	report verifica competenze	Numero o mail di riferimento per le segnalazioni	
report periodici			
B. APPLICAZIONE		C. MONITORAGGIO	D. MIGLIORAMENTO
Sistema di incident reporting	Programmi di VEQ (solo lab. Analisi)	Sistema di indicatori di qualità e sicurezza	Piano di miglioramento e verifiche ispettive
EVIDENZE	EVIDENZE	EVIDENZE	EVIDENZE
registro schede di segnalazione	report VEQ	tabella degli indicatori specifici	Piano interno di miglioramento della qualità
verbali degli audit interni	check list di sicurezza		Audit di verifica delle azioni correttive intraprese
report azioni di miglioramento	report conformità analitiche		

CONCLUSIONI

L'utilizzo di uno strumento condiviso come il PARSAL servirà a garantire una standardizzazione dei processi senza eccessivi oneri gestionali, a migliorare l'efficienza e la trasparenza delle strutture territoriali, ad aumentare la fiducia nel sistema sanitario territoriale e a ridurre il contenzioso medico-legale. Per far sì che tali presupposti si concretizzino, sarà fondamentale adottare un piano di transizione graduale per evitare eccessivi carichi burocratici e garantire l'effettiva applicabilità dello strumento.

LA PROVINCIA DI CALTANISSETTA: TREND IN AUMENTO NEGLI ULTIMI ANNI PER LA PRODUZIONE DI SANGUE IN SICILIA. SUPERATE LE MEDIE NAZIONALI

CIRRONE CIPOLLA A.1, MARLETTA N..2, FICARRA L.S.3

1 Direttore UOC Distretto Ospedaliero Area Sud ASP di Caltanissetta.

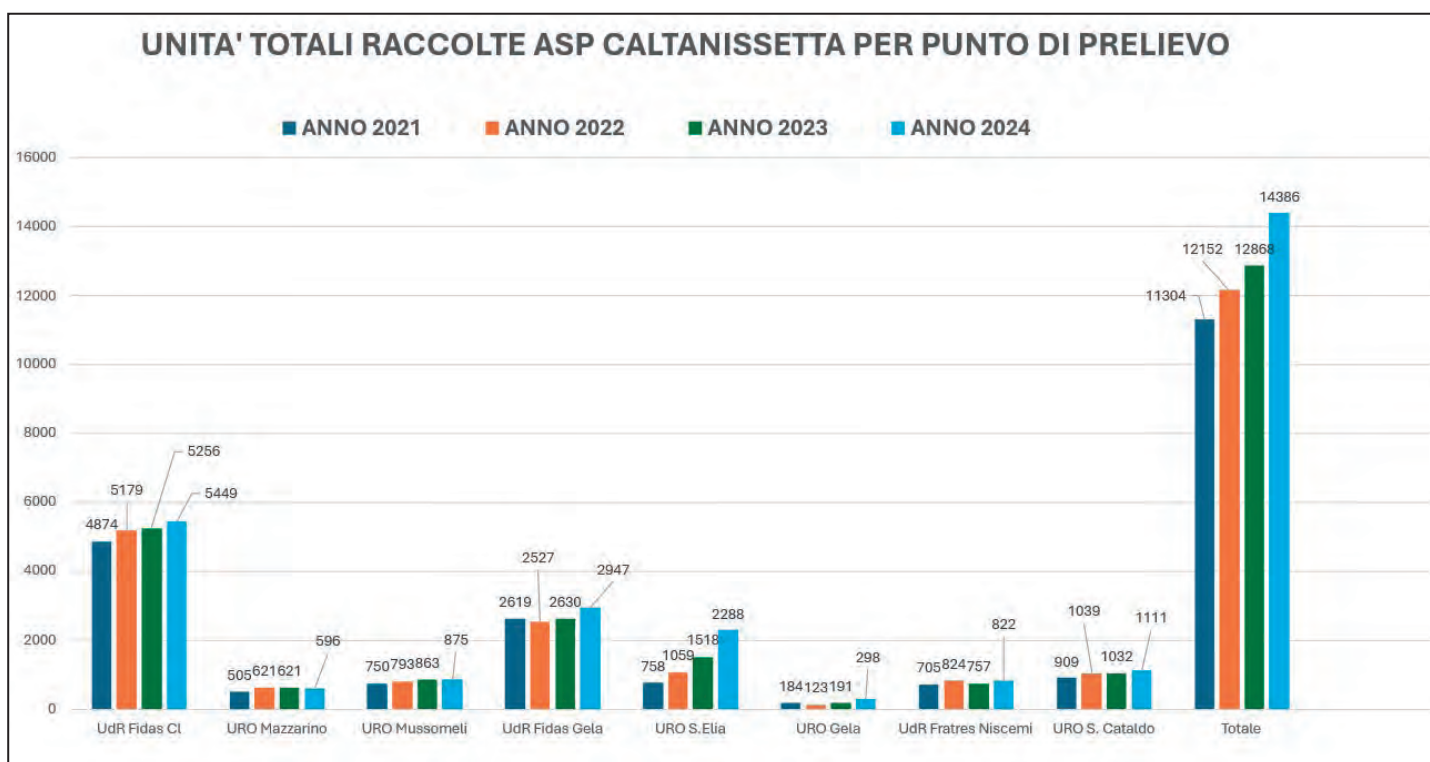
2 Direttore UOC SIMT 3. Direttore Generale ASP di Caltanissetta,

PAROLE CHIAVE

Autosufficienza, donazione volontaria, programmazione trasfusionale.

INTRODUZIONE

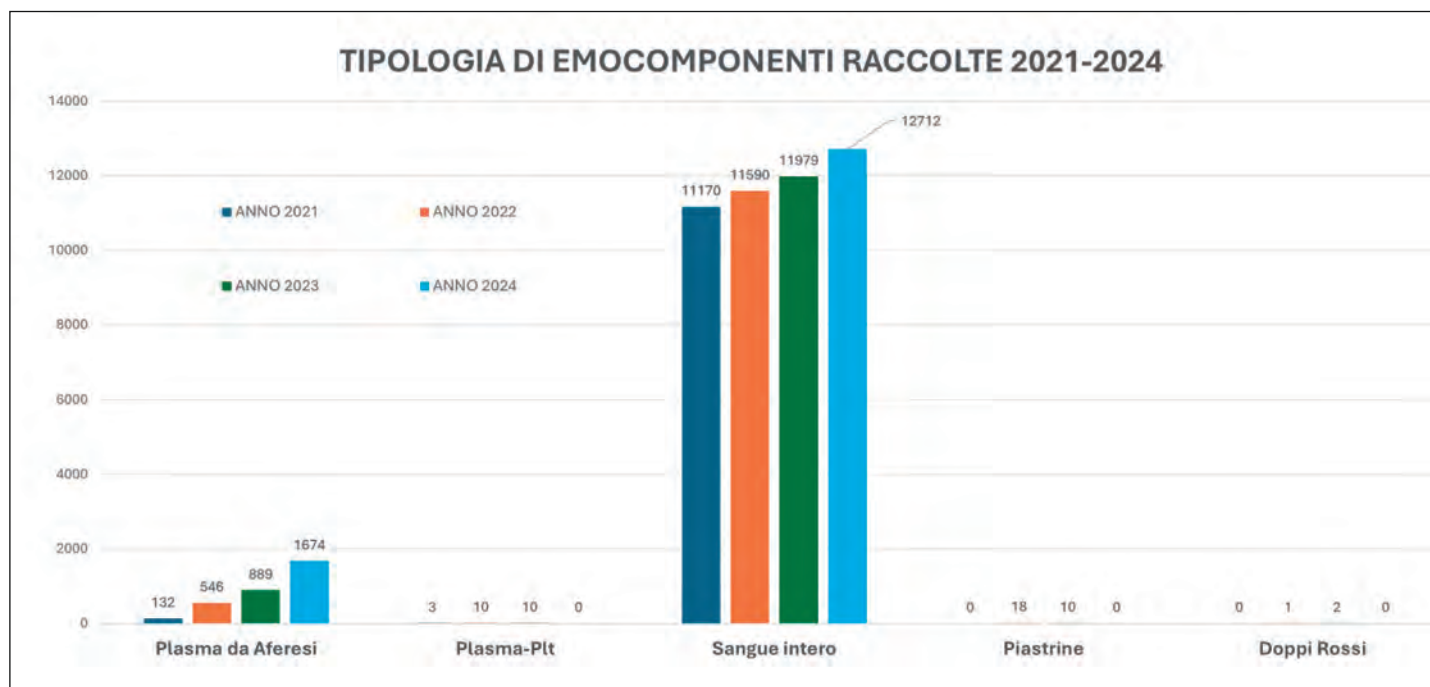
Negli ultimi anni la Provincia di Caltanissetta ha registrato un incremento significativo della raccolta di sangue ed emocomponenti, distinguendosi non solo a livello regionale ma anche nazionale. In particolare, nel triennio 2022–2024 i dati di produzione hanno mostrato un trend in crescita, con indici di raccolta di emazie e plasma superiori alle medie nazionali e agli obiettivi fissati dal Centro Nazionale Sangue (CNS). Questo risultato rappresenta un traguardo importante per il sistema trasfusionale di caltanissetta, storicamente caratterizzato da una difficoltà a raggiungere la piena autosufficienza.



CONTENUTI

L'analisi si basa sui dati ufficiali forniti dai Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) dell'ASP di Caltanissetta, integrati con le informazioni raccolte dalle Associazioni di volontariato (AVIS, FIDAS, FRATRES e ABZero) e confrontati con i benchmark nazionali forniti dal Centro Nazionale Sangue.

- Dati locali (2024): raccolte 12.712 unità di sangue intero e 1.674 unità di plasma in aferesi, equivalenti a un indice di produzione di 50.96 unità di emazie/1000 abitanti e 19,51.
- Dati nazionali: la media italiana di raccolta sangue è 43,5 unità/1000 abitanti.
- Organizzazione: la programmazione annuale delle raccolte è stata realizzata in sinergia con le Associazioni, con particolare attenzione ai mesi estivi. Tale modello organizzativo ha assicurato l'autosufficienza per i cinque presidi ospedalieri provinciali e, al contempo, ha consentito la compensazione verso le città metropolitane siciliane in difficoltà, (Catania, Palermo e Messina) con la cessione, nell'anno 2024, di 941 di unità di emazie concentrate.
- Serie storica regionale: la Sicilia ha registrato un progressivo incremento delle donazioni, passando da 198.894 unità di emazie (2022) a 203.186 (2023) fino a 208.957 unità nel 2024.



CONCLUSIONI

Il modello organizzativo adottato dall'ASP di Caltanissetta, risultato della sinergia tra le Direzioni Mediche di Presidio, il SIMT, fondato su una stretta collaborazione con le Associazioni di donatori e su una programmazione preventiva, si è dimostrato efficace nel conseguire risultati superiori alla media nazionale.

I dati dimostrano come la provincia nissena contribuisca in maniera determinante al rafforzamento della rete trasfusionale siciliana e alla progressiva riduzione del divario rispetto all'autosufficienza regionale.

Questo risultato testimonia non solo l'impegno istituzionale e professionale, ma anche la forte cultura della donazione volontaria, periodica e responsabile, che rappresenta un pilastro di salute pubblica e solidarietà.

BIBLIOGRAFIA

1. Centro Nazionale Sangue. Relazione annuale 2023-2024. Ministero della Salute.
2. Assessorato alla Salute Regione Siciliana. Report donazioni sangue ed emocomponenti 2022-2024.
3. ASP Caltanissetta - SIMT. Dati attività trasfusionale provinciale, anni 2022-2024.
4. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Global Status Report on Blood Safety and Availability, 2023.

IL PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA UOC SERVIZIO CARDIOLOGIA DI FAENZA (AUSL ROMAGNA 2023-2025)

FERRARI E.¹; TEBALDI M.²; MORISI F.²; FRANZONI A.¹; CILLA D.³; TELLARINI D.¹

¹ Presidio Ospedaliero di Faenza, AUSL Romagna - UOC Direzione Medica P.O. Faenza

² Presidio Ospedaliero di Faenza, AUSL Romagna - UOC Servizio Cardiologia di Faenza

³ Distretto Sanitario di Faenza, AUSL Romagna - Direzione Distretto di Faenza

PAROLE CHIAVE

Scompenso cardiaco, rete aziendale, telemedicina.

INTRODUZIONE

La riorganizzazione della UOC di Cardiologia dell'Ospedale di Faenza, avviata nel 2023, si inserisce nel contesto dell'evoluzione dei bisogni assistenziali di una popolazione caratterizzata da un progressivo invecchiamento e da un'elevata prevalenza di patologie croniche. In particolare, le malattie cardiovascolari rappresentano un'importante causa di morbosità e mortalità e richiedono modelli di gestione integrati, capaci di assicurare la continuità della presa in carico tra ospedale e territorio.

CONTENUTI

Il nuovo assetto organizzativo della UOC Servizio Cardiologia di Faenza risponde al progressivo ripensamento della rete ospedaliera Aziendale della AUSL Romagna secondo una logica di intensità di cura e ha previsto, nel 2023, il superamento della presenza della UTIC presso l'Ospedale di Faenza.

Ad oggi, per la gestione delle emergenze-urgenze, è attivo un servizio di guardia cardiologica dalle 8 alle 20 con reperibilità notturna e telerefertazione ECG, che prevede la centralizzazione presso l'Ospedale Polispécialistico di riferimento dei pazienti con quadri più severi ed instabili.

Inoltre, per favorire una presa in carico strutturata delle cronicità, in particolare dello scompenso cardiaco, sono stati istituiti percorsi ambulatoriali dedicati, accessibili dopo la dimissione ospedaliera, su invio del cardiologo o previa teleconsulto con il medico di medicina generale. Particolare attenzione è stata dedicata allo sviluppo del progetto Cardio VIS (Velocità Integrazione Semplificazione) che permette il confronto tra lo specialista e il MMG attraverso lo strumento del teleconsulto (7 giorni su 7 dalle 8 alle 20) e che ottimizza l'appropriatezza degli invii e riduce gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

Infine, sono stati attivati percorsi dedicati per pazienti a basso rischio giunti al PS e sono state potenziate le attività nelle Case della Comunità, con presenza a rotazione dello specialista cardiologo, per garantire una assistenza di prossimità anche ai pazienti più fragili.

CONCLUSIONI

I dati preliminari documentano una riduzione di quasi il 20% dei ricoveri per scompenso cardiaco tra il 2023 e il 2024, trend confermato nel 2025, a testimonianza dell'efficacia del nuovo modello. La riorganizzazione ha permesso di migliorare l'appropriatezza clinica, favorire la gestione territoriale e ottimizzare l'uso delle risorse. In prospettiva, le sfide principali saranno il consolidamento dei risultati e il potenziamento della collaborazione tra professionisti di Presidi Ospedalieri diversi in una logica di Rete Aziendale.

LA MEDICINA DEI VIAGGIATORI QUALE STRUMENTO DI PREVENZIONE DELLE MALATTIE DA IMPORTAZIONE

GALIS V., VISENTIN G., CASTAGNO P., TORCHIO P.

PAROLE CHIAVE

Vaccinazioni, counselling, prevenzione.

INTRODUZIONE

In uno scenario geopolitico in cui i viaggi extra continentali sono sempre più frequenti (lavoro, studio, volontariato, turismo, visita a parenti, etc.) il contrasto e la prevenzione delle malattie da importazione diviene sempre più importante. Lo strumento attraverso cui attuare le strategie necessarie (counselling e vaccinazioni) è l'ambulatorio di Medicina dei Viaggiatori. Obiettivo dello studio è valutare l'efficacia dell'ambulatorio viaggiatori dell'ASL TO5 nella prevenzione di tali patologie.

CONTENUTI

Sono stati analizzati i dati di attività relativi al 2023, 2024 e 2025 (parziali) esaminando il numero di consulenze, vaccinazioni e casi notificati relativamente alle principali patologie da importazione prevenibili tramite vaccinazione/profilassi (tifo, malaria, colera, febbre gialla ed encefalite giapponese; fonte: SIRVA, PREMAL, database interni). Sono state escluse l'epatite A (patologia endemica e vaccinazione proposta per determinate categorie a rischio), la rabbia (vaccinazione sia pre che post esposizione) e la dengue (vaccino autorizzato dal febbraio 2023 solo in determinate condizioni di viaggio). Dall'analisi dei dati (TAB 1) risulta un netto aumento dell'attività dal 2023 al 2024, ora confermato. Il vaccino maggiormente somministrato risulta essere quello antitifico (proposto per qualsiasi viaggio extra continentale).

Non risulta alcuna notifica relativa alle patologie prese in esame ad esclusione di 4 casi di malaria nel 2023 e 3 casi nel 2024.

Dei 4 casi notificati nel 2023 solamente uno era transitato presso l'ambulatorio di medicina dei viaggiatori ed al rientro ha dichiarato di aver effettuato la profilassi. Per i restanti 3 casi non risultano registrati passaggi presso l'ambulatorio.

Per quanto riguarda i 3 casi verificatisi nel 2024 al contrario tutti avevano effettuato la consulenza viaggi ma rifiutato la fornitura di profilassi, preferendo attenersi esclusivamente alla profilassi comportamentale. A riguardo è importante sottolineare come talvolta il soggetto viaggiatore giunga in ambulatorio con informazioni forvianti (interpretando l'assenza di vaccinazioni obbligatorie come una assenza di vaccinazioni utili, con una conseguente scarsa compliance).

Nel 2025 al momento non risultano casi notificati.

CONCLUSIONI

I dati riportati dimostrano l'importanza del counselling pre-viaggio nella prevenzione delle patologie non endemiche, sia attraverso la vaccinazione, sia attraverso la corretta applicazione delle misure di profilassi comportamentale. Attualmente, queste prestazioni non vengono riconosciute nei LEA (pur essendo erogate dal SSN ad un prezzo calmierato pari al solo costo del vaccino) e ciò comporta una più difficile allocazione delle risorse (soprattutto umane in un contesto di carenza di personale) che non permette sempre di garantire il soddisfacimento del bisogno. Di contro la percentuale di viaggiatori che si rivolge agli ambulatori è minima rispetto ai numeri di viaggi effettuati.

Per il futuro sarebbe auspicabile un maggior riconoscimento, a livello territoriale e ospedaliero, della prevenzione di malattie infettive di importazione (che possono compromettere gravemente la salute dell'individuo, necessitando sovente di ospedalizzazione, nonché far scaturire l'applicazione di misure di sorveglianza e prevenzione quali contact tracing e disinfezione) e una informazione capillare in stretta collaborazione con le agenzie di viaggio nell'indirizzamento dei viaggiatori verso gli ambulatori competenti.

Tabella 1	Anno	Numero		Paese visitato
		Vaccini/profilassi/prestazioni	Casi notificati al rientro	
Consulenze	2023	762		
	2024	1202		
	2025*	941		
	Proiezione 2025**	1186		
Febbre tifoide	2023	713	0	
	2024	1123	0	
	2025*	880	0	
Malaria	2023	226	4	Nigeria (2), Kenya, Camerun
	2024	315	3	Mozambico, Ciad, Costa D'avorio
	2025*	329	0	
Febbre gialla	2023	220	0	
	2024	308	0	
	2025*	265	0	
Colera	2023	73	0	
	2024	172	0	
	2025*	81	0	
Encefalite giapponese	2023	22	0	
	2024	74	0	
	2025*	44	0	
*al 31/08/2025				
** + 26% in base al trend 2023 - 2024				

TITOLO: SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE ICA: ANALISI 2024 E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

GREGORIO BARBARA; RUSCONI STEFANO; LEMBO VALENTINO

ASST Ovest Milanese

PAROLE CHIAVE

Sorveglianza, ICA, Risk management

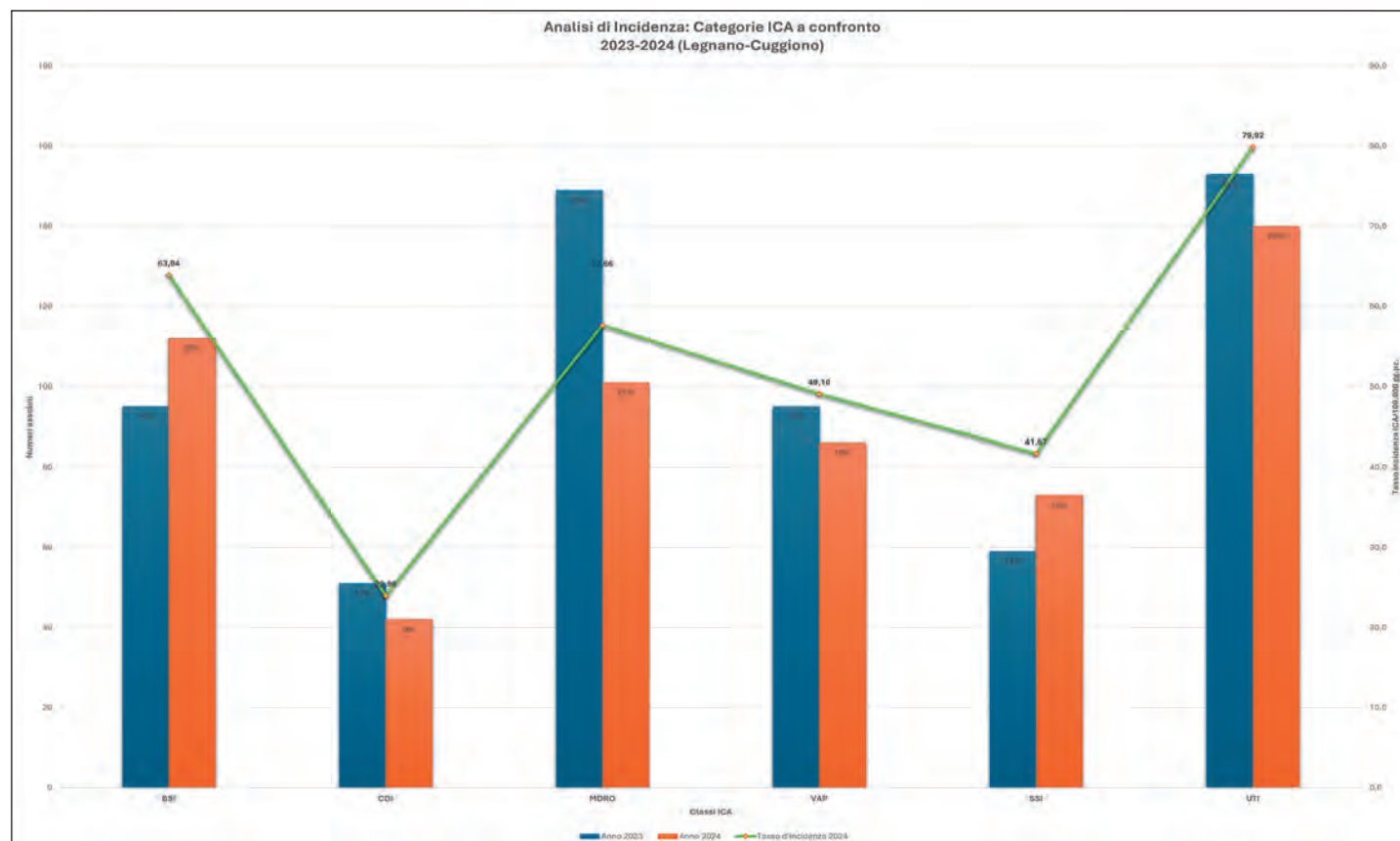
INTRODUZIONE

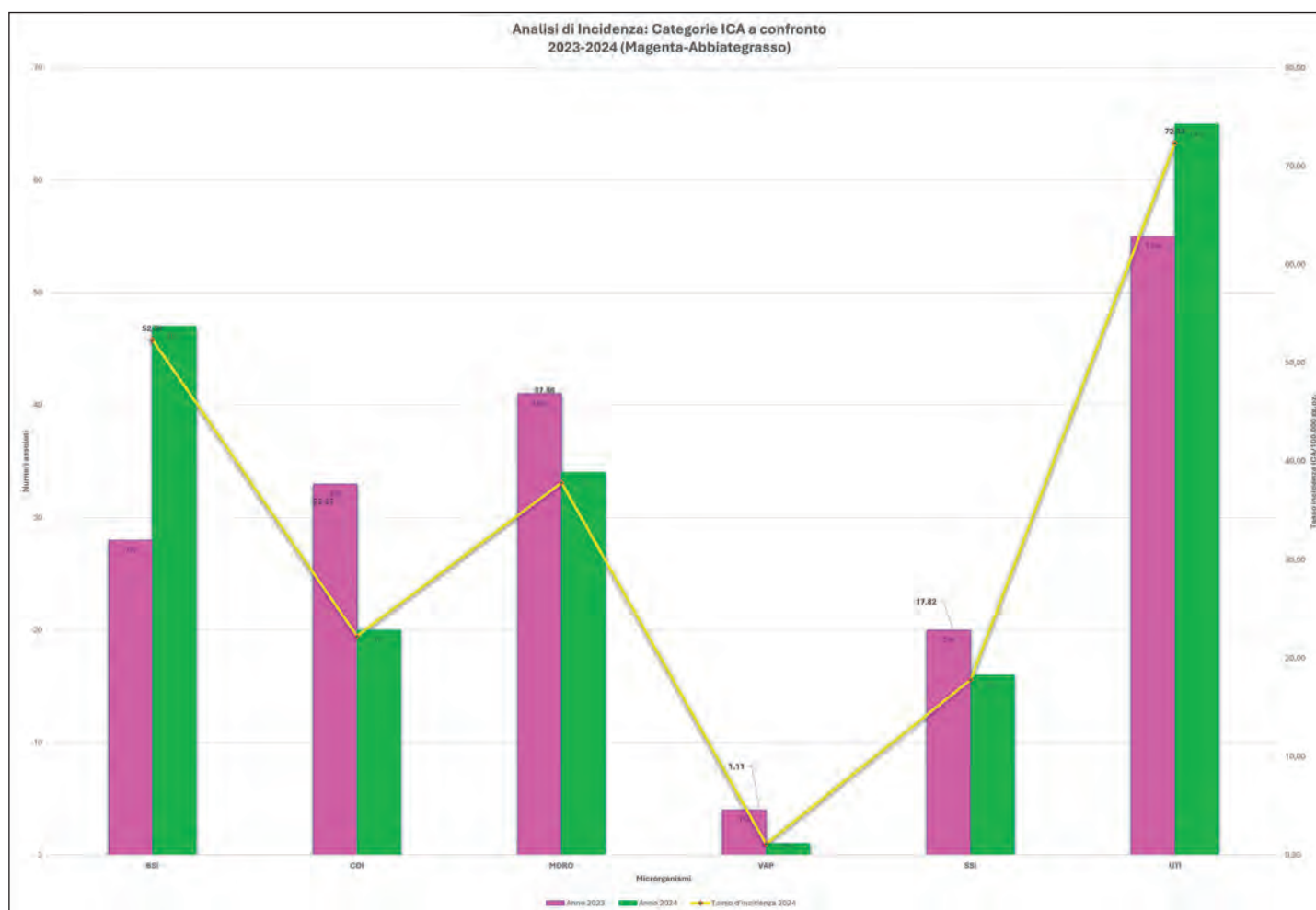
Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano una delle complicanze più rilevanti dell'attività sanitaria, con impatto diretto su qualità delle cure, sicurezza dei pazienti e sostenibilità del sistema. La sorveglianza epidemiologica costituisce uno strumento imprescindibile per la prevenzione, consentendo di identificare precocemente microrganismi sentinella e di monitorare l'andamento delle resistenze. L'esperienza dell'ASST Ovest Milanese nel 2024 offre un quadro aggiornato sull'epidemiologia locale, che si discosta in *peius*, in pochi casi selezionati, dai valori monitorati dall'ECDC.

CONTENUTI

Il programma di sorveglianza ha incluso i due Poli Ospedalieri di Legnano e Magenta. In modo particolare, l'analisi delle ICA che si sono sviluppate nel 2024 si focalizza sulle categorie più rilevanti a livello epidemiologico, quale il monitoraggio degli MDRO, appartenenti alla classificazione ESKAPE. In generale l'analisi epidemiologica del 2024 evidenzia:

- una distribuzione equa tra infezioni comunitarie e ICA, con colonizzazioni intercettate da programmi di *screening* aziendale su CPE, VRE, MRSA e *Acinetobacter baumannii*;
- l'evoluzione della resistenza NDM con un incremento di sviluppo di ICA da 1 caso a 15 casi nel passaggio dal 2023 al 2024;
- la persistenza di batteriemie da *Staphylococcus aureus* e di infezioni delle vie urinarie catetere-correlate (CAUTI), che costituiscono oltre l'80% delle UTI e precisamente l'86%;
- una contrazione di casi ICA da *Clostridium difficile* e VRE, a dimostrazione dell'efficacia degli interventi mirati di controllo;
- la conferma della vulnerabilità delle Terapie Intensive per le polmoniti associate a ventilazione meccanica (VAP).





CONCLUSIONI

Il 2024 conferma la centralità della sorveglianza come strumento di *governance* clinico-organizzativa. I dati mostrano successi (riduzione VRE e C. difficile) ma anche nuove criticità (emergenza NDM), richiedendo un rafforzamento dei sistemi di allerta e della formazione degli operatori. Le ICA rimangono in gran parte prevenibili attraverso l'aderenza alle buone pratiche: igiene delle mani, corretta gestione dei dispositivi invasivi, appropriatezza terapeutica. Il consolidamento di un sistema di sorveglianza standardizzato e l'integrazione con i registri regionali e nazionali costituiscono il passo successivo per garantire sicurezza, qualità e sostenibilità. La sorveglianza non è solo raccolta di dati, ma parte integrante del *risk management* e della *preparedness* e resilienza ospedaliera.

PERCORSI DI GESTIONE POST-ACUTA NELLO SCOMPENSO CARDIACO A FRAZIONE D'IEIEZIONE RIDOTTA: L'ESPERIENZA DELL'ASP DI CALTANISSETTA

LONGO A.1, FICARRA L.S..2, CIANCIO S.3, LONGO G.4, CIRRONE CIPOLLA A.5

1. *Studente specializzando in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Udine.*

2. *Direttore Generale ASP di Caltanissetta.*

3. *Responsabile Professioni Sanitarie Area Sud Asp Caltanissetta.*

4. *Responsabile UOSD Emodinamica PO Sant'Elia di Caltanissetta.*

5. *Direttore UOC Distretto Ospedaliero Area Sud ASP di Caltanissetta*

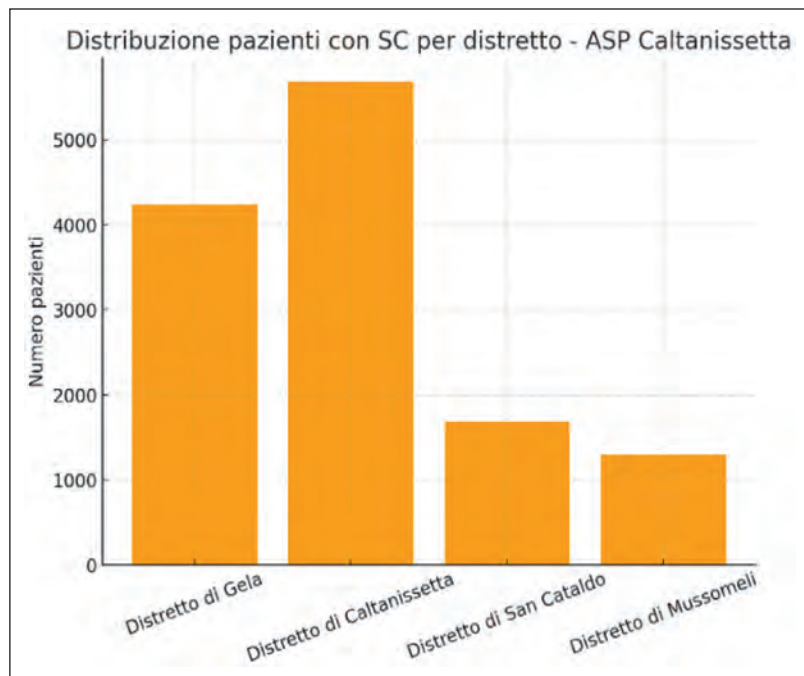
INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta una delle principali patologie croniche ad elevato impatto clinico, sociale ed economico. In Italia interessa oltre un milione di persone, con una prevalenza che aumenta progressivamente con l'età e con costi medi annui stimati intorno agli 11.800 euro per paziente. Complessivamente, il peso economico supera i 3 miliardi di euro l'anno, rendendo questa condizione una sfida prioritaria per il Servizio Sanitario Nazionale. L'aumento della popolazione anziana e la crescente incidenza di patologie cardiovascolari hanno reso necessario sviluppare modelli di assistenza innovativi e più efficaci. In questo contesto, il telemonitoraggio e la telemedicina si presentano come strumenti promettenti per migliorare la qualità della vita dei pazienti e ottimizzare le risorse sanitarie.

La gestione dello scompenso cardiaco non può limitarsi all'ambito ospedaliero: la fragilità dei pazienti, la cronicità della malattia e l'elevato rischio di riacutizzazioni richiedono un approccio territoriale strutturato e multidisciplinare. La provincia di Caltanissetta rappresenta un caso emblematico, con circa 11.400 pazienti affetti da SC, in gran parte anziani e con bisogni complessi che coinvolgono

aspetti medici, sociali e assistenziali.

Alla luce di queste criticità, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in coerenza con il DM 77/2022, ha introdotto l'opportunità di sperimentare nuovi modelli organizzativi finalizzati al potenziamento dell'assistenza territoriale, all'integrazione delle figure professionali e all'utilizzo di strumenti tecnologici innovativi, ruolo chiave dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC). Importanza della telemedicina e dell'Unità di Continuità Assistenziale (UCA). In questo contesto si colloca il progetto sviluppato dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, che mira a realizzare un percorso integrato di presa in carico post-acuta dei pazienti con scompenso cardiaco a frazione d'eiezione ridotta.



CONTENUTI

Il progetto nasce dall'esigenza di garantire uniformità e qualità nei livelli di assistenza, riducendo le disuguaglianze territoriali e favorendo la prossimità delle cure. Gli obiettivi principali possono essere sintetizzati in tre direttrici: ridurre ospedalizzazioni, mortalità e mobilità sanitaria; ottimizzare l'uso delle risorse disponibili; migliorare equità, qualità e accessibilità dei servizi socio-sanitari.

Obiettivi strategici si suddividono nella promozione di modelli di assistenza territoriale integrata e nello sviluppo di modelli di medicina di iniziativa con focus sul paziente.

te. Gli obiettivi specifici si canalizzano su un modello organizzativo innovativo per la presa in carico e la continuità assistenziale con l'aiuto di strumenti integrativi i quali possono essere la telemedicina che facilita la comunicazione tra operatore sanitario e paziente.

Il modello assistenziale proposto si basa su alcuni pilastri fondamentali:

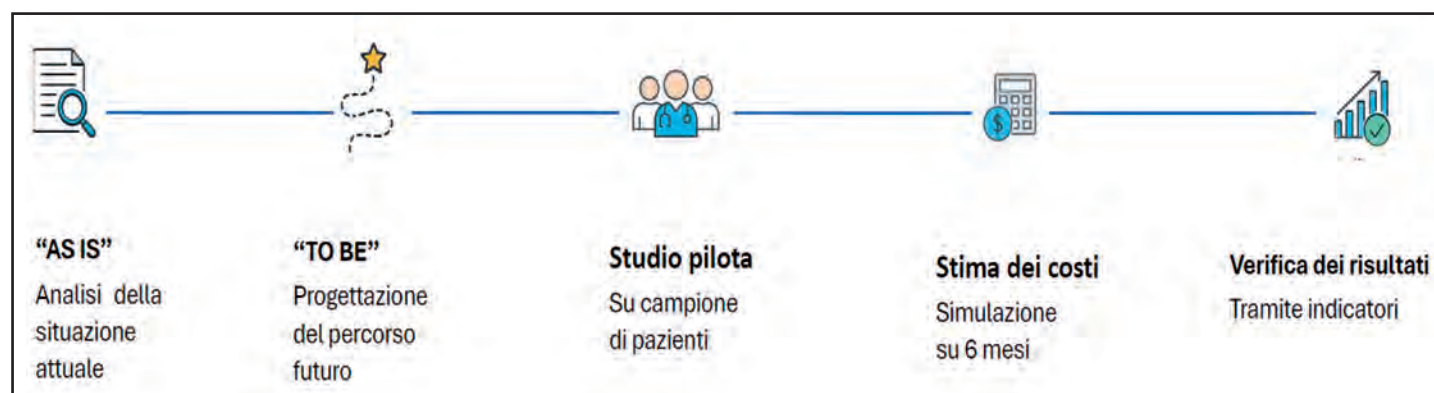
- Ruolo centrale della medicina territoriale – Il medico di medicina generale (MMG) e l'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) costituiscono i riferimenti principali per la presa in carico del paziente, con il supporto di specialisti cardiologi, assistenti sociali e caregiver.
- Strutture di riferimento – Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) rappresentano i nodi organizzativi del percorso, garantendo continuità assistenziale e prossimità delle cure.
- Innovazione tecnologica – Telemedicina, teleconsulto, televisite e telemonitoraggio sono strumenti fondamentali per migliorare la comunicazione tra professionisti, monitorare i parametri clinici a distanza, ridurre accessi in ospedale e potenziare la gestione domiciliare.
- Percorso assistenziale strutturato – Il paziente viene segnalato da ospedale, MMG o ambulatorio, seguito da una valutazione multidimensionale e dalla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Successivamente, il percorso prevede l'attuazione delle cure e un follow-up costante, con eventuale attivazione di servizi specifici per la fragilità e presa in carico domiciliare per i casi più complessi.

Gli attori del percorso della presa in carico:

- Segnalazione del paziente – a seguito di un ricovero ospedaliero, tramite segnalazione dell'ambulatorio specialistico dello SC oppure dal proprio MMG.
- Attivazione del Servizio Fragilità – IFeC: Valutazione congiunta e attribuzione del case manager (IFeC).
- Prima visita di presa in carico: Valutazione multidimensionale dei bisogni (ospedale, ambulatorio, domicilio).
- Stesura del Piano Assistenziale: Definizione degli obiettivi, interventi e nominativo del case manager.
- Attuazione del Piano Assistenziale e Follow Up: Interventi diversificati in base al livello di rischio e gravità.
- Verifica Periodica dell'Attuazione del Piano Assistenziale: Monitoraggio e teleconsulto.

La metodologia progettuale ha previsto diverse fasi:

- analisi della situazione attuale ("AS IS") con individuazione di criticità e punti di forza;
- progettazione del percorso futuro ("TO BE");
- realizzazione di uno studio pilota su un campione di pazienti;
- stima dei costi con simulazione di presa in carico post-dimissione della durata di sei mesi;
- verifica dei risultati tramite indicatori clinici e organizzativi.



L'analisi SWOT ha evidenziato punti di forza quali la presenza di una rete ospedaliera consolidata e l'introduzione dei nuovi infermieri di comunità, ma anche debolezze come la frammentazione dei servizi e la difficoltà di integrazione tra professionisti. Le opportunità sono rappresentate dal DM 77/2022, dai fondi del PNRR e dalle innovazioni digitali, mentre le minacce principali derivano dal turnover del personale e dalla variabilità nell'adesione dei MMG.

I risultati attesi dal progetto comprendono:

- presa in carico del 100% dei pazienti post-dimissione;
- incremento del 50% degli accessi all'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri e degli accessi impropri al pronto soccorso;
- livello di soddisfazione pari o superiore all'80% tra pazienti e operatori coinvolti.



Dal punto di vista economico, la simulazione di costi ha confermato la sostenibilità del modello, considerando che molte spese (beni e servizi) sono coperte da fondi PNRR o da altre fonti strutturali. L'impiego mirato di risorse umane (IFeC, MMG, specialisti e assistenti sociali) e la razionalizzazione dei percorsi assistenziali consentono non solo di migliorare l'efficacia clinica, ma anche di ridurre gli oneri complessivi per il sistema sanitario.

CONCLUSIONI

L'esperienza realizzata presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta dimostra che la gestione territoriale dello scompenso cardiaco può rappresentare una strategia efficace per affrontare una delle patologie croniche più diffuse e costose. L'approccio integrato, multidisciplinare e digitalizzato consente di rafforzare l'equità, ridurre le disuguaglianze, ottimizzare l'uso delle risorse e migliorare in modo significativo la qualità delle cure erogate.

Il modello proposto non si limita a rispondere a esigenze locali, ma rappresenta un paradigma replicabile in altre realtà territoriali, contribuendo al rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale in linea con le strategie del PNRR e con le indicazioni del DM 77/2022. L'adozione di strumenti di telemedicina, la valorizzazione del ruolo dei professionisti territoriali e il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei caregiver delineano una nuova visione dell'assistenza cronica: più vicina alle persone, più equa e più sostenibile.

La sfida per il futuro sarà consolidare questi percorsi, monitorarne gli esiti attraverso indicatori condivisi e promuoverne l'estensione su scala regionale e nazionale. Solo così sarà possibile trasformare la gestione dello scompenso cardiaco da emergenza ricorrente a percorso strutturato e continuativo, capace di migliorare la qualità di vita dei pazienti e l'efficienza complessiva del sistema sanitario.

La gestione dello scompenso cardiaco richiede un approccio innovativo e multidisciplinare, in grado di rispondere alle esigenze dei pazienti e di ottimizzare le risorse sanitarie. Il telemonitoraggio e la telemedicina offrono opportunità significative per migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre le ospedalizzazioni. Investire nella formazione degli operatori e nella valutazione della soddisfazione dei pazienti è fondamentale per garantire un futuro migliore nella gestione delle malattie croniche.

In conclusione, il progetto dimostra che la gestione integrata, multidisciplinare e digitalizzata dello scompenso cardiaco non solo migliora la qualità di vita dei pazienti, ma costituisce anche un'opportunità di rinnovamento organizzativo per il Servizio Sanitario, in linea con le strategie di innovazione previste dal PNRR.

VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ECONOMICI E SANITARI DI UN ANNO DI ATTIVITÀ, RELATIVI ALL'INTRODUZIONE DELLA CHIRURGIA ROBOTICA NEL PRESIDIO OSPEDALIERO GARIBALDI NESIMA - ARNAS GARIBALDI DI CATANIA

MANCIAGLI G.¹, SCHIRÒ L.², GULLOTTA S.³, MILAZZO G.⁴, GIAMMANCO G.⁵

¹ Direttore Medico di Presidio ARNAS Garibaldi, P.O. Nesima. (Presentatore)

² Dirigente Medico di Presidio ARNAS Garibaldi, P.O. Nesima.

³ Dirigente Medico di Presidio ARNAS Garibaldi, P.O. Nesima.

⁴ Medico in Formazione Specialistica Presidio ARNAS Garibaldi, P.O. Nesima.

⁵ Direttore Generale ARNAS Garibaldi.

PAROLE CHIAVE

Chirurgia Robotica, Appropriately Clinica, Sostenibilità Economica.

INTRODUZIONE

La Chirurgia Robotica rappresenta una delle innovazioni più rilevanti nel campo della medicina moderna. Attraverso sistemi robotizzati come il Da Vinci Surgical System, essa consente ai chirurghi di eseguire interventi complessi con maggiore precisione, minore invasività, ridotto rischio di complicanze e tempi di recupero più brevi. L'ARNAS Garibaldi di Catania ha introdotto nel 2024 questa tecnologia presso il Presidio Ospedaliero Garibaldi Nesima, motivata da benefici clinici documentati e dalla presenza di professionisti già formati in branche chirurgiche affini. Il progetto ha come obiettivo l'analisi comparativa tra Chirurgia Robotica e Laparoscopica in termini di efficacia clinica ed efficienza economica, utilizzando una serie di indicatori misurabili. Il contesto di riferimento è un ospedale pubblico ad alta specializzazione che punta a diventare un centro oncologico di eccellenza, dotandosi di strumenti tecnologicamente avanzati per migliorare l'offerta assistenziale.

CONTENUTI

Il progetto ha previsto il confronto tra le due tecniche chirurgiche su parametri quali durata degli interventi, degenza post-operatoria, numero di riammissioni, costi dei kit chirurgici e rimborso dei DRG. Nel 2024 sono stati effettuati 243 interventi robotici distribuiti tra Urologia, Ginecologia, Chirurgia Generale, Oncologica, Pediatrica ed Epatobiliopancreatica. È emerso che la chirurgia robotica **ha ridotto la degenza media in 9 DRG su 16 rispetto alla laparoscopica, mentre ha comportato un incremento dei tempi operatori, giustificato dalla curva di apprendimento** e dalla complessità tecnica. Le riammissioni entro 30 giorni sono state inferiori nella chirurgia robotica (2 contro 7). I costi dei kit per la robotica risultano significativamente più elevati, ma sono stati progressivamente ridotti del 30-40% grazie alla razionalizzazione dei materiali e a una nuova gara di fornitura. Tuttavia, il rimborso DRG non copre sempre i costi sostenuti, mettendo in discussione la sostenibilità economica della tecnologia se usata su patologie a bassa complessità. Il progetto ha coinvolto diverse figure aziendali, inclusi direttori clinici e il servizio di farmacia, ed è stato supportato da un'attenta riorganizzazione del blocco operatorio.

CONCLUSIONI

L'esperienza del primo anno di chirurgia robotica presso l'ARNAS Garibaldi ha mostrato potenzialità cliniche importanti, specialmente in ambiti ad alta complessità come Urologia, Ginecologia ed Oncologica. Tuttavia, l'uso non omogeneo della tecnologia tra le Unità Operative e l'elevato costo dei **dispositivi e dei materiali richiedono una pianificazione strategica che garantisca volumi di attività** adeguati per raggiungere sostenibilità economica ed efficacia clinica. È auspicabile riservare la Chirurgia Robotica ai casi in cui le evidenze scientifiche ne comprovano i benefici, evitando l'impiego per patologie a basso impatto clinico. Inoltre, l'introduzione di tariffe regionali specifiche e una revisione del sistema di rimborso DRG sono condizioni necessarie per una piena integrazione della tecnologia nel SSR. Le prospettive future sono promettenti, con l'avvio di una gara nazionale CONSIP per la fornitura di sistemi chirurgici robotici, che potrebbe ampliare la concorrenza e ridurre i costi, incentivando un utilizzo più ampio ed efficiente. In definitiva, l'introduzione della Chirurgia Robotica rappresenta una sfida organizzativa ed economica, ma anche un'opportunità per l'evoluzione tecnologica della Sanità pubblica italiana.

PERCORSO DI MIGLIORAMENTO SULL'APPROPRIATEZZA DELL'EMOCOLTURA PRESSO IL P.O. DI CHIVASSO

A. NARDIN¹; N. LI VIGNI¹; P. BARRECA¹; R. MUSCA¹; V. MATEI¹; S. BROSSA¹; A.M. ALFANO¹; L. MELCARNE¹; S. MARCHISIO¹

1. Azienda Sanitaria Locale TO4, Via Po 10, Chivasso

PAROLE CHIAVE

Emocultura; appropriatezza; bloodstream infections

INTRODUZIONE

Sulla base delle indicazioni previste dal PNCAR 2022-2025, dal Piano Regionale della Prevenzione e dagli indicatori Regionali, l'ASL TO4 ha inserito nei programmi annuali di sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) il progetto di *diagnostic stewardship*. Tale progetto include il monitoraggio degli indicatori di qualità delle emocolture, come da raccomandazioni dell'Associazione Microbiologi Clinici Italiani 2023:

1. Numero di set – superiore a 2 coppie di flaconi nell'adulto.
2. Il volume di inoculo raccomandato per ogni flacone – compreso tra 8 e 10 ml.
3. Il tasso di contaminazione delle emocolture – raccomandato < 3,0%.

L'attività è condotta congiuntamente dalla Struttura Semplice (SS) Prevenzione ICA e dalla SS di Microbiologia, che redigono e diffondono periodicamente report ai reparti.

CONTENUTI

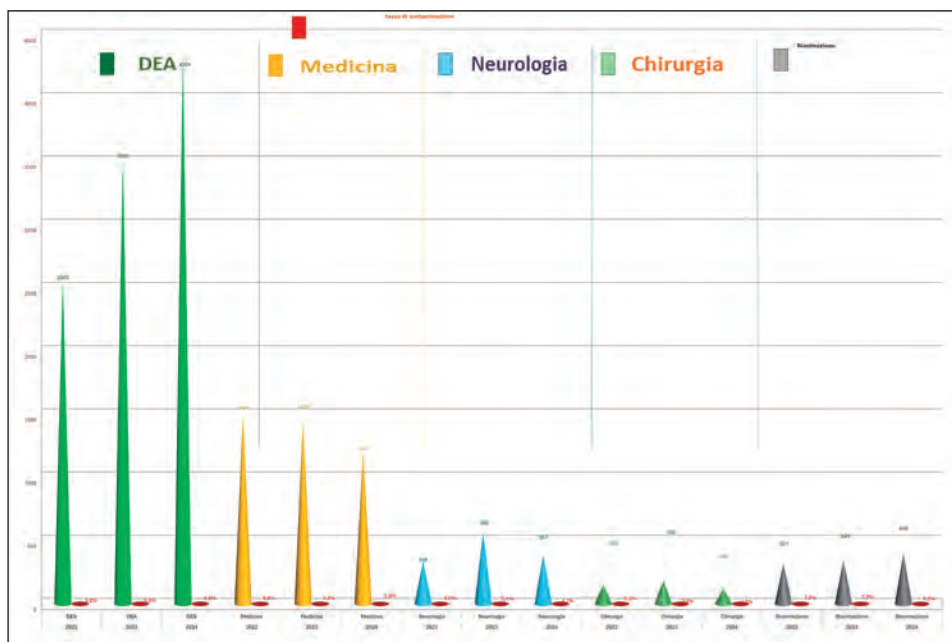
Il monitoraggio continuo degli indicatori di qualità delle emocolture presso il Presidio Ospedaliero di Chivasso ha evidenziato una percentuale di emocolture contaminate superiore rispetto al valore atteso (< 3%). Gli interventi messi in atto hanno incluso:

- Incontri formativi nei reparti;
- Verifica sul campo dell'applicazione delle buone pratiche tramite i Referenti del Rischio Infettivo;
- Presentazione delle "Buone pratiche nell'esecuzione dell'emocultura" nei corsi aziendali.

Attraverso tali attività, è stato possibile implementare l'aderenza alle raccomandazioni operative, con riscontri positivi rilevati a mezzo del monitoraggio degli indicatori di qualità. Nel periodo 2022 - 2024 sono state processate 18.978 set di emocolture, con un trend ascendente di richieste. Da 5.386 set di emocolture effettuate nel 2022 si è arrivati a registrarne 6.906 nel 2024, con un miglioramento dell'appropriatezza della richiesta calcolata su numero di set di emocultura per 1.000 giornate di degenza. In merito al tasso di contaminazione, i dati aggregati a livello del PO mostrano una riduzione del 16% (dal 5,7% al 4,8%).

L'analisi comparativa del tasso di contaminazione relativa ai dati disaggregati per singoli reparti, evidenzia:

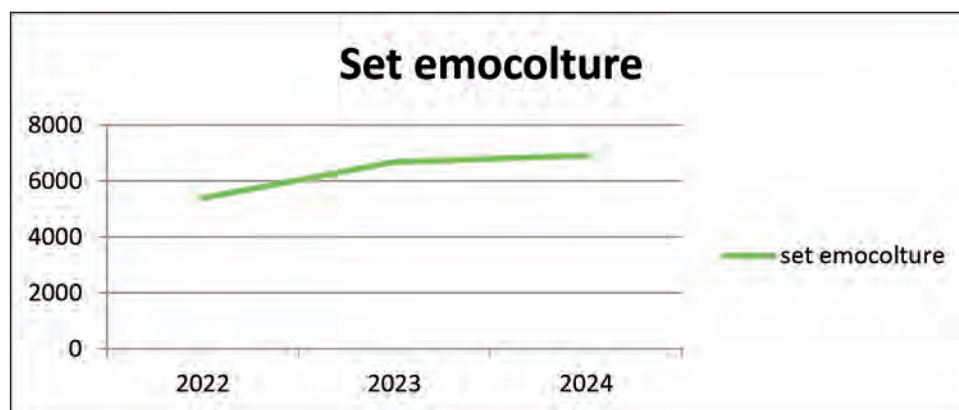
- Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA): invariato (anche a fronte di un incremento dei set prelevati del 59,3%);
- Medicina interna: riduzione del 46%
- Neurologia: riduzione del 47%
- Chirurgia generale: riduzione del 29%
- Rianimazione: riduzione del 47%



Descrizione: Analisi comparativa dei dati disaggregati per singoli reparti (set per adulti 2022 – 2024).

CONCLUSIONI

Negli anni i miglioramenti più significativi sono stati registrati nei reparti oggetto di interventi mirati per il miglioramento dell'esame diagnostico. Ciò dimostra l'efficacia di un approccio integrato alla promozione delle buone pratiche organizzative, tecniche e formative. Il progetto ha contribuito ad una migliore standardizzazione del prelievo emoculturale, accompagnato da un minore tasso di contaminazione. È fondamentale il prosieguo sia dell'attività di monitoraggio che di verifica dell'applicazione. La formazione dev'essere continua e promossa soprattutto per i neo assunti (per presenza turn over importante) e per nuovi aggiornamenti anche tecnologici. I risultati ottenuti sono incoraggianti, ma c'è ancora margine di miglioramento. A tale proposito dal 2° semestre del 2024 la nuova strumentazione di microbiologia ci permette di valutare un ulteriore indicatore di qualità: il tasso di emocolture che non raggiungono o che superano il volume di sangue ottimale.



Descrizione: emocolture richieste nel periodo 2022 – 2024 a livello Ospedaliero

INTEGRAZIONE MULTIDISCIPLINARE E SVILUPPO DELLA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA NELL'ASSISTENZA ONCOLOGICA PROVINCIALE

PANE S.1, FICARRA L.S.2, LONGO A.3, LIARDO R.L.E.4, CIRRONE CIPOLLA A.5

1. *Studente di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Catania.*

2. *Direttore Generale ASP di Caltanissetta.*

3. *Studente specializzando in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Udine.*

4. *Dirigente Medico UOC Radioterapia Azienda Policlinico Universitaria Policlinico " G.Rodolico -San Marco" -Catania.*

5. *Direttore UOC Distretto Ospedaliero Area Sud ASP di Caltanissetta*

INTRODUZIONE

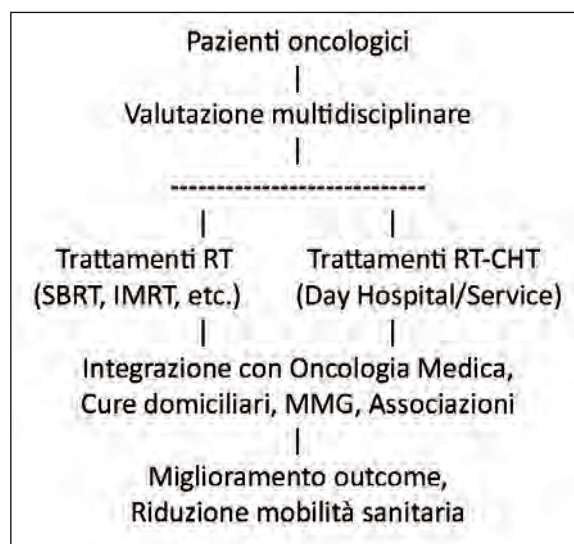
La radioterapia oncologica rappresenta uno dei pilastri fondamentali nella gestione multidisciplinare dei tumori, risultando indicata in circa il 60-70% delle neoplasie maligne. L'ASP di Caltanissetta si trova al centro di un contesto epidemiologico significativo: con circa 1.400 nuovi casi di tumore all'anno, si stima che almeno 910 pazienti potrebbero beneficiare di un trattamento radiante. Tuttavia, allo stato attuale, solo 330 pazienti vengono trattati annualmente presso le strutture provinciali, determinando un gap di circa 580 pazienti. Questa criticità si traduce in una mobilità sanitaria passiva che comporta un costo di oltre 1,1 milioni di euro all'anno, tra spostamenti extraprovinciali ed extraregionali. Le cause principali risiedono nella carenza di risorse umane e tecnologiche, nella mancanza di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) consolidati e in una limitata attrattività dei servizi locali.

CONTENUTI

Obiettivi del progetto

Il project work presentato mira a valutare la sostenibilità organizzativa ed economica della creazione di una Unità Operativa Semplice Dipartimentale (U.O.S.D.) di Radioterapia Oncologica Clinica. Tale struttura avrebbe il compito di:

- Potenziare l'offerta di trattamenti radioterapici avanzati (in particolare stereotassici – SBRT).
- Gestire trattamenti radio-chemioterapici integrati in regime di Day Hospital e Day Service.
- Favorire l'integrazione interdisciplinare con oncologia medica, cure domiciliari, medicina generale e associazioni di volontariato.
- Ridurre la mobilità sanitaria e le liste d'attesa.
- Aumentare l'attrattività dell'ASP come polo oncologico di riferimento.



Metodologia

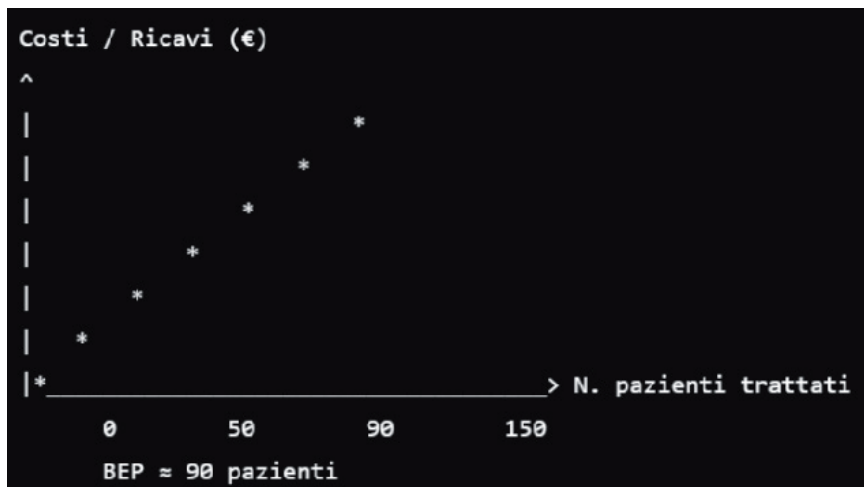
L'analisi è stata condotta considerando tre dimensioni principali:

1. Dati epidemiologici: incidenza tumorale e necessità radioterapiche.
2. Risorse umane e tecnologiche disponibili e da implementare.
3. Sostenibilità economica: valutazione dei costi fissi, variabili e potenziale rimborso delle prestazioni.

È stato inoltre stimato il Break Even Point (BEP), calcolando il numero di trattamenti necessari a coprire i costi fissi del servizio.

Risultati principali

- Gap assistenziale: 580 pazienti non trattati annualmente.
- Costi della mobilità: 1.177.000 € l'anno.
- Stima di rimborso: trattamenti SBRT 3 frazioni (4.382 €), SBRT 5 frazioni (6.710 €), radio-chemioterapia in DH (7.060 €).
- Break Even Point: raggiungibile con circa 90 pazienti/anno.



La proposta risulta dunque economicamente sostenibile, con la possibilità di raggiungere il pareggio entro due anni, trasformando la criticità attuale in un'opportunità di crescita per il territorio.

CONCLUSIONI

Alla luce del contesto epidemiologico e sanitario preso in esame, la proposta di implementazione, potenziamento e l'integrazione dei servizi di Radioterapia Oncologica dell'ASP di Caltanissetta attraverso la istituzione di una UOSD di Radioterapia Oncologica Clinica, è risultata economicamente sostenibile.

L'ASP 2 si candiderebbe a diventare un attrattivo polo oncologico, prima contenendo, poi invertendo la tendenza alla emigrazione sanitaria. Tale proposta rispetta sia il principio della equità nell'accesso alle cure (equitability), sia il principio di prossimità delle cure.

L'istituzione della U.O.S.D. di Radioterapia Oncologica Clinica presso l'ASP di Caltanissetta si configura come un intervento strategico capace di:

- Rispondere alle esigenze epidemiologiche della popolazione.
- Ridurre i costi legati alla mobilità sanitaria passiva.
- Incrementare la qualità e l'accessibilità delle cure oncologiche.
- Promuovere il principio di equità e prossimità nell'assistenza.

In un contesto regionale caratterizzato da frammentazione e carenza di servizi oncologici avanzati, l'implementazione proposta rappresenta non solo una soluzione sostenibile dal punto di vista economico, ma anche un'opportunità per invertire la tendenza all'emigrazione sanitaria, candidando l'ASP di Caltanissetta a diventare un polo di eccellenza.

L'EFFICIENZA DELLA RETE HUB SPOKE. L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI LAGONEGRO DELL'AOR DI POTENZA

PERRONE LEA¹, SPERA GIUSEPPE², BELLETTIERI ANGELA PIA³, FRANCHINO GIOVANNI A.⁴

1. Direttore Medico P.O. Lagonegro

2. Direttore Generale Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza

3. Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza

4. Infermiere Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza

PAROLE CHIAVE

Regioni, attività, DRG.

INTRODUZIONE: Ai piedi del Monte Sirino, in Basilicata sorge un paese dal nome di Lagonegro di circa 500 abitanti. Il nome Lagonegro significa "Lago Nero" dal latino, riferendosi alla presenza di un lago formatosi dal fiume Tanagro, che oggi non esiste più, o probabilmente da Lagon, fortezza, accampamento. Il comune sorge a 666 m s.l.m. nel territorio della Valle del Noce nella parte sud-occidentale della provincia al confine con il settore sud-orientale della provincia di Salerno; vicini e ben collegati al paese sono anche i comuni della Calabria settentrionale del golfo di Policastro sul mar Tirreno. La sua posizione, risulta strategica anche in ragione alle principali arterie stradali e di collegamento con l'Alto Tirreno Cosentino con la Strada Statale 585 Tirrenica che si interseca con l'Autostrada del Mediterraneo A2 all'altezza di Lagonegro Nord.

Lagonegro è famosa per aver dato i natali a Pino oMango e per il passaggio di Monna Lisa. Nell'interno di questo paese sorge un ospedale, l'ospedale di Lagonegro.

L'ospedale è sorto negli anni '60, quest'ospedale per moltissimo tempo ha fatto parte del territorio prima USL poi ASL. Oggi fa parte dell'Azienda Ospedaliera "San Carlo" di Potenza, azienda tra le eccellenze in Italia

CONTENUTI: L'Ospedale di Lagonegro, si compone dalle UU.OO. di Area Medica e Chirurgica con un totale di 103 posti letto di cui 7 Day Hospital e 6 Day Surgery. È presente un Pronto Soccorso Attivo con un volume di attività di circa 15000 accessi/anno dei quali il 16,73% esitano in Ricovero ovvero circa 4000 ricoveri/anno. L'ospedale di Lagonegro serve un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti nella parte sud ovest della Basilicata e riveste un ruolo di importanza vitale non solo per i cittadini lucani ma anche per quelli delle Regioni limitrofe, quali Calabria, Campania e altre Regioni, in quanto riesce a fornire una risposta di salute sempre più efficace e di qualità ai loro bisogni di salute, inoltre, la sua posizione risulta strategica anche in ragione alla presenza delle principali arterie stradali e di collegamento con l'Alto Tirreno Cosentino con la Strada Statale 585 Tirrenica che si interseca con l'Autostrada del Mediterraneo A2 all'altezza di Lagonegro Nord.

Presidio Ospedaliero di Lagonegro

Posti letto

Unità Operative e dotazione posti letto	Totale	Ord.	DH	DS
D.H. Oncologico	2	0	2	0
D.H. Ematologico	1	0	1	0
Cardiologia Medica	10	9	1	0
Chirurgia Generale	23	20	0	3
Medicina Generale	18	17	1	0
Nido	8	8	0	0
Ortopedia e Traumatologia	12	10	0	2
Ostetricia e Ginecologia	13	12	0	1
Pediatria	4	2	2	0
Anestesia e Rianimazione	4	4	0	0
Pneumologia	8	8	0	0
Totali posti letto	103	90	7	6

L'attrattività dell'Ospedale di Lagonegro, genera una “mobilità attiva” che si attesta al 37,45%. A tal proposito si prende atto della chiusura del Punto Nascite del Presidio Ospedaliero di Sapri che dista circa 30 Km (30 min in auto) dall'Ospedale di Lagonegro, pertanto già si registra un aumento di donne che scelgono di partorire presso il P.O. di Lagonegro che potrebbe beneficiare di un aumento della mobilità attiva.

Pronto Soccorso di Lagonegro

2024

Accessi in PS	13.826
Accessi in OBI	912
Totale Accessi in PS	14.738
Accessi esitati in OBI	6,19%
Accessi esitati in Ricovero	16,73%

– Indicatori di attività

Numero Ricoveri

2024

Ordinari	3.789
Day Hospital	962
Degenza media ricoveri ordinari	6,00
Peso medio DRG ricoveri ordinari	0,98
Tasso occupazione posto letto ricoveri ordinari	69,19%
Indice Operatorio	36,54%

– Ricoveri chirurgici

Numero Ricoveri Chirurgici

2024

Regime Ordinario	1.097
Regime Day Surgery	639

Tabella 39 – Parti

Parti

2024

Numero parti	527
--------------	-----

Tabella 40 – Mobilità attiva

Mobilità attiva

2024

Numero ricoveri ordinari	1.419
Percento ricoveri mobilità attiva	37,45

U.0. CHIRURGIA GENERALE - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	83
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	34
181 - Occlusione gastrointestinale senza CC	18
189 - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	18
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	16

U.0. UROLOGIA - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	10
344 - Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	5
345 - Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie Maligne	6
342 - Circoncisione, età > 17 anni	3
349 - Ipertrofia prostatica benigna senza CC	2

U.0. MEDICINA GENERALE - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	41
085 - Versamento pleurico con CC	30
576 - Sett看emia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	30
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	23
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	20

U.0. RIANIMAZIONE E T.I. - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
576 - Sett看emia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	4
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3
565 - Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	2
210 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	2
023 - Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2

U.0. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	114
359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	104
371 - Parto cesareo senza CC	67
380 - Aborto senza dilatazione e raschiamento	54
360 - Interventi su vagina, cervice e vulva	21

U.O. PEDIATRIA - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
391 - Neonato normale	179
388 - Prematurità senza affezioni maggiori	9
137 - Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	2
256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1

U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	67
006 - Decompressione del tunnel carpale	57
211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	34
219 - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	22
229 - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	20

U.O. CARDIOLOGIA MEDICA - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
127 - Insufficienza cardiaca e shock	69
124 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	13
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	9
144 - Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	8
558 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7

U.O. PNEUMOLOGIA - DRG I°SEMESTRE 2025

DRG	N. Casi
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	70
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	13
085 - Versamento pleurico con CC	12
092 - Malattia polmonare interstiziale con CC	9
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	8

CONCLUSIONI:

Dai dati che si sono presentati, si evidenzia che l'Ospedale di Lagonegro è un ospedale attivo sia per l'area medica che nell'area chirurgica e soprattutto nell'area di emergenza-urgenza perché è anche sede di Pronto Soccorso attivo h 24. I dati dimostrano un ospedale in attività che chiaramente tende di anno in anno ad aumentare il volume delle prestazioni. L'ospedale di Lagonegro è un perfetto esempio di buon funzionamento della rete Hub-Spoke in quanto è inserito nella rete Hub dell'Azienda Regionale "San Carlo" che assicura verso la sede centrale tutti i trasferimenti per i pazienti gravi ed è un'ottima risposta come Spoke a livello territoriale.

MEDICINA D'URGENZA IN ASST LECCO: STUDIO D'IMPATTO SULLA ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

ROTA N.¹, CAZZANIGA M.², PESENTI E.³, D'ANGELO L.⁴, CASELLA C.¹, AGOSTONI F.⁵, MAGLIA E.⁵, GRAPPIOLO A.⁶

¹Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Lecco e Bellano - ASST Lecco
²Dirigente Medico SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - ASST Lecco
³Direttore Medico Direzione Medica di Presidio Lecco e Bellano - ASST Lecco
⁴Direttore SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - ASST Lecco
⁵Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca
⁶Direttore Sanitario ASST Lecco

PAROLE CHIAVE

Medicina d'Urgenza, posti letto, personale

INTRODUZIONE

La DGR 787/2023 di Regione Lombardia prevede l'istituzione di Unità Operative di Medicina di Emergenza-Urgenza all'interno delle strutture sede di DEA di II livello, tra cui il PO "A. Manzoni" afferente all'ASST Lecco. L'ASST Lecco ha recepito le disposizioni della DGR con Deliberazione 54 del 22 gennaio 2025 avente oggetto «Attuazione delle modifiche apportate al piano di organizzazione aziendale strategico 2022-2025» con il quale si istituisce la Struttura Semplice di Medicina d'Urgenza afferente alla SC Pronto Soccorso Lecco e Medicina d'Urgenza. Questo studio si propone come base conoscitiva e punto di partenza per un confronto multidisciplinare e istituzionale, finalizzato a valutare concretamente l'attivazione di una UO di Medicina d'Urgenza.

CONTENUTI

Lo studio analizza l'impatto organizzativo dell'introduzione della Medicina d'Urgenza nel PO "Manzoni" di Lecco, valutando le implicazioni gestionali e assistenziali. Mira, inoltre, a stimare il fabbisogno di posti letto, bilanciando degenza breve e semintensiva in base all'intensità di cura e la conseguente necessità di personale medico, infermieristico e OSS.

Lo studio è stato condotto partendo dall'analisi della casistica di pazienti ricoverati da PS nel corso del 2024 con l'intento di identificare i casi che avrebbero potuto essere presi in carico in MdU. Per farlo sono stati utilizzati i metodi di seguito elencati:

- A. Pazienti identificati dal MEU mediante analisi delle diagnosi testuali alla dimissione da PS su tutti i ricoverati da PS nel 2024;
- B. pazienti sottoposti a visita SAR in PS per i quali il rianimatore non ha dato indicazione a ricovero in TI;
- C. pazienti che hanno trascorso più di 44 ore in OBI;
- D. pazienti con durata della degenza < 4 giorni;

I dati sono stati analizzati utilizzando le informazioni estrapolate dal gestionale di PS e dal flusso SDO. Attraverso questa analisi è stato possibile stimare il fabbisogno di posti letto all'interno del PO in 2,5 pl di semintensiva e 7,3 pl di degenza breve (Tabella 1).

Considerata la necessità di ottimizzare le risorse di personale in ottemperanza alla norma, si è concluso per la proposta di implementazione di 12 pl di MdU suddivisi in 4 di semintensiva e 8 di degenza breve, essendo questo il limite sotto cui il fabbisogno di organico rimane invariato. Su questo dato è stato calcolato il fabbisogno di personale in 7 medici, 12 infermieri e 4 OSS (Tabella 2).

CONCLUSIONI

Alla luce dell'analisi condotta si valuterà l'implementazione di una UO di MdU di 12 posti letto, suddivisi in 4 di semintensiva e 8 di degenza breve, prevedendo un fabbisogno di personale di 7 medici, 12 infermieri e 4 OSS. L'istituzione di un reparto dedicato consentirebbe una migliore presa in carico dei pazienti che, per caratteristiche cliniche e complessità assistenziale non troverebbero piena risposta né nei reparti di degenza ordinaria né nelle TI, una riduzione dei tempi di attesa in PS in termini di visita e boarding e una migliore integrazione tra PS, reparti di degenza ordinaria, terapie semintensive specialistiche e TI. Naturalmente ogni innovazione comporta delle sfide organizzative, logistiche e formative, ma i benefici attesi in termini di efficienza, efficacia e sicurezza giustificano l'avvio di un percorso di approfondimento e progettazione.

	CASI	GG DEGENZA	PL SEMINTENSIVA	PL DEGENZA BREVE
METODO A	107	398	1	
METODO B	141	564 + 564	1,5	1,5
METODO C	207	828		2,3
METODO D	410	1.293		3,5
TOTALE	865	3.647	2,5	7,3

Tabella 1 Stima Fabbisogno Posti Letto Medicina d'Urgenza

	DEGENZA		TOTALE
	SEMINTENSIVA	BREVE	
PERSONALE MEDICO	5	2	7
PERSONALE INFERMIERISTICO			
PROFESSIONALE	6	6	12
PERS.COMPARTO TECNICO- OPERAT.SOCIO-SANIT	4		4

Tabella 2. Stima Fabbisogno Personale Medicina d'Urgenza.

CONCLUSIONI

Alla luce dell'analisi condotta si valuterà l'implementazione di una UO di MdU di 12 posti letto, suddivisi in 4 di semintensiva e 8 di degenza breve, prevedendo un fabbisogno di personale di 7 medici, 12 infermieri e 4 OSS.

L'istituzione di un reparto dedicato consentirebbe una migliore presa in carico dei pazienti che, per caratteristiche cliniche e complessità assistenziale non troverebbero piena risposta né nei reparti di degenza ordinaria né nelle TI, una riduzione dei tempi di attesa in PS in termini di visita e *boarding* e una migliore integrazione tra PS, reparti di degenza ordinaria, terapie semintensive specialistiche e TI.

Naturalmente ogni innovazione comporta delle sfide organizzative, logistiche e formative, ma i benefici attesi in termini di efficienza, efficacia e sicurezza giustificano l'avvio di un percorso di approfondimento e progettazione.

LA RETE STROKE DI ASST LARIANA: DALLA VALUTAZIONE DELLA COESIONE DELLA RETE AL PDTA INTERAZIENDALE

SCOLA E.A., FUSI L., D'ASTUTO M., ASPERTI F.

ASST Lariana - Università Carlo Cattaneo - LIUC

PAROLE CHIAVE

Stroke, rete, coesione.

INTRODUZIONE

Lo stroke è la seconda causa di morte e la terza di disabilità a livello globale, con 11,9 milioni di nuovi casi l'anno e 93,8 milioni di persone che vivono con esiti. In Lombardia, l'ictus causa circa 30.000 nuovi casi annui e oltre 200.000 persone convivono con le sue conseguenze. Si stima un aumento del 50% dei decessi entro il 2050, legato all'invecchiamento e all'aumento di fattori di rischio come obesità e diabete. La rete Stroke di ASST Lariana opera nel sistema regionale secondo il modello Hub & Spoke: l'Ospedale Sant'Anna è HUB, supportato da Ospedali SPOKE (Valduce, Gravedona) e dai PS di Erba, Cantù e Menaggio.

CONTENUTI

Pur aderendo alle linee guida regionali, la rete presenta criticità quali frammentazione dei servizi, carenza di protocolli condivisi e disomogeneità organizzativa. Per analizzare il grado di coesione è stata condotta una survey MADIT su sette sezioni, coinvolgendo vari attori aziendali. L'indice di coesione è risultato pari a 5,54/10, segnalando una rete in transizione.

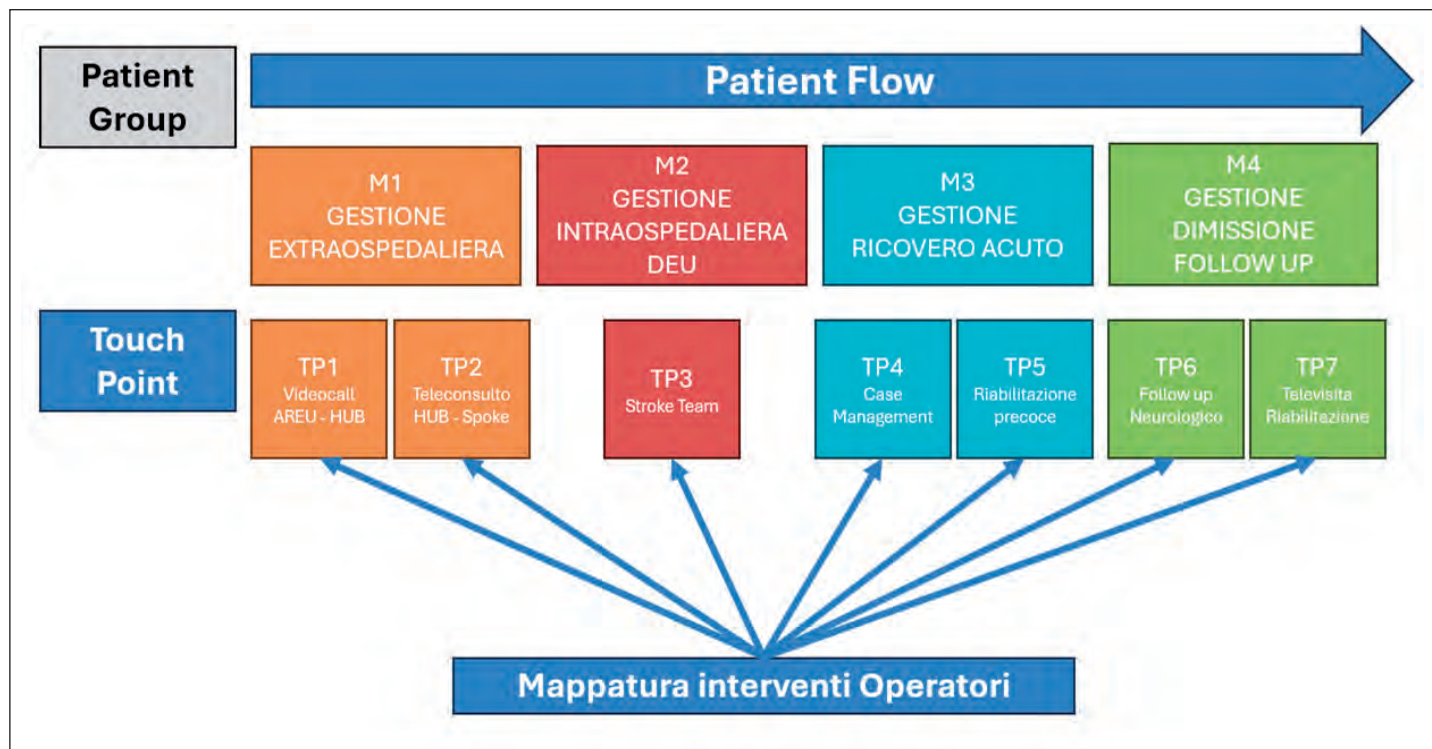
Tre le dimensioni analizzate:

- D1 – Analisi del Contesto (5,03/10): le risposte descrivono la realtà operativa in modo prevalentemente statico, segnalando una limitata capacità di lettura sistemica.
- D2 – Anticipazione di Scenari (5,28/10): emerge una buona predisposizione all'individuazione di opportunità e ostacoli, ma la mancanza di roadmap condivise ne limita l'efficacia strategica.
- D3 – Gestione delle Criticità (6,30/10): si rilevano azioni concrete, come l'adozione di un PDTA interaziendale, lo sviluppo di percorsi fast track e l'impiego della telemedicina, sebbene tali pratiche non siano ancora uniformemente diffuse.

Questi risultati indicano una rete che ha avviato processi di innovazione, ma necessita di consolidamento e diffusione omogenea delle buone pratiche. In risposta, è stato progettato un PDTA interaziendale formalizzato, basato su flow chart, indicatori di esito e strumenti di teleconsulto, da implementare attraverso percorsi di formazione e monitoraggio continuo.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

1. Estendere l'analisi agli enti territoriali (AREU, ospedali privati, associazioni pazienti).
2. Formalizzare e condividere il PDTA per migliorare la tempestività (Golden Hour) e ridurre le riammissioni a 30 giorni inserendo elementi di innovazione quali ad esempio l'utilizzo del teleconsulto extraospedaliero, la stroke team, il case management dedicato.
3. Aumentare la coesione oltre 7/10 con incontri periodici, protocolli standardizzati e piattaforma condivisa per immagini.



CONCLUSIONI

Il progetto ha l'obiettivo di generare valore clinico e organizzativo, rafforzando una rete Stroke più integrata, reattiva e orientata alla qualità delle cure. L'impatto atteso è concreto, misurabile e sostenibile nel tempo.

ASST Larianapuntaacostruiredinergiastruttureeprofessionisticoncompetenzemultidisciplinari,superandoiconfini aziendalievalorizzandoil contributo di tutti gli attori coinvolti: operatori sanitari, pazienti e associazioni di volontariato.

Un elemento strategico sarà la formazione di tutti gli attori coinvolti e lo sviluppo, in collaborazione con l'Università LIUC, di un sistema di monitoraggio basato su indicatori di efficienza, efficacia e qualità percepita (PROMSePREMS), per valutare i benefici dei trattamenti innovativi.

Il modello proposto è pensato per essere replicabile in altri reti tempo-dipendenti e adattabile a diversi contesti regionali, offrendo una visione evolutiva e condivisa del percorso di cura.

PERCORSO "DIMISSIONI PROTETTE": DECLINAZIONE E IMPATTO NEGLI OSPEDALI DELL'AULSS6 EUGANEA NEL 2023

SORMANI ZODO C., COZZOLINO C., BIASI L., MARCON E., BALDO V., BOVO C.

Azienda Ulss6 Euganea- P.O. Ospedali riuniti di Padova Sud

PAROLE CHIAVE

Dimissioni protette, performance.

INTRODUZIONE

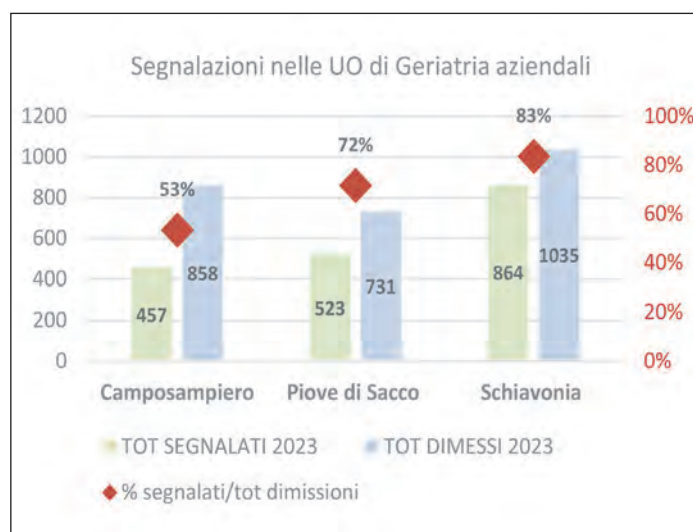
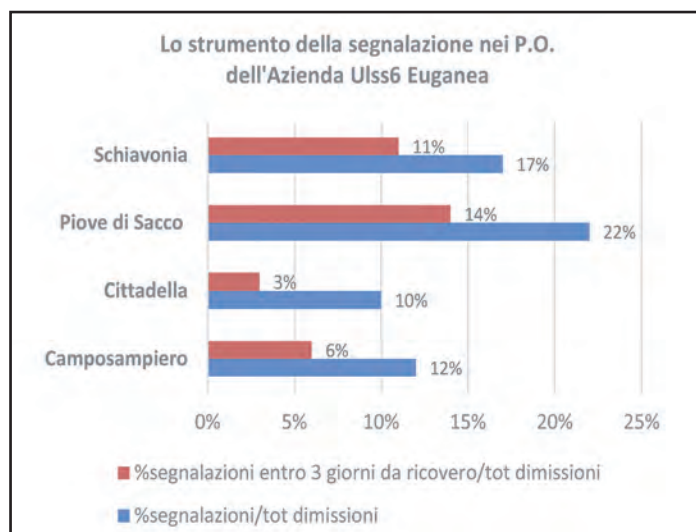
La Regione Veneto con Decreto n.31/2023 ha formalizzato il "Percorso unico regionale per la dimissione protetta ospedaliera" come procedura di riferimento per la gestione delle dimissioni ospedaliere di persone fragili, ricoverate presso gli ospedali del territorio regionale. La presente analisi mira ad effettuare nell'Azienda Ulss6 Euganea una prima stima dell'impatto del "Percorso unico regionale per la dimissione protetta ospedaliera" sulla performance delle unità operative di area medica, che costituiscono ad oggi i servizi maggiormente interessati da ricoveri di pazienti con complessità sanitaria, assistenziale e sociale.

Sono state analizzate 10 unità operative di area medica (medicina generale, geriatria, neurologia) dei 4 ospedali pubblici dell'Azienda Ulss6 Euganea (Camposampiero, Cittadella, Schiavonia, Piove di Sacco) e sono state effettuate le seguenti analisi: per l'anno 2023 è stata analizzata l'applicazione ospedaliera del modello organizzativo delle dimissioni protette attraverso alcuni indicatori di processo (% di segnalazioni/totale dimissioni effettuate; % di segnalazioni entro 3 giorni dal ricovero/totale dimissioni effettuate); per gli anni 2019 e 2023, sono stati misurati alcuni indicatori di performance (degenza media; indice performance degenza media DRG medici; Proporzioni di riammissioni in ospedale a 30, 60 e 180 giorni dalla dimissione ospedaliera).

RISULTATI/CONTENUTI

Dall'analisi relativa all'applicazione ospedaliera del modello organizzativo delle dimissioni protette nell'anno 2023, emergono risultati eterogenei tra i presidi, pur con tratti omogenei tra UO della stessa branca specialistica.

Si rileva che il modello del percorso regionale è stato declinato con risultati migliori nelle UO di Geriatria: tale dato è atteso, in quanto il percorso regionale si rivolge soprattutto ai pazienti con più di 65 anni. Per quanto riguarda, invece, la stima sull'impatto del modello organizzativo sulla performance delle Unità Operative di area medica, si rilevano miglioramenti di performance (riduzione della degenza media e dell'Indice di performance degenza media) sulle UO di Neurologia di Schiavonia e Cittadella.



CONCLUSIONI

L'applicazione del percorso unico regionale ha supportato le unità operative di area medica nell'identificazione e nella segnalazione precoce e, in alcuni casi, potrebbe aver contribuito a migliorare la performance, anche se non è rilevabile per l'anno 2023 un'associazione statisticamente significativa tra l'applicazione del percorso regionale e il miglioramento della performance. Dallo studio emergono elementi utili per future analisi sulle cause di re-ricovero e per azioni di miglioramento, come la formazione degli attori del percorso. In tal senso, presso il P.O. di Schiavonia è stato avviato nel 2025 un percorso trasversale sulle dimissioni protette che coinvolge 60 operatori, equamente distribuiti tra ospedale (infermieri case manager di reparto) e territorio (infermieri ADI). Approfondire strumenti e strategie per gestire con efficacia le dimissioni rappresenta una prima risposta alla crescente complessità dei pazienti ricoverati. Tale complessità riflette il progressivo cambiamento del profilo di salute della popolazione, che potrebbe aver concorso al peggioramento degli indicatori di performance tra 2019 e 2023. A fronte di questo impatto, il modello veneto sembra aver retto, grazie a un disegno complessivo che ha integrato la ridefinizione dell'offerta ospedaliera con il potenziamento dei servizi territoriali.

ORGANIZZAZIONE DI UN INNOVATIVO SERVIZIO DI BED MANAGEMENT: IMPATTO SU BOARDING E DEGENZA MEDIA

TASSINARI F.¹, FACCIO V.¹, ROSA L.², VIASSOLO L.³, CONTERIO C.², COCINO C.³, PUGLIANO F.², REBAGLIATI B.⁴, RICCARDI A.³, GARRA L.¹, ALICINO C.¹

¹ S.C. Direzione Medica, Presidio Ospedaliero di Ponente, ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure

² Servizio di Bed Management, Presidio Ospedaliero di Ponente, ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure

³ S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Presidio Ospedaliero di Ponente, ASL2 Azienda Sociosanitaria Ligure

⁴ Direttore Sanitario

PAROLE CHIAVE

Bed management, boarding, degenza media.

INTRODUZIONE

Il boarding in Pronto Soccorso (PS) è la principale causa di sovraffollamento del PS e rappresenta un'importante sfida per le Direzioni Mediche a causa del suo impatto sulla qualità e l'efficienza dell'assistenza, sulla sicurezza dei pazienti e sul benessere degli operatori. L'organizzazione del servizio di bed management rappresenta un fondamentale elemento nel governo dell'ospedale, con particolare riferimento alla riduzione dell'attesa in PS dei pazienti da ricoverare e alla facilitazione nelle dimissioni dei pazienti con conseguente contenimento dei tempi di degenza. Il presente abstract descrive un innovativo modello di bed management, analizzandone l'impatto sulla riduzione del boarding, sul numero di appoggi e sulla degenza media con particolare riferimento ai reparti di area medica.

CONTENUTI

L'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure è sede di DEA di II livello ed è trauma center per l'area ottimale del ponente ligure. La struttura ospedaliera era dotata nel 2024 di 322 letti di degenza ordinaria (di cui 79 di area medica), mentre nel periodo gennaio – agosto 2025 la dotazione è diminuita a 306 letti di degenza ordinaria (di cui 70 di area medica) a seguito della ri-organizzazione assistenziale attuata per la chiusura di un padiglione ospedaliero. Il numero medio di accessi giornalieri in Pronto Soccorso nel periodo 2021-2025 è pari a 104 accessi con un forte incremento nella stagione estiva.

L'organizzazione attuale del servizio di bed management, istituito a partire da gennaio 2015 e le cui principali innovazioni organizzative sono sintetizzate nella Figura 1, prevede la presenza di una coordinatrice infermieristica e 2 infermiere. Il servizio è attivo dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì, mentre nei medesimi orari del sabato e dei giorni festivi il servizio è garantito in pronta disponibilità. Dal 14 febbraio 2025, sono state avviate riunioni quotidiane a cui partecipano la Direzione Medica, il servizio di bed management, il Pronto Soccorso, e medici e coordinatori infermieristici dei reparti di area medica e, all'occorrenza, di altri reparti di degenza con lo scopo di facilitare il governo della risorsa posto letto.

Figura 1. Cronistoria degli interventi di innovazione del servizio di bed management

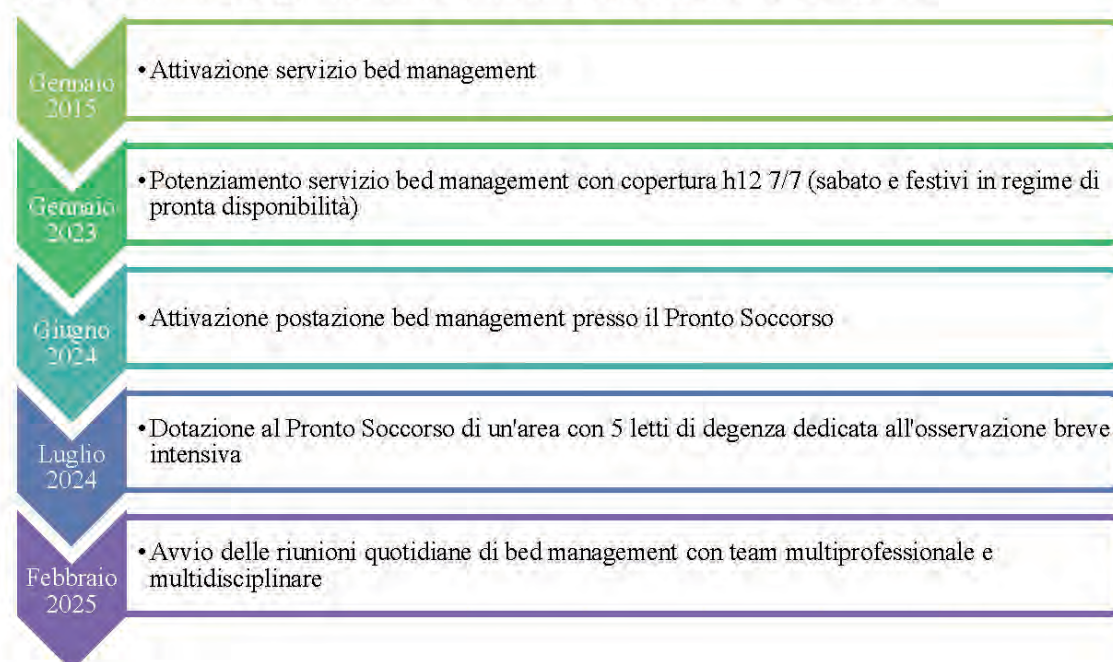


Tabella 1. Caratteristiche e all'esito degli accessi nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure nei periodi 14 febbraio - 31 agosto 2024 e 14 febbraio - 31 agosto 2025.

	Periodo 14 febbraio – 31 Agosto 2024	Periodo 14 febbraio – 31 Agosto 2025	p-value
Numero di accessi PS	21932	22644	
Codice colore alla dimissione Bianco Verde Azzurro Arancione Rosso Non presente	767 (3,5%) 7321 (33,4%) 8219 (37,5%) 4590 (20,9%) 928 (4,2%) 107 (0,5%)	722 (3,2%) 8406 (37,1%) 8344 (36,9%) 4257 (18,8%) 914 (4%) 1 (0%)	< 0,001
Età mediana (IQR)	60 (39 - 77)	61 (40 - 78)	< 0,001
Provenienza pazienti ASL2 Altra ASL Ligure Altre Regione Italiana Estero Dato non disponibile	14774 (67,4%) 1505 (6,9%) 4770 (21,7%) 855 (3,9%) 28 (0,1%)	14995 (66,2%) 1564 (6,9%) 5142 (22,7%) 917 (4,1%) 26 (0,1%)	0,1
Problema principale all'ingresso in PS Trauma Dolore addominale Dispnea o altri sintomi respiratori Dolore toracico Altri sintomi cardiologiche Sintomi neurologici Febbre Sintomi psichiatrici Altre cause	7321 (33,4%) 1105 (5%) 826 (3,8%) 594 (2,7%) 269 (1,2%) 333 (1,5%) 334 (1,5%) 129 (0,6%) 11021 (50,3%)	7212 (31,9%) 1025 (4,5%) 683 (3%) 523 (2,3%) 297 (1,3%) 321 (1,4%) 327 (1,4%) 149 (0,7%) 12107 (53,5%)	< 0,001
T di permanenza in PS in minuti – Mediana (IQR) (esclusi Pazienti in OBI)	217 (119 - 359)	212 (117 - 347)	< 0,001
Pazienti in OBI	1380 (6,3%)	1929 (8,6%)	< 0,001
T di permanenza in OBI in minuti – Mediana (IQR)	1027,5 (535 - 1427)	1086 (674 - 1592)	< 0,001
Ricoverati totali	3599 (16,4%)	3492 (15,4%)	0,004
Ricoverati totali presso proprio Presidio <i>Ricoverati totali presso proprio Presidio da PS (esclusi pazienti in OBI)</i> <i>Ricoverati totali presso proprio Presidio da OBI</i>	3412 (15,6%) 2415/20552 (11,8%) 997/1380 (72,2%)	3257 (14,4%) 2139/20715 (10,3%) 1118/1929 (57,9%)	< 0,001 < 0,001 < 0,001
T di permanenza in minuti dei ricoverati da PS presso proprio Presidio - Mediana (IQR) (esclusi Pazienti in OBI)	258 (122 - 462)	221 (105 - 370)	< 0,001
T di permanenza in OBI dei ricoverati presso proprio Presidio da OBI in minuti - Mediana (IQR)	1031 (518 - 1429)	1018,5 (601 - 1434)	< 0,001
Ricoverati per area di degenza <i>Medica (Pietra Ligure)</i> <i>Medica (Albenga)</i> <i>Chirurgica</i> <i>Intensiva / cardiologica</i> <i>Neuroscienze</i> <i>Ortopedica</i> <i>Medicina d'Urgenza</i>	1166 (34,2%) 274 (8%) 451 (13,2%) 417 (12,2%) 365 (10,7%) 374 (11%) 365 (10,7%)	910 (27,9%) 308 (9,5%) 452 (13,9%) 397 (12,2%) 351 (3,8%) 373 (11,4%) 466 (14,3%)	< 0,001

Nella Tabella 1 sono riportati i dati relativi alle caratteristiche e all'esito degli accessi in PS nel periodo 14 febbraio – 31 agosto 2025 confrontati con analogo periodo dell'anno precedente.

Complessivamente, si è osservata una riduzione statisticamente significativa del tasso di ricovero da PS sia per quanto riguarda i pazienti ricoverati direttamente da PS sia di quelli ricoverati successivamente a osservazione breve intensiva (OBI), mentre è stato registrato un aumento del numero di pazienti gestiti in OBI.

Il boarding è diminuito in maniera significativa sia per i ricoveri direttamente da PS sia per i ricoveri da OBI.

Il numero di pazienti ricoverati in reparti di area medica collocati "in appoggio" in altri reparti è diminuito di oltre il 50% passando dal 15,7% al 6,8% ($p < 0,001$).

Infine, è stata registrata una riduzione di circa 2 giorni della degenza media complessiva nei reparti di area medica ($p < 0,001$).

CONCLUSIONI

L'innovativa organizzazione del servizio di bed management e, in particolare, l'avvio delle riunioni quotidiane hanno contribuito ad una riduzione del boarding in PS, della riduzione della degenza media nei reparti di area medica e del numero di pazienti in appoggio, ciò nonostante una contestuale riduzione del numero di posti letto di degenza nei reparti di area medica.

51° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

L'Ospedale e Dintorni

OTTOBRE 01-02-03 2026
ANCONA MOLE VANVITELLIANA



www.congressoanmdo.it

PRESIDENTE

Gianfranco Finzi

SEGRETARIO SCIENTIFICO

Ida Iolanda Mura

SEGRETERIA SCIENTIFICA NAZIONALE

Francesco Auxilia
 Luigi Bertinato
 Lorenzo Blandi
 Michele Chittaro
 Carmelo Del Giudice
 Gianfranco Finzi
 Karl Albert Kob
 Giorgio Mazzi
 Ida Iolanda Mura
 Ottavio Alessandro Nicastro
 Gabriele Pelissero
 Giovanni Pieroni
 Franco Ripa
 Laura Tattini

COMITATO SCIENTIFICO

Paola Anello	Claudio Martini
Luigi Aprea	Giuseppe Matarazzo
Roberto Arione	Morena Mazzanti
Antonio Battista	Rebecca Micheletti
Ludovico Biardi	Antonio Mole'
Michele Chittaro	Nadia Mosca
Francesca Ciraolo	Ida Iolanda Mura
Rosario Cunsolo	Gabriella Nasi
Maria Teresa Cuppone	Sergio Parrocchia
Carmelo Del Giudice	Gabriele Pelissero
Letizia Ferrara	Clemente Ponzetti
Maria Soledad Ferreiro Cotorruelo	Franco Ripa
Gianfranco Finzi	Giorgia Scaloni
Karl Albert Kob	Giuseppe Schirripa
Rosario Lanzetta	Laura Tattini
Riccardo Luzi	Teresa Tedesco



PRESENTAZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano si trova oggi ad affrontare una fase di trasformazione strutturale di portata storica, determinata dalla convergenza di fattori demografici, epidemiologici, tecnologici, organizzativi e culturali. L'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e della multimorbidità, le crescenti disuguaglianze di accesso alle cure, insieme alle aspettative sempre più elevate dei cittadini in termini di qualità, sicurezza e personalizzazione dell'assistenza, impongono una profonda revisione dei modelli tradizionali di erogazione dei servizi sanitari.

In tale contesto, l'ospedale non può più essere concepito come un'entità autonoma e autoreferenziale, ma deve essere ripensato come parte integrante di un ecosistema assistenziale complesso, in cui il territorio, la prevenzione, il sistema socio-sanitario, le tecnologie e la governance istituzionale concorrono in modo coordinato alla tutela della salute pubblica. Il **tema del 51° Congresso Nazionale ANMDO, "L'Ospedale e Dintorni"**, intende esprimere proprio questa visione sistemica, superando una concezione centrata esclusivamente sulla struttura ospedaliera per abbracciare una prospettiva più ampia, integrata e orientata alla continuità delle cure.

Il Congresso si inserisce in un quadro normativo e programmatico in profonda evoluzione.

Il Decreto Ministeriale 77/2022 ha definito nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, rafforzando il principio della prossimità, della presa in carico e dell'integrazione Ospedale-Territorio. Parallelamente, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, attraverso la Missione 6 – Salute, ha destinato risorse senza precedenti alla riorganizzazione dei servizi territoriali, alla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali e al potenziamento delle infrastrutture tecnologiche e informative.

Affiancano il Piano Nazionale della Prevenzione, il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza, nonché le strategie europee in materia di sanità digitale, sicurezza delle cure, preparedness e resilienza dei sistemi sanitari. Tali strumenti delineano un contesto in cui la Direzione Sanitaria assume un ruolo centrale di governo clinico-organizzativo, di integrazione multiprofessionale e di raccordo tra politiche sanitarie, pratica assistenziale ed evidenze scientifiche.

L'insieme di queste riforme impone alle organizzazioni sanitarie di ripensare i propri assetti, i processi decisionali, i modelli di leadership e i sistemi di valutazione delle performance, ponendo al centro la qualità, la sicurezza delle cure e la sostenibilità del sistema.

RUOLO DELL'OSPEDALE E DELLA DIREZIONE SANITARIA

In questo scenario, l'ospedale mantiene un ruolo strategico imprescindibile nella gestione dell'acuzie, della complessità clinica e dell'alta specializzazione, ma è chiamato al contempo a dialogare in modo strutturato con il Territorio, i servizi di prevenzione e il sistema socio-sanitario.

La Direzione Sanitaria è chiamata a svolgere una funzione di regia, coordinamento e garanzia, assicurando l'integrazione dei percorsi assistenziali, la continuità delle cure, l'appropriatezza clinica e organizzativa, nonché il rispetto degli standard di qualità e sicurezza.

La crescente complessità del sistema richiede alla Direzione Sanitaria competenze sempre più articolate: capacità di governo clinico, gestione del rischio, utilizzo dei dati e degli indicatori di performance, leadership multiprofessionale, conoscenza dei sistemi digitali e capacità di interazione con le nuove professioni sanitarie e tecniche.

Il 51° Congresso Nazionale ANMDO si pone l'obiettivo di offrire una sede autorevole di riflessione, confronto e indirizzo strategico sui temi chiave dell'evoluzione del sistema sanitario. In particolare, il Congresso intende:

- *approfondire le trasformazioni in atto nei modelli di assistenza ospedaliera e territoriale;*
- *analizzare il ruolo della Direzione Sanitaria nella governance clinico-organizzativa e nella gestione del cambiamento;*
- *promuovere l'integrazione tra ospedale, territorio, prevenzione e servizi socio-sanitari;*
- *valorizzare l'innovazione digitale, l'intelligenza artificiale e la cybersecurity come leve per la qualità e la sicurezza delle cure;*
- *rafforzare la cultura della prevenzione, con particolare attenzione alle vaccinazioni, al controllo delle infezioni correlate all'assistenza e al contrasto dell'antimicrobico-resistenza;*
- *favorire la condivisione di esperienze, buone pratiche e modelli organizzativi replicabili;*
- *sostenere lo sviluppo di competenze professionali e manageriali coerenti con l'evoluzione del sistema sanitario.*

Il Congresso è rivolto ai Direttori Sanitari, ai Direttori Medici di presidio, ai Dirigenti Medici, ai Professionisti della Prevenzione, alle Professioni Sanitarie, ai Medici di Medicina Generale, agli Ingegneri Clinici, ai Data Manager, ai Risk Manager, ai Dirigenti Amministrativi e ai Decisori Istituzionali. Rappresenta inoltre un momento formativo e culturale di particolare rilievo per i giovani professionisti e i medici in formazione interessati ai temi dell'organizzazione, della governance e della sanità pubblica.

Il 51° Congresso Nazionale ANMDO si configura come un appuntamento istituzionale di alto profilo, volto a riaffermare il ruolo centrale della Direzione Sanitaria nel governo del sistema salute.

Attraverso un approccio scientifico rigoroso, multidisciplinare e orientato alla pratica, il Congresso intende contribuire alla costruzione di un ospedale capace di dialogare con i propri dintorni, di anticipare i cambiamenti e di rispondere in modo efficace, equo e sostenibile ai bisogni di salute della popolazione.

Il Presidente Nazionale

Gianfranco Finzi

Il Segretario Scientifico

Ida Iolanda Mura



PROGRAMMA
AMNDO

01 02 03 OTTOBRE 2026

Auditorium Tamburi



APERTURA CONGRESSO

11.00

Apertura: **Riccardo Luzi**Presentazione del Congresso: **Ida Iolanda Mura**

Saluti Autorità

Il medico di Direzione Sanitaria tra governo,
responsabilità e futuro del sistema sanitario**Gianfranco Finzi**

Conferimento Targhe a Soci Onorari

Proiezione del docufilm: "Vaccinarsi è un gesto d'amore"



LETTURE MAGISTRALI

Presentazione: **Ida Iolanda Mura**

14.00-14.20

Il welfare sanitario in Europa e in Italia: attualità ed evoluzione

Gabriele Pelissero

14.20-14.40

Ospedali e Dintorni: tra eredità storica, cambiamenti di sistema e
trasformazioni sociali**Ottavio Nicastro**

1° SESSIONE

**ANMDO e Dintorni:
la vision dell'ANMDO nei prossimi 10 anni**Moderatori: **Giorgio Mazzi, Gianni Pieroni, Stefano Reggiani**14.40-15.00 *Introduzione***Fabrizio Leigheb, Giuseppe Matarazzo**

15.00-15.20

Position paper ANMDO: la governance sulla
prevenzione delle ICA e dell'antibiotico resistenza**Riccardo Luzi**

15.20-16.00

Il libro, un anno dopo: risultati, criticità e
prospettive dell'Ospedale che vaccina**Claudio Garbelli**

16.00-16.20

Carta di Torino: principi, contenuti,
evoluzione e prospettive future**Lorenzo Blandi****AREA
NETWORKING**open coffee
11.00 -18.30

PROGRAMMA
AMNDO

01 02 03 OTTOBRE 2026

Auditorium Tamburi

16.20-16.30 Conclusioni

Rosario Cunsolo, Carmelo Del Giudice

LETTURE

Moderatori: **Edoardo Balzano, Alessandro Barbarino,
Antonio Molè**

16.30-16.50 Sviluppo dei processi logistico-informatici in ospedale

Massimiliano Mengarelli16.50-17.10 Micro-logistica ospedaliera e governance: misurare i flussi critici
per migliorare tempi, tracciabilità e continuità di servizio**Fabio Garofalo**

2° SESSIONE

**La Direzione Sanitaria e la governance delle
professioni nella sanità del futuro
nell'era della digitalizzazione***Moderatori:* **Luigi Bertinato, Claudio Martini,
Antonio Scarmozzino**

17.10-17.30 Nuovi bisogni e nuovi ruoli: una visione dall'estero

Enric Mayolas17.30-17.50 Il medico digitale: dall'avatar umanoide all'Ospedale virtuale
evoluzione del ruolo e integrazione nei modelli organizzativi**Marco Mazzanti**17.50-18.10 L'infermiere digitale "dall'avatar umanoide all'Ospedale virtuale
evoluzione del ruolo e integrazione nei modelli organizzativi**Barbara Mangiacavalli**

18.10-18.30 È iniziata l'era del Direttore Generale del futuro

Jacopo Cricelli18.30-18.50 Il bioingegnere nell'ospedale del futuro: intelligenza
artificiale, dati e sicurezza in terapia intensiva**Filippo Consolo**18.50-19.10 Le nuove competenze secondo Aspher OMS per i
professionisti della Sanità Pubblica del futuro**Gaetano Privitera**

19.10

Assemblea Generale Elettiva

**AREA
NETWORKING**open coffee
11.00 -18.30

3° SESSIONE

Sessione internazionale ANMDO EUNETIPS
Governance dell'infection prevention in Europa:
il ruolo della Direzione Sanitaria*Moderatori:* **Francesco Auxilia, Tiziana Lazzarotto,
Stefano Tardivo****08.30-08.50** Verso un modello europeo di governance dell'IPC
Silvio Brusafferro**08.50-09.10** Il modello italiano: integrazione tra igiene ospedaliera,
governance e PNRR
Daniele Celotto**09.10-09.30** Modernising infection prevention: il modello francese tra
organizzazione e investimento pubblico
Cédric Dananchè**09.30-09.50** Digital transformation and infection prevention:
il modello tedesco e il ruolo dei dati
Selin Temizel**09.50-10.10** Governance dell'infection prevention: responsabilità, accountability
e modelli organizzativi della Direzione Sanitaria
Maria Teresa Cuppone**LETTURE***Moderatori:* **Milvia Marchiori, Paola Anello, Antonio Gallucci****10.10-10.30** Diagnostica invasiva in sicurezza:
il rischio infettivo in ambito ecografico
Beatrice Casini**10.30-10.50** Approccio multidisciplinare alla prevenzione delle ICA
Massimo Sartelli**10.50-11.10** La sala operatoria intelligente e integrata:
i dati come leva di valore e sostenibilità
**Fausto Bertelli, Diego Bertolino,
Vincenza Palermo****11.10-11.30** AI applicata alla Sanità
Vincenzo Marcovecchio**AREA
NETWORKING**open coffee
08.30 -18.00

PROGRAMMA
AMNDO

01 02 03 OTTOBRE 2026

Auditorium Tamburi

4° SESSIONE

La sanità al bivio digitale: come la cyber sicurezza e l'AI stanno riscrivendo le regole dell'assistenza*Moderatori:* **Karl Kob, Caterina Rizzo, Gabriella Nasi**

- 11.30-11.50** Cybersecurity in sanità: scenari, minacce e strategie di risposta
Gianluca Galasso
- 11.50-12.10** Preparedness e gestione del rischio in cyber in contesti complessi
Daniilo Cereda
- 12.10-12.30** La governance della trasformazione digitale come funzione della Direzione Sanitaria
Sergio Parrocchia
- 12.30-12.50** Attacco hacker: gestione operativa e continuità assistenziale in ospedale
Mario Lugli
- 12.50-13.10** Dalla tecnologia alla responsabilità: chi governa davvero il rischio digitale
Anna Odone

5° SESSIONE

L'Ospedale che vaccina: modello di integrazione Ospedale-Territorio e governance della prevenzione*Moderatori:* **Italo Angelillo, Giovanni Orsi, Paolo Pandolfi**

- 14.10-14.30** L'Ospedale che vaccina: modello organizzativo e ruolo della Direzione Sanitaria
Claudio Lazzari
- 14.30-14.50** Ospedale e Dipartimento di Prevenzione: dalla collaborazione alla governance integrata
Enrico Di Rosa
- 14.50-15.10** Presentazione della Position Paper ANMDO: strategia vaccinale integrata per la prevenzione di Influenza, Covid-19, Pneumococco e RSV
Paolo Bonanni, Cristina Sideli

**AREA
NETWORKING**open coffee
08.30 -18.00

PROGRAMMA
AMNDO

01 02 03 OTTOBRE 2026

Auditorium Tamburi

15.10-17.10 TAVOLA ROTONDA

Dalla teoria alla pratica – integrazione Ospedale – Territorio nella vaccinazione dei pazienti fragili

Moderatori: **Paolo Castiglia, Claudio Costantino, Letizia Ferrara**

Intervengono:

Lucia Grazia Campanile, Antonio Cherubini, Marco Confalonieri, Federica Lenci, Elisabetta Masturzo, Italo Paolini, Anna Maria Schimizzi, Silvia Tognella, Massimo Volpe

17.10-17.30 LETTURA

Presenta: **Carlo Polito**Dal Volume al valore, l'approccio basato sul risultato
Laura Felloni

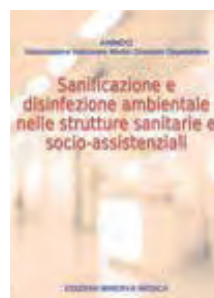
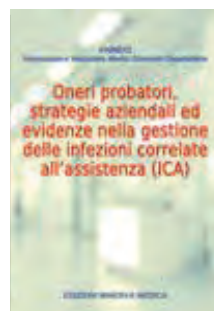
6° SESSIONE

**Il governo dell'antibioticoresistenza:
clinica, organizzazione e
responsabilità istituzionale**Moderatori: **Antonella Agodi, Luigi Aprea
Emilia Vozzella**17.30-17.50 L'antibioticoresistenza come sfida sistemica
per il Servizio Sanitario Nazionale
Giovanna Laurendi (invitata)17.50-18.10 Infezioni correlate all'assistenza e
antibioticoresistenza: criticità organizzative
e responsabilità
Clemente Ponzetti18.10-18.30 Antimicrobial stewardship e governo clinico:
strumenti operativi
Nicola Petrosillo18.30-18.50 Una nuova metodologia per rendere
l'assistenza sanitaria sicura, efficiente e affidabile
Giulia Ciancia**AREA
NETWORKING**open coffee
08.30 -18.00

**PROGRAMMA
AMNDO**
01 02 03 OTTOBRE 2026
Cantina Moroder, Ancona
20.30
Serata conviviale

Apertura e introduzione

Gianfranco Finzi

 Presentazione del libro: *"Sanificazione e disinfezione ambientale nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie"*
Tiziana Lazzarotto

 Presentazione del libro: *"Oneri probatori, strategie aziendali ed evidenze nella gestione delle infezioni correlate all'assistenza"*
Edoardo Errico

 Il nuovo corso di: *"Annali di Igiene"*
una rivista con una visione internazionale

Carlo Signorelli

**AREA
NETWORKING**

 open coffee
08.30 -18.00

PROGRAMMA
AMNDO

01 02 03 OTTOBRE 2026

Auditorium Tamburi

7° SESSIONE

09.00-10.30 TAVOLA ROTONDA

Disinfezione ambientale tra evidenze, innovazione e responsabilità

Moderatori: **Daniela Accorgi, Elide Azzan, Raffaella Perrone**

Intervengono:

**Martina Barchitta, Antonio Carbone, Beatrice Casini,
Francesca Ciraolo, Gianfranco Finzi, Silvia Grandi,
Stefano Guicciardi, Roberto Lombardi, Pietro Manzi,
Andrea Minarini, Marco Piran**

8° SESSIONE

Ospedale, Territorio e Dintorni

Moderatori: **Mattia Altini, Michele Chittaro, Franco Ripa**10.30-10.50 Dalla frammentazione alla integrazione: chi governa in rapporto
ospedale territorio**Emanuele Ciotti**

10.50-11.10 IRCCS e territorio: integrazione fra ricerca, assistenza e reti cliniche

Maria Teresa Montella

11.10 - 11.30 Misurare le attività del territorio: strumenti, indicatori e limiti

Milena Vainieri

11.30-11.50 La gestione delle informazioni sanitarie tra Ospedale e Territorio

Paola Toscani11.50-12.10 L'Utilizzo dell'IA nel Territorio: opportunità e criticità nel modello
assistenziale**Italo Paolini**12.10-12.30 Il DM77: organizzazione, responsabilità e
ruolo della Direzione Sanitaria**Laura Tattini**12.30-12.50 Socio-sanitario ed enti locali:
integrazione istituzionale e criticità operative**Lucia Di Furia**AREA
NETWORKINGopen coffee
09.00 -12.30

PROGRAMMA
AMNDO

01 02 03 OTTOBRE 2026

Auditorium Tamburi

12.50-13.30

Chiusura Congresso
Premiazione Comunicazioni e PosterSESSIONE
COMUNICAZIONI

01 02 03 OTTOBRE 2026

Sala Boxe

La Sessione Comunicazioni si svolgerà in parallelo

Presentazione Comunicazioni

09.30-11.00

Moderatori: **Pasquale Francesco Amendola,
Giuseppe Schirripa, Teresa Tedesco**

11.00-12.30

Moderatori: **Rosario Lanzetta, Elisabeth Montel,
Irene Pandiani**SESSIONE
POSTER

01 02 03 OTTOBRE 2026

*Sala Tabacchi*La Sessione Poster si svolgerà in parallelo per tutto lo svolgimento
dell'Evento Congressuale**AREA
NETWORKING**open coffee
09.00 -12.30

PREMI SCIENTIFICI ANMDO

L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio per il 2026 ai contributi dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione.

I primi 5 classificati per le Comunicazioni e i primi 5 classificati per i Poster verranno premiati durante la Cerimonia di Chiusura del Congresso con la consegna di un attestato e l'iscrizione gratuita al 52° Congresso Nazionale ANMDO 2027.

COMUNICAZIONI

Le comunicazioni possono essere inviate da tutti gli iscritti al Congresso, esclusi i componenti del Direttivo Nazionale e della Segreteria Scientifica dell'ANMDO.

Ciascun iscritto al Congresso può presentare una sola Comunicazione come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altre Comunicazioni.

È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore.

Modalità di presentazione:

- compilare il form dell'area riservata poster - comunicazioni
www.congressoanmdo.it/abstract-submission/
- caricare nell'area riservata: la comunicazione in formato Word, liberatoria e slide kit
- la scadenza per l'invio dei contributi scientifici è fissata entro e non oltre il **15 settembre 2026**

Struttura contributo

- Titolo (max 100 battute)
- Nomi autori (es. Rossi M.; Bianchi S.)
- Qualifica e struttura di appartenenza autori
- Parole chiave (max 3)
- Introduzione, contenuti, conclusioni
- Fino a 2 grafici o tabelle, dovranno essere in bianco e nero
- Il file dovrà essere redatto in formato Word (.doc o .docx),
- Il carattere Times New Roman, dimensione 10, interlinea 1, margini di 2 cm per lato
- Il testo (max 3500 caratteri spazi inclusi, esclusi grafici e tabelle).
- Dovrà essere indicato il nome dell'autore che presenterà il lavoro.

Le Comunicazioni che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettate e quindi non verranno pubblicate sulla rivista L'Ospedale.

Presentazione e premi

Al primo Autore verranno comunicati la data e l'orario delle presentazioni all'interno dell'apposita Sessione. Le Comunicazioni dovranno essere presentate con un set di massimo n. 6 slide, per una durata massima di 10 minuti. Agli Autori delle Comunicazioni verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO. Il lavoro verrà pubblicato sulla rivista L'Ospedale. Le Comunicazioni e lo slide kit saranno di proprietà dell'ANMDO e saranno trattenute ed utilizzate da ANMDO ai fini divulgativi su tutti gli strumenti di comunicazione ufficiale dell'Associazione.

POSTER

I Poster possono essere presentati da tutti gli iscritti al Congresso esclusi i componenti del Direttivo Nazionale e della Segreteria Scientifica dell'ANMDO.

Ciascun iscritto al Congresso può portare un solo Poster come primo Autore ma può essere inserito come coautore in altri Poster.

È obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore.

Modalità di presentazione:

- compilare il form dell'area riservata poster - comunicazioni
www.congressoanmdo.it/abstract-submission/
- caricare nell'area riservata: il poster in formato pdf e liberatoria
- la scadenza per l'invio dei contributi scientifici è fissata entro e non oltre il **15 settembre 2026**

Caratteristiche tecniche:

I poster affissi in sede devono rispettare le seguenti specifiche:

- Dimensioni massime: cm 70 × 100 cm (LxH)
- Testo (max 3500 caratteri spazi inclusi, grafici o tabelle escluse) strutturati come segue:
 - Titolo (max 100 battute)
 - Nomi degli autori (es. Rossi M.; Bianchi S.)
 - Qualifica e struttura di appartenenza autori
 - Parole chiave (max 3)
 - Introduzione, contenuti, conclusioni

I Poster che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno pubblicati sulla rivista L'Ospedale.

I Poster dovranno essere esposti nei giorni del Congresso secondo le modalità che verranno comunicate dalla Segreteria.

Agli Autori dei Poster verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO.

I Poster saranno di proprietà dell'ANMDO e saranno trattenuti ed utilizzati da ANMDO ai fini divulgativi su tutti gli strumenti di comunicazione ufficiale dell'Associazione.

TOPICS

Verranno accettati Comunicazioni e Poster inerenti le seguenti tematiche:

- Autorizzazione e Accreditamento dei servizi sanitari
- Buon uso degli antibiotici (PNCAR)
- Buone pratiche e assistenza in igiene ospedaliera
- Buone pratiche e Linee Guida in sanificazione ambientale
- Competenze e qualità professionali e manageriali in sanità
- Continuità dell'assistenza ospedale territorio
- Covid-19
- Edilizia sanitaria
- Igiene ospedaliera
- Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)
- Informatizzazione
- Innovazione digitale in sanità
- Intelligenza Artificiale
- La formazione in sanità
- Medicina di genere
- Medicina Legale
- Modelli organizzativi e gestionali dei servizi sanitari e dell'assistenza
- Modelli organizzativi ospedale-territorio
- Organizzazione clinico-assistenziale
- Organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici
- Ospedali del futuro tra innovazione e comunicazione
- Percorsi innovativi preventivi, diagnostici e terapeutici assistenziali
- PNRR
- Profilassi vaccinale
- Qualità e sicurezza dei servizi assistenziali
- Qualità delle cure e dei modelli organizzativi
- Presente e futuro della Direzione Medica di Presidio
- Responsabilità professionale
- Risk management e sicurezza delle cure
- Strumenti per la qualità delle infrastrutture di supporto
- Vaccinazione in Ospedale
- Miscellanea
- Governance del sistema sanitario e ruolo della direzione sanitaria;
- Ospedale e territorio: integrazione, continuità e prossimità delle cure;
- L'ospedale che vaccina e la prevenzione come funzione strutturale;
- Prevenzione, controllo delle infezioni e antimicrobico-resistenza;
- Sanità digitale, intelligenza artificiale e ospedale del futuro;
- Cybersecurity e resilienza dei sistemi sanitari;
- Professioni sanitarie del futuro e nuove competenze;
- Valutazione delle performance e governo per indicatori;
- Ospedale, territorio e "dintorni" istituzionali;
- Visione ANMDO e prospettive future;

INFORMAZIONI GENERALI

Il Congresso si svolgerà in modalità plenaria.

L'accesso all'area congressuale e all'area espositiva è consentito esclusivamente a tutti coloro che sono registrati al congresso e sono muniti di badge.

AREA DI NETWORKING

All'interno degli spazi congressuali le aziende partner potranno incontrare in salotti dedicati i partecipanti presenti.

PROIEZIONI

Le presentazioni saranno proiettate esclusivamente da PC fornito dal Congresso. Non sarà assolutamente permesso l'utilizzo del proprio PC.

I file, preparati con il programma Microsoft Power Point, dovranno essere consegnati almeno un'ora prima dell'inizio della sessione su pen-drive, all'apposito centro slide per verificarne la corretta presentazione. Si ricorda che il sistema operativo è esclusivamente Windows.

SEDE

Auditorium Orfeo Tamburi - Mole Vanvitelliana

Banchina Giovanni da Chio, 28 - 60121 Ancona



SEGRETERIA NAZIONALE ANMDO

c/o Ospedali privati riuniti Nigrisoli - Villa Regina
Via Castiglione, 115 - 40136 Bologna - Tel. 051/0310109
anmdo.segreteria@gmail.com
www.anmdo.org



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Events srl

SEDE SENIGALLIA - Via Lorenzo Lotto 9 - 60019 Senigallia (AN) - Tel. 071/7930220

SEDE MILANO - Via Sabotino 14 - 20135 Milano

ancona@congressoanmdo.it

www.congressoanmdo.it



MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione al Congresso prevede una quota di iscrizione, previa registrazione al sito: **www.congressoanmdo.it**

È possibile regolarizzare il pagamento della quota tramite carta di credito direttamente on line oppure tramite bonifico bancario intestato a:

Beneficiario:	Events Srl a Socio Unico
Banca ed Agenzia:	BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA PIAZZA ROMA,5 – SENIGALLIA
IBAN:	IT411 01030 21300 0000 0129 0279
Causale:	"nome dell'iscritto" Congresso ANMDO 2026

Copia del bonifico bancario dovrà essere inviato alla mail:

ancona@congressoanmdo.it

Le iscrizioni prive del pagamento saranno ritenute nulle.

Non sono previsti rimborsi. L'iscrizione al congresso include: l'accesso ai lavori congressuali, kit congressuale, attestato di partecipazione, accesso ai servizi ristorativi in sede congressuale.

QUOTE DI ISCRIZIONE

Soci ANMDO	non Soci ANMDO	Specializzando Socio ANMDO	Specializzando non Socio ANMDO
€90,00 +IVA <i>fino al 31.08.2026</i>	€240,00 +IVA <i>fino al 31.08.2026</i>	gratuito	€90,00 +IVA <i>fino al 31.08.2026</i>
€120,00 +IVA <i>dal 01.09.2026</i>	€300,00 +IVA <i>dal 01.09.2026</i>	gratuito	€120,00 +IVA <i>dal 01.09.2026</i>

L'iscrizione il giorno dell'evento prevede una maggiorazione di € 50,00 + IVA

FACULTY

Daniela Accorgi,

Consiglio Direttivo ANIPIO Infermieri Specialisti
Rischio

Antonella Agodi,

Professore Ordinario Igiene e Sanità Pubblica e
Direttore Dip. G.F. Ingrassia, Università di Catania

Mattia Altini,

Direttore Generale, Azienda USL di Modena

Pasquale Francesco Amendola,

Componente del Consiglio di Indirizzo e Verifica
dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture, Potenza

Paola Anello,

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

Italo Francesco Angelillo,

Professore Ordinario Igiene, Pro Rettore Vicario,
Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli
di Napoli

Luigi Aprea,

Direttore Sanitario della Casa di Cura Noto
Pasqualino di Palermo

Francesco Auxilia,

Già Professore Ordinario Igiene Università degli
Studi di Milano

Elide Azzan,

Presidente Sezione Piemonte/Valle d'Aosta
ANMDO

Edoardo Balzano,

Dirigente Medico, SC Direzione Medica di
Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni
Ospedaliere, AOU di Sassari

Alessandro Barbarino,

Dirigente Medico, Responsabile UOSD Liste di
Attesa e ALPI - Direzione Sanitaria AOU Federico
II di Napoli

Martina Barchitta,

Professore Associato Igiene Generale e Applicata,
Università degli Studi di Catania

Fausto Bertelli,

Fondatore di BB Impianti & Ideatore di Nicfa

Luigi Bertinato,

Comitato Scientifico Nazionale ANMDO, Senior
Consultant WHO, Venice

Diego Bertolino,

CEO & Co-founder di Tobin S.r.l

Lorenzo Blandi,

Ricercatore Tenure-Track di Igiene Università
Vita-Salute San Raffaele di Milano

Paolo Bonanni,

Professore Ordinario Igiene Generale e Applicata,
Università degli Studi di Firenze

Silvio Brusaferrò,

Professore Ordinario Igiene, Università degli Studi
di Udine, Direttore SOC Accreditamento, Qualità
e Rischio Clinico - ASUFC, Udine

Lucia Grazia Campanile,

Direttrice Sanitaria di Presidio Ospedaliero,
Ospedale Alta Val d'Elsa, ASL Toscana Sud Est

Antonio Carbone,

Direttore Sanitario Casa di Cura San Raffaele al
Portuense, Roma

Beatrice Casini,

Professore Associato Igiene e Medicina
Preventiva, Università di Pisa

Paolo Giuseppino Castiglia,

Professore Ordinario Igiene, Università degli Studi
di Sassari, Direttore Medico di Presidio, AOU
Sassari

Daniele Celotto,

Dirigente Medico, Gestione programmi
prevenzione e controllo rischio infettivo nelle
strutture sanitarie, SOC Accreditamento, Qualità e
Rischio Clinico ASU Friuli Centrale

Danilo Cereda,

Dirigente Struttura Prevenzione Sanitaria dei
Rischi Ambientali, Climatici e Lavorativi, Regione
Lombardia

Antonio Cherubini,

Direttore di Geriatria, IRCCS INRCA di Ancona

Michele Chittaro,

Direttore Sanitario Aziendale, Azienda Sanitaria
Friuli Occidentale ASFO

Giulia Ciancia,

Direttore Sanitario Ospedale di Sassuolo

Emanuele Ciotti,

Direttore Generale Azienda USL
Umbria 1, Perugia

Francesca Ciraolo,

Direzione Medica di Presidio Ospedaliero,
Azienda USL Toscana Centro

Marco Confalonieri,

Direttore Scuola di Specializzazione in Malattie
Apparato Respiratorio Università degli Studi di
Trieste, Direttore SC di Pneumologia AOU
Giuliano Isontina di Trieste

Filippo Consolo,

Ricercatore di Bioingegneria, Università
Vita-Salute San Raffaele di Milano

Claudio Costantino,

Professore Associato Igiene Generale ed
Applicata, Università degli Studi di Palermo

Iacopo Cricelli,

CEO & Founder di Genomedics & Data Life

Rosario Cunsolo,

Direttore Medico di Presidio ASP Catania
Ospedale di Acireale

Maria Teresa Cuppone,

Direttore Sanitario Aziendale IRCCS Policlinico
San Donato, San Donato Milanese

Cedric Dananchè,

MCU-PH, Department of Hygiene,
Epidemiology, Infectious Disease Surveillance
and Prevention (SHEIP), Hospices Civils de
Lyon, France

Carmelo Del Giudice,

Direttore Sanitario Clinica Privata Villa Turina
Amione, San Maurizio Canavese

Lucia Di Furia,

Già Direttrice Generale ASP Reggio Calabria

Enrico Di Rosa,

Direttore UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica,
ASL Roma 1

Edoardo Errico,

Avvocato EFGM Legal Consulting

Laura Felloni,

Regional Sales Manager Ansell, Healthcare
Europe

Letizia Ferrara,

Responsabile UOSD Qualità e Sicurezza del
Paziente, Benessere Organizzativo e
Accreditamento-Direzione Sanitaria d'Istituto,
IRCCS INRCA Ancona

Gianfranco Finzi,

Presidente Nazionale ANMDO, Direttore
Sanitario Ospedali Privati Riuniti Villa Nigrisoli e
Villa Regina, Bologna

Gianluca Galasso,

Amm. Div. (Ris) Direttore del Servizio Operazioni
e Gestione delle crisi cyber Agenzia per la
Cybersicurezza Nazionale (ACN), Roma

Antonio Gallucci,

Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Provinciale
di Catanzaro

Claudio Garbelli,

Coordinatore gruppo di lavoro nazionale ANMDO
Ospedale che vaccina

Fabio Garofalo,

Direttore Generale di Aerocom GCT S.r.l.

Silvia Grandi,

Presidente Copma Scpa

Stefano Guicciardi,

Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio,
AUSL di Bologna

Karl Albert Kob,

Vicepresidente Nazionale ANMDO con delega
alle attività organizzative, Docente Polo
Universitario delle Professioni Sanitarie
Claudiana, Bolzano

Rosario Lanzetta,

Già Direttore Sanitario Aziendale AORN San
Giuseppe Moscati, Avellino

Giovanna Laurendi,

Dirigente Medico Ministero della Salute
Direttore UOC ufficio 2-Prevenzione e profilassi
delle malattie trasmissibili
Direzione Generale Emergenze Sanitarie

Claudio Lazzari,

Direttore UO Direzione Medica Ospedali
Maggiore e Bellaria (SC), Azienda USL di
Bologna

Tiziana Lazzarotto,

Professoressa Ordinaria Microbiologia e
Microbiologia Clinica, Università di Bologna,
Direttore UOC di Microbiologia, IRCCS Azienda
Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico
di Sant'Orsola

Fabrizio Leigheb,

Direttore f.f. SC Direzione Medica dei Presidi
Ospedalieri Direttore SS Rischio Clinico e Qualità
Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore
della Carità, Novara

FACULTY

Federica Lenci,

Direttore UOC Nefrologia e Dialisi, IRCCS INRCA
Ancona

Roberto Lombardi,

già Dipartimento Innovazioni Tecnologiche
INAIL, già Dipartimento di Sanità Pubblica
Università Federico II di Napoli

Mario Lugli,

Direttore UOC Servizio Tecnologie
dell'Informazione, AOU Modena

Riccardo Luzi,

Direttore Sanitario Aziendale, IRCCS INRCA
Ancona

Barbara Mangiacavalli,

Presidente FNOPI Federazione Nazionale Ordini
Professioni Infermieristiche

Pietro Manzi,

Direttore FF Direzione Medica Azienda
Ospedaliera di Perugia

Milvia Marchiori,

Direttore Medico Ospedale di Camposampiero,
ULSS 6 Euganea

Vincenzo Marcovecchio,

Italy Sales and Services Coordinator di
Solventum

Claudio Martini,

Direttore Sanitario Aziendale AOU delle Marche,
Ancona

Elisabetta Masturzo,

Direttrice SC Vaccinazioni, Staff Direzione
Sociosanitaria, ASST Grande Ospedale
Metropolitano Niguarda

Giuseppe Matarazzo,

Segretario Sindacale Nazionale ANMDO,
Direttore Sanitario Pineta Grande Hospital,
Castel Volturno, Caserta

Enric Mayolas,

Independent Consultant specialising in Digital
Healthcare and Hospital Care, Barcelona

Marco Mazzanti,

Direttore Cardiac Imaging e Telecardiologia,
AOU delle Marche, Ancona

Giorgio Mazzi,

Direttore di Presidio Ospedaliero dell'Azienda
USL IRCCS di Reggio Emilia

Massimiliano Mengarelli,

Direttore Area Medica di SOL S.p.a.

Andrea Minarini,

Presidente SIGeRiS - Società Italiana Gestione del
Rischio in Sanità, Bologna

Antonio Molè,

Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio,
AOU Dulbecco di Catanzaro

Elisabeth Montel,

Direttrice del Comprensorio Sanitario di
Bressanone

Maria Teresa Montella,

Direttore Generale Fondazione IRCCS Istituto
Nazionale dei Tumori, Milano

Ida Iolanda Mura,

Segretario Scientifico Nazionale ANMDO,
Già Professore Ordinario Igiene e Medicina
Preventiva Università degli Studi di Sassari

Gabriella Nasi,

Direttore Sanitario Ospedale Cristo Re GIOMI
Roma

Ottavio Alessandro Nicastro,

Direttore Sanitario Aziendale USL
Umbria 1, Perugia

Anna Odone,

Professore Ordinario Igiene, Università di Pavia,
Direzione Sanitaria Aziendale IRCCS Fondazione
San Matteo, Pavia

Giovanni Battista Orsi,

Professore Ordinario Igiene, Sapienza Università
di Roma

Vincenza Palermo,

Direttore SC Risk Management, ASL TO4,
Presidente Nazionale COMLAS

Irene Pandiani,

Componente Direttivo Regionale ANMDO, Puglia

Paolo Pandolfi,

Direttore Dip. di Sanità Pubblica AUSL Bologna

Italo Paolini,

Segretario Regionale SIMG delle Marche

Sergio Parrocchia,

Direttore Sanitario Aziendale ASL Latina

Gabriele Pelissero,

Vicepresidente Nazionale ANMDO, Presidente Nazionale AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata), Professore Emerito Igiene Università degli Studi di Pavia

Tiziana Perrone,

Direttore Uffici Biocidi e Cosmetici, Ministero della Salute, Roma

Nicola Petrosillo,

Responsabile Servizio Controllo delle Infezioni e Consulenze Infettivologiche, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Marco Piran,

Direttore Generale Protekta

Giovanni Pieroni,

Comitato Scientifico ANMDO, Igienista libero professionista, Bologna

Carlo Polito,

Dirigente Medico Direzione Sanitaria IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola, Bologna

Clemente Ponzetti,

Coordinatore Sanitario Gruppo Policlinico di Monza, Ivrea

Gaetano Pierpaolo Privitera,

AOUP Pisa, UO Igiene e Epidemiologia, Università di Pisa

Stefano Reggiani,

Direttore Generale Ospedale di Sassuolo

Franco Ripa,

Direttore Generale Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle Cuneo

Caterina Rizzo,

Professore Ordinario Igiene e Medicina Preventiva Dipartimento di Ricerca Traslationale e Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

Massimo Sartelli,

Medico Chirurgo, UO Chirurgia Generale e d'Urgenza, AST Macerata

Antonio Scarmozzino,

Direttore Medico di Presidio Ospedale Molinette, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Annamaria Schimizzi,

Direttore UOC Medicina Interna di Camerino, AST Macerata, Presidente Regionale FADOI Marche

Giuseppe Schirripa,

Direttore Sanitario del Centro riabilitativo S. Maria ai Servi di Parma - Fondazione Don Carlo Gnocchi

Cristina Sideli,

Direttore Sanitario Poliambulatorio S. Camillo, Bologna

Carlo Signorelli,

Professore Ordinario Igiene Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Stefano Tardivo,

Professore Ordinario Igiene Generale e Applicata Università di Verona

Laura Tattini,

Direttore Zona Distretto e Società della Salute Alta Val D'elsa AUSL Toscana Sud Est

Teresa Tedesco,

Direttore Medico Presidio Ospedaliero Gubbio Gualdo Tadino e POU (Stabilimenti Assisi, Media Valle del Tevere, Castiglione del Lago e CORI), AUSL Umbria 1, Perugia

Selin Temizel,

Head of the Dpt. of Hygiene and Environmental Medicine, University Hospital Augsburg

Silvia Tognella,

Direttore UOC Pneumologia, ULSS 9 Scaligera

Paola Toscani,

Direttore UOC Gestione prestazioni sanitarie AAS 5 Friuli Occidentale

Milena Vainieri,

Professoressa in Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Massimo Volpe,

Professore Emerito, Sapienza Università di Roma, Responsabile Area Prevenzione Cardiovascolare IRCCS San Raffaele, Roma

Emilia Anna Vozzella,

Direttore Sanitario Aziendale ASL Avellino

CON LA SPONSORIZZAZIONE DI

PLATINUM SPONSOR

sanofi

cns
CONSORZIO
NAZIONALE
SERVIZI

Pfizer

SOLGROUP
a breath of life

solventum

Ansell

GOLD SPONSOR

Tristel™

tobin

operamed

nicfa

altamed

Patekta

sweesh
TECNOLOGIA E CONSULENZACOPMA
POHS

aerocom

Boehringer
IngelheimL'OPERA SpA
Fondata sul lavoro

SILVER SPONSOR





ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere



www.congressoanmdo.it