



fficina delle Idee

IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI

TEMA LIBERO

CENTRO ITALIA

Lazio, Marche, Toscana, Umbria



IL VOLONTARIATO TRA OSPEDALE E TERRITORIO: AL TEMPO DEL COVID

*** Bruno Eleonora, * Leto Antonella, ** Masala Paola, *** Ruggieri Maria Pia, **** Frittelli Tiziana**

* Dipartimento Professioni Sanitarie, RIOD Formazione, * Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie,

** Direttore Direzione Medica dei Presidi, *** Direttore UOC Medicina D'Urgenza e Pronto Soccorso, **** Direttore Generale

INTRODUZIONE

Il volontariato è una risorsa importante e fondamentale per la Comunità, un valore "aggiunto" persone che ogni giorno dedicano impegno a favore degli altri. Questa funzione sociale è ancora più importante, in ambito sanitario, dove il volontariato costituisce un'imprescindibile supporto ai cittadini/pazienti e agli operatori sanitari.

Proprio per favorire il lavoro dei volontari, l'AO SGA è parte attiva ogni anno nella progettazione e svolgimento dei corsi di formazione per nuovi e vecchi operatori del Volontariato ARVAS: Tale collaborazione ha avuto inizio già nell'anno 2016, è stata sospesa nell'anno 2020 in piena emergenza Covid 19 ma è subito ripresa nell'anno 2021.

I Nostri Volontari a garanzia della sicurezza hanno ripreso le Loro attività non nelle UO di degenza ma nell'accoglienza accoglienza/informazione dei cittadini/utenti/pazienti presso i Nostri Presidi:



MATERIALI E METODI

Il corso di formazione annuale, 10 moduli, nei quali ai professionisti individuati da ARVAS si affiancano gli operatori sanitari dell'AO SGA, sono previste lezioni teoriche e pratiche, per i corretti comportamenti da mettere in atto nell'interno dell' AO. Gli interventi formativi si alternano: momenti di trasmissione frontale, o video conferenza, necessari per creare una base di conoscenze condivise e l'apprendimento dei concetti più tecnici; metodologia interattiva, condivisione delle esperienze, e discussioni partecipative guidate.



Accoglienza :

- 1. Pronto Soccorso**
- 2. Centro Vaccinale**
- 3. Poliambulatori**
- 4. Ambulatori Specialistici**
- 5. Orientamento all'utenza**

ACCOGLIENZA

Obiettivo: far girare quindi l'organizzazione in modo da stare intorno al paziente, qualunque sia il suo problema di salute e non viceversa far girare il paziente intorno alla organizzazione in un pellegrinaggio da sportello a sportello, da ambulatorio ad ambulatorio, autonomamente, da solo, in modo spesso disorientante, dove la libera scelta viene confusa con un districarsi in una giungla. Add your information, graphs and images to this section.



COMUNICAZIONE

UMANIZZAZIONE

PRIVACY



MISURE PER IL CONTROLLO COVID 19

PERCORSI INTERNI AOSGA

CONCLUSIONI

Il volontariato non sostituisce il pubblico ma è risorsa fondamentale del sistema dei servizi in grado di offrire aiuto in ambito ospedaliero ma anche nella deospedalizzazione, questione cruciale all'interno del ridisegno dei percorsi assistenziali ospedale - territorio. Il ruolo del volontariato trae la sua forza, proprio per la sua natura, anche dal solo fatto di essere presenti all'interno dei nostri ospedali: in diverse ore della giornata il cittadino/paziente ha un punto di riferimento a cui appoggiarsi per chiedere sostegno e orientamento.



INFORMAZIONE

Obiettivo: Fornire informazioni utili alla partecipazione del paziente al suo bisogno di salute, alla sua cura e possibilmente guarigione, alla sua riabilitazione ed alla prevenzione. Decodificare le informazioni ed adattare alle singole situazioni. Informare correttamente significa poi trasparenza, che si trasforma in forza operativa per la stessa riuscita dell'azione sanitaria, quindi per avere migliori risultati e maggiore soddisfazione a tutti i livelli.



Bibliografia

- Convenzione AO San Giovanni Addolorata ed Assistenza Regionale Volontari Assistenza sanitaria
- Ministero Della Sanità - Servizio Studi e Documentazione. (2000). Ruolo ed obiettivi del Volontariato in Sanità
- Mansionario ARVAS anno 2008
- Ministero della Salute. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020.



Sanità innovativa:

La telemedicina a supporto del PS per I codici minori



Introduzione: Negli anni, si è assistito progressivamente ad un continuo aumento di richieste di cure immediate all'interno della struttura ospedaliera, attraverso il front office 'pronto soccorso', da parte del cittadino.



Scopo di questo progetto è gestire e indirizzare il flusso di pazienti che accede al pronto soccorso di diversi presidi ospedalieri, distribuiti all'interno di una rete ASL interospedaliera, che lamenta sintomatologia "minore", ben codificata, verso gli ambulatori di telemedicina. **Metodo:** sono state identificate, pertanto, 8 "aree sintomi" (lombalgia, punture d insetto, otalgia, odontalgia, orticaria senza altra manifestazione, disuria/stranguria, stipsi senza dolore addominale, stato di agitazione reattiva) nell'ambito di codici minori (codici 5 e 4, secondo il Modello Triage Lazio, implementato in tutti i PS della regione Lazio). Il medico urgentista, individuato nell'organico di un pronto soccorso, afferente alla rete ospedaliera della ASL di riferimento, in modalità h24, 7 giorni su 7, gestisce, in remoto, dopo l'attribuzione del codice di triage e nell'ambito delle 8 "aree sintomi", il paziente che, al termine del percorso, può essere -dimesso a domicilio con terapia,-dimesso con richiesta di visita ambulatoriale specialistica differibile, -indirizzato alle case di comunità tramite un agenda di appuntamento preferenziale) dimesso a domicilio con terapia, 2) dimesso a domicilio con richiesta di visita ambulatoriale specialistica differibile, 3) dimesso e indirizzato alla Casa di Comunità tramite un agenda di appuntamenti preferenziali per proseguire il percorso multi specialistico/multidisciplinare indicato, in cui sarà coinvolto, ove necessario, anche il servizio di assistenza sociale territoriale. riduzione del numero di pazienti nei locali del pronto soccorso (overcrowing)

Risultati attesi

- riduzione del numero di abbandoni da parte di pazienti triagiati ma non visitati,
- riduzione della spesa ospedaliera per accertamenti strumentali e di laboratorio nel percorso dell'urgenza dedicato ai pazienti acuti,
- archiviazione semplificata dei dati clinici, circa le patologie minori del paziente,

Indirizzato alla case della comunità in agenda prioritaria per visite specialistiche

**Infermiere di comunità
Assistenti sociali**

Dimesso a domicilio con terapia

**Meno attese
Meno abbandoni
Risparmio costi di gestione lab
radiologia**



Include a QR code to scan to download a digital copy of your poster.



RACCOMANDAZIONI PROCEDURE SISTEMA QR CODE

Introduzione

Il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti *eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).*

Il Ministero della Salute intende aumentare la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie a garanzia dei LEA tramite diverse azioni tra le quali l'elaborazione e la disseminazione di "Raccomandazioni" specifiche rivolte a tutte le strutture sanitarie.

Il passaggio successivo è la valutazione dell'implementazione delle Raccomandazioni da parte delle strutture sanitarie e ormai da anni l'ASL di Latina si prodiga in tale intento con il desiderio di declinare la diffusione delle Raccomandazioni con Procedure "cucite" sul proprio contesto di cura e assistenza nell'ottica della capillarità nel quotidiano.

Metodo

La UOC Rischio Clinico, in collaborazione con la UOC Professioni Sanitarie attraverso il coordinamento del Responsabile ArOp Qualità, ha individuato dei professionisti sanitari formati sulla metodologia del rischio clinico (infermieri con figura di facilitatori) e sono stati organizzati dei gruppi di lavoro tematici in riferimento alle varie procedure.

I suddetti hanno girato per l'Azienda, coadiuvati da un Responsabile tematico (Dirigente Medico), raccogliendo sia il materiale precedentemente redatto sia le necessità di contesto assistenziale.

Le Procedure redatte, verificate dal Medico Legale dell'Azienda, sono state approvate dal Direttore UOC Rischio Clinico e pubblicate nella sezione dedicata sul sito internet Aziendale.

Ulteriore passaggio è stata la creazione di Poster con un elenco delle Procedure, affiancato dalla generazione di QR code univoco per ciascuna, affisso in tutti i reparti ospedalieri e le sedi distrettuali dell'ASL di Latina.

Il sistema del Qr-code prevede che, con l'inquadratura attraverso fotocamera di un dispositivo elettronico (smartphone, tablet), possa permettere l'immediata visualizzazione della Procedura, consultazione e salvataggio della stessa.

Conclusioni

Il sistema del Qr-code ha permesso una diffusione capillare delle procedure non solo in contesto ospedaliero ma anche territoriale.

L'impatto grafico intuitivo, la metodologia attuale che si avvicina alla digitalizzazione delle conoscenze della popolazione, la possibilità in pochi secondi di consultazione delle Procedure da parte sia del personale sanitario sia dei pazienti hanno permesso una preziosa possibilità di training e refresh delle conoscenze disponibili.

Catturare l'attenzione degli utenti è l'obiettivo di una Sanità che è in continua evoluzione.



Risultati

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
**ASL
LATINA**

**REGIONE
LAZIO**

RACCOMANDAZIONI E PROCEDURE AZIENDALI

RACCOMANDAZIONI

- 1 RACCOMANDAZIONE PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO POTASSIO-KCL ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO
- 2-3 RACCOMANDAZIONE PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI DEL SITO CHIRURGICO E PER LA PREVENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE IN SALA OPERATORIA
- 4 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTI IN OSPEDALE
- 5 PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITA' ABO
- 6 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E O PARTO
- 7 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA
- 8 RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI
- 9 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEL MALFUNZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI APPARECCHI ELETTROMEDICALI
- 10 PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA MANDIBOLARE DA BIFOSFONATI
- 11 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO SECONDARIO
- 12 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI LOOK ALIKE SOUND ALIKE
- 13 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE
- 14 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI ANTIBIOTICI
- 15 RACCOMANDAZIONE PER MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E O ALL'INTERNO DEL P. S. DELLA ASL DI LATINA
- 16 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO DI PESO > 2500 GR NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA
- 17 RACCOMANDAZIONE PER LA RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA
- 18 RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI ACRONIMI SIGLE E SIMBOLI
- 19 RACCOMANDAZIONE PER LA MANIPOLAZIONE DELLE FORME FARMACEUICHE ORALI SOLIDE

PROCEDURE AZIENDALI

- PROCEDURA DI INCIDENT REPORTING
- PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE SARS COV 2 E GESTIONE DEI CLUSTER
- PROCEDURA PER LA CONTENZIONE FISICA DEI PAZIENTI
- PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE
- PROCEDURA PER L'ACCESSO NELLE CAMERE OPERATORIE DEGLI SPECIALISTI DI PRODOTTO
- PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL CARRELLO DI EMERGENZA
- PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLO STRAVASO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN AREA RADIOLOGICA
- PREVENZIONE DELLA TROMBOEMBOLIA VENOSA POST-CHIRURGICA
- SAFETY WALK ROUND
- PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI CATERETI VENOSI PERIFERICI
- PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Le procedure sono in continuo MIGLIORAMENTO : per le NOVITA' inquadra il codice QR CODE qui sotto

RISCHIO CLINICO

Realizzato da:
UOC RISCHIO CLINICO E UOC PROFESSIONI SANITARIE

AZIENDA USL LATINA - UOC RISCHIO CLINICO - CENTRO DIREZIONALE COMMERCIALE LATINA FIORI PAL. G2 V.LE PIER LUIGI NERVI, SNC -
04100 LATINA PARTITA IVA 01684950599 - SITO INTERNET: WWW.AUSL.LATINA.IT MAIL: RISCHIOCLINICO@AUSL.LATINA.IT



LOGISTICA DEI BENI SANITARI L'ESPERIENZA DELLA ASL ROMA 1

M. Vescia*, M. Quintili*, R. Pavan **, S. Caldarini***, R. Volpini****

* UOC Sicurezza Qualità e Risk Management ASL Roma 1, ** Direttore UOC Sicurezza Qualità e Risk Management ASL Roma 1.
Direttore Area del Farmaco ASL Roma 1, * Direttore UOSD Pianificazione Acquisti e Monitoraggio Spesa Beni Sanitari
ASL Roma 1, **Direttore Generale ff ASL Roma 1

Abstract

La strategia generale della filiera dei farmaci combina diversi importanti elementi: la gestione del rischio, la scelta, la selezione e l'acquisto dei farmaci e l'organizzazione della logistica dei farmaci. In questo lavoro verrà illustrata la strategia della ASL Roma 1 relativa alla filiera del farmaco all'interno dell'Azienda che ha consentito di incrementare l'efficienza della catena di approvvigionamento dei farmaci, l'appropriatezza prescrittiva e soprattutto la sicurezza dei pazienti, senza impattare sulla qualità dell'assistenza erogata all'utenza.

Introduction

La ASL Roma 1 ha iniziato un percorso di reingegnerizzazione della supply chain dei farmaci attraverso la riorganizzazione dei processi e dei vari passaggi che vanno dal fornitore al letto del paziente e/o suo domicilio. Per raggiungere tale risultato è stato utilizzato il Lean Management

CHALLENGE

- **VISION:** definire, pianificare e comunicare obiettivi comuni sia sul piano strategico che sul piano tattico in modo che tutti «remino insieme nella stessa direzione» e attuando soluzioni condivise
- **TEAM WORK:** lavorare per «processi», e non per funzioni separate, creando squadre di lavoro sia nel quotidiano che nella progettualità; l'ottimizzazione in un punto isolato non costituisce un'ottimizzazione per l'intera filiera;
- **ACCOUNTABILITY:** attitudine ed impegno nei confronti dei colleghi e del team a svolgere direttamente o farsi carico dell'esecuzione di attività utili per il raggiungimento dell'obiettivo comune
- **KPI:** definire metriche chiave di processo: i processi non misurati non sono migliorabili.
- **TIMING:** pianificare attività con date (ed orari) precisi e rispetto del timing

Materials

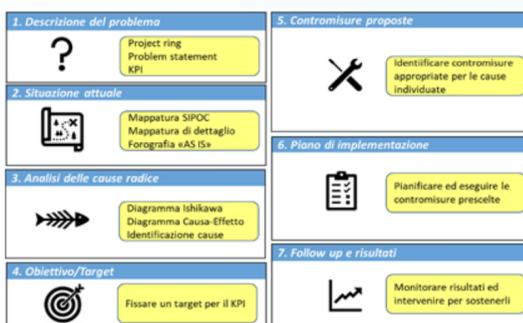
Il progetto ha **avuto** una durata di circa 7 mesi ed è iniziato con la formazione in aula di tutte le figure chiave: farmacista, medici di DS, personale amministrativo e sanitario, in seguito sono stati individuati 5 cantieri applicativi che hanno lavorato per l'individuazione di criticità e l'individuazione di misure di miglioramento, infine sono stati presentati i risultati ottenuti e definite le azioni successive per la riorganizzazione di ulteriori processi.



Si è scelto di utilizzare come strumento il report A3 perché **si basa su un metodo scientifico**: fondamentalmente, ti aiuta a raccogliere e utilizzare i dati per comprendere veramente il problema che da risolvere ed identificare le migliori contromisure da implementare per raggiungere la condizione ideale.

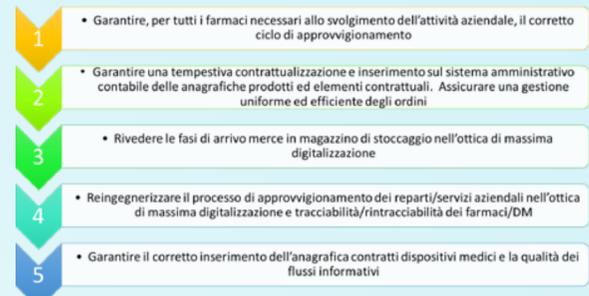
In un modello A3 è incorporato il ciclo PDCA, in quanto si prevede che verrà riesaminato e aggiornato più volte fino a quando il problema non sarà risolto: è attraverso questi miglioramenti e aggiustamenti che ci si avvicina più all'obiettivo. L'A3 si compone di due parti:

- nella parte sinistra troviamo quattro sezioni (e un titolo): Background e contesto, Situazione attuale, Obiettivo / Target e Analisi. Qui è dove il problema e il contesto in cui esiste sono studiati per raggiungere la causa principale.
- Sul lato destro, abbiamo tre sezioni: contromisure proposte, piano d'azione e follow-up. È qui che vengono identificate le possibili soluzioni e viene preparato un piano d'azione.



Methodology

Dopo il corso di formazione, organizzato al fine di omogeneizzare le conoscenze, sé stato scomposto il processo di supply chain e suddiviso in 5 macrofasi e ad ognuna di esse è stato assegnato un gruppo di lavoro con un obiettivo specifico.



Ciascun gruppo ha esaminato il processo attraverso i seguenti steps:

- Individuato il problema da risolvere;
- Individuato i KPI più rappresentativi;
- Mappato il processo fotografando lo stato AS IS;
- Analizzato il problema e le sue cause fin ad arrivare alla causa radice;
- Individuato obiettivo da raggiungere;
- Proposto delle azioni di miglioramento;
- Costruito un piano di attività per raggiungere i risultati previsti;
- Monitorato nel tempo i risultati raggiunti.

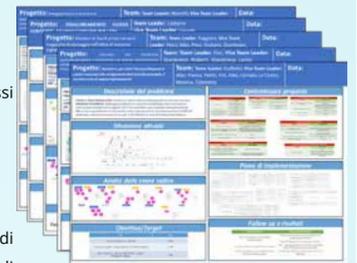
Results

Dall'analisi degli A3 prodotti abbiamo potuto individuare dei problemi comuni a tutti i processi analizzati:

- Processi con work flow non chiaramente definito;
- Flussi di informazioni non corretti;
- Scarsa definizione di chi fa cosa e come (molti processi sono operatore dipendente);
- Assenza di procedure e istruzioni operative condivise;
- Competenze mal utilizzate;
- Picchi e valli di attività e conseguenti colli di bottiglia;
- Processo poco informatizzato (inserimento manuale di ordini e informazioni con possibilità di errore e necessità di più persone che controllano);
- Elevata variabilità nella realizzazione degli output richiesti.

Sono quindi state individuate diverse azioni di miglioramento:

- Ridefinizione dei processi con work flow chiari e chiara definizione di «chi fa cosa»;
- Definizione di flussi di informazione coerenti e completi;
- Definizione di procedure per la corretta gestione delle attività;
- Riduzione della variabilità del processo;
- Riorganizzazione e snellimento della reportistica utilizzata;
- Riorganizzazione delle attività interne per standardizzare le fasi del processo e ridurre la variabilità nei tempi di attività.



Conclusioni

Grazie all'applicazione del metodo Lean è stato possibile:

- Perseguire un miglioramento «**misurabile**» e stabile dei processi aziendali;
- Rendere omogenei e **standardizzati** i processi, e non «persona-dipendente»;
- Cogliere le varie **criticità**, gli **sprechi** e le perdite nei processi attuali, ed esaminarne le cause;
- Cogliere le opportunità di **miglioramento** ed utilizzare i metodi del Lean per identificare le soluzioni ed attuarle concretamente in uno stato futuro «**praticabile**»;
- Creare una cultura aziendale orientata al «**problem solving**» ed al «**miglioramento continuo dei processi**».

Acknowledgements

1. Lean healthcare nella logistica del farmaco. Dalla produzione alla somministrazione C. Bianciardi, J. Guercini, R.Olivieri. Edra 2017.
2. Lean Healthcare Management A. Bacci, Ispoa 2017



“LA REINGEGNERIZZAZIONE DEI FLUSSI IN ANATOMIA PATOLOGICA CON L’UTILIZZO DEL LEAN MANAGEMENT”

Maria Vescia*, Maddalena Quintili*, Vito Gomez**, A. Molinaro**, Pietro Grasso***, Patrizia Chierchini***
 *UOC Sicurezza Qualità e Risk Management, **UOC Anatomia Patologica ASL Roma 1
 ***Area di Direzione Ospedaliera ASL Roma 1

Abstract

Background: l'analisi del «Patient Journey» del percorso per il Breast Cancer ha fatto emergere che un punto critico per l'organizzazione e per le pazienti è rappresentato dal tempo che intercorre tra il prelievo bioptico e la consegna del referto. Per l'organizzazione la dilatazione dei tempi rappresenta un problema in termini di dilatazione dei tempi per l'intervento chirurgico o l'inizio di trattamenti neoadiuvanti. Per la donna invece, questo momento rappresenta un fattore di stress importante, in quanto «l'incertezza sulla possibilità o meno di avere una malattia è difficile da affrontare razionalmente, senza ansie e cattivi pensieri»

Design: questo lavoro ha focalizzato la sua attenzione sul processo che va dall'arrivo del campione presso il laboratorio di anatomia patologica fino alla consegna del referto andando a lavorare sul processo su tre aspetti particolari associati al valore: l'operativo, il clinico e l'esperienziale. Si è cercato di individuare le attività a valore aggiunto ed eliminando o quantomeno riducendo quelle a Non Valore Aggiunto.

Conclusion: l'applicazione delle tecniche Lean al processo di Anatomia Patologica ha consentito di migliorare il processo generale e di aumentare la soddisfazione delle pazienti e soprattutto l'engagement del personale.

Introduction

Con l'assistenza sanitaria, il Lean Thinking incontra un mondo, non privo di valore, ma inondato di concetti di valore sofisticati e reciprocamente sconnessi.

Nel presente lavoro si è cercato di ottimizzare il flusso di lavoro per diminuire i tempi di refertazione andando ad individuare le attività a Valore Aggiunto per l'utente (VA) e quelle a Non Valore Aggiunto (NVA), concentrando l'approccio su tre temi associati al valore: l'operativo, il clinico e l'esperienziale, al fine di migliorare il sistema in tutti i suoi aspetti.

Methodology

Partendo dal lavoro effettuato sul patient journey del percorso oncologico della Breast Unit è emerso che un punto critico che tutte le pazienti riferivano come fattore di stress emotivo era rappresentato dal tempo che intercorre tra il prelievo bioptico e la consegna del referto, specie nel caso di referto negativo.

Pertanto abbiamo proceduto con l'analisi del percorso dell'anatomia patologica per cercare di comprendere a cosa fossero riferiti i tempi di attesa e come contribuire per migliorare tali tempi.

Per l'indagine si è scelto di utilizzare il Lean Management.

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- Spaghetti chart;
- 5 S;
- Fogli raccolta dati.

Questo per descrivere accuratamente il current state e disegnare il to be state in linea con le aspettative dei operatori e pazienti.

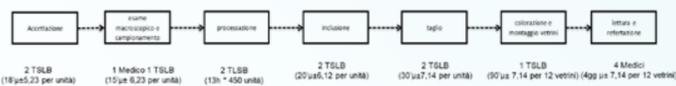
Le fasi del progetto sono state le seguenti:

- Fase 1:** Analizzare la Situazione Attuale
- Fase 2:** Mappare il Flusso Di Valore (V.S.M)
- Fase 3:** Definire gli Sprechi
- Fase 4:** Ridisegnando il flusso di lavoro attribuendo a ciascuna «stanza» attività, personale ed apparecchiature

Ulteriori steps

Fase 5: definire un nuovo approccio lavorativo che contribuisca al Miglioramento Continuo

FLUSSO DI LAVORO



LEAD TIME (valore μ espresso in gg)	
pezzo operatorio	30±4,13
biopisa	10±2,15

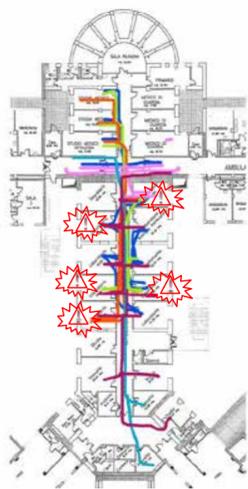
Passi del personale	2750 giorno (circa 1500m)
----------------------------	------------------------------

Criticità

- La sequenza delle attività non è in linea con il layout del laboratorio;
- Eccessiva movimentazione di persone e materiali;
- Registrazione manuale dei dati;
- Risorse mal utilizzate;

MUDA RISCONTRATI

- Sovraccarico di processi;
- Competenze mal utilizzate;
- Beni in attesa di utilizzo;
- Picchi e valli di produzione;
- Colli di bottiglia;
- Apparecchiature non utilizzate;
- Stanze vuote vs stanze iperaffollate;
- Mancata individuazione delle attività VA, NVA, BNVA



Results

È stato disegnato il Future State «TO BE» seguendo come principi guida:

- Coerenza del flusso di lavoro;
- Minore movimentazione di persone e materiali;
- Unione flusso di lavoro con flusso informazioni;
- Riduzione inefficienze e sprechi.

Sono state proposte delle azioni di miglioramento per consentire lo snellimento del processo e migliorare i tempi di refertazione e l'organizzazione interna

Criticità	Spreco	Azione di Miglioramento	Responsabile	Tempi
Spostamento continuo di persone, beni e materiali	Movimentazione non finalizzata ad aggiungere valore	Progettazione del layout in modo più funzionale con la creazione di celle	Funzione Qualità e Operations Aziendale	dic-22
		Definizione di scorta minima e sistema Kanban per ridurre le scorte	Funzione Qualità e Operations Aziendale	dic-22
Scorte presenti ovunque e ambienti o troppo stipati o non utilizzati	Beni non utilizzati, Possibilità di scadenza, Disordine	Definizione di scorta minima e sistema Kanban per ridurre le scorte	Funzione Qualità e Operations Aziendale UOC Anatomia Patologica	mar-23
		5 S	Funzione Qualità e Operations Aziendale UOC Anatomia Patologica	mar-23
Attesa degli operatori	Lavoro non organizzato	Ridefinizione dei flussi di lavoro sulla reale necessità	Funzione Qualità e Operations Aziendale UOC Anatomia Patologica	mar-23
Flussi non separati	Pazienti presenti all'interno dei reparti per consegna/ritiro esami	Separazione flussi interni ed esterni in modo da evitare errori o incidenti	Direzione Sanitaria di Presidio	dic-22
Gli operatori perdono troppo tempo nelle operazioni di registrazione in tutte le fasi del lavoro dall'accettazione al referto	Risorse mal utilizzate; errori di trascrizione; perdita di informazioni; demotivazioni del personale	Informatizzazione completa del flusso di lavoro	STIC	giu-23

PRINCIPI CHIAVE

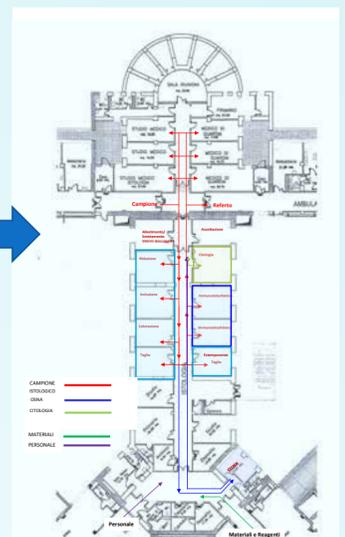
- Eliminare gli sprechi e ridisegnare il flusso di valore rendendo il processo:

- Snello;
- Omogeneo;
- Standardizzato;

- Valorizzare il concetto di valore da parte del paziente
- Eliminare le attività a non valore aggiunto;
- Ripensare il processo per riutilizzare al meglio le risorse;
- Ridisegnare gli spazi
- Favorire l'aumento dell'ordine e pulizia;

LEAD TIME (valore μ espresso in gg)		
esame	valore attuale	Goal
pezzo operatorio	30±4,13	25±2
biopisa	10±2,15	6±2

PASSI PERSONALE	
2750 giorno	1200 (circa 750m)



Conclusion

il progetto si è rivelato essere di enorme utilità per l'organizzazione, essendo stato ampiamente condiviso con tutti gli operatori del reparto ha inoltre aumentato il grado di soddisfazione degli stessi, soprattutto in seguito alla riduzione dei loro spostamenti.

La pulizia ha contribuito ad aumentare l'efficienza.

La riduzione dei tempi di refertazione ha migliorato la customer experience.

Acknowledgements

Lean Healthcare Management A. Bacci, Ispoa 2017



Prevention is better than healing: preliminary data from the Castelli-Early-CoV 19 (CEC-19) observational study.

F. Pietrantonio¹, E. Cipriano¹, M. Lordi¹, F. Vinci¹, M. Delli Castelli¹, S. Zito¹, G. Marino¹, J. Di Lorenzo¹, M. Rainone¹, F. Di Rienzo¹, F. Montagnese¹, F. Rosiello².



*(1) UOC Medicina Interna Ospedale dei Castelli ASL Roma 6, Roma, Italy
(2) Dipartimento Sanità Pubblica e Malattie Infettive, SAPIENZA Università di Roma*

Background: Early anti-SARS-CoV-2 therapies (Monoclonal Antibodies, MABs, and Oral Antiviral Drugs) are being administered at Internal Medicine of Castelli Hospital from April 8th 2021 to COVID-19 outpatients with mild-moderate disease, within 5 (for antivirals) or 7 (for MABs) days from symptoms onset. According to the eligibility criteria all patients had at least one risk factor for disease progression and need no hospitalization due to COVID-19.

Purpose: Objective of this study is to perform an evaluation of the effectiveness of early anti COVID 19 therapies in terms of outcome of the patients and costs.

Patients and Methods:

The eligible patients were reported by their general medicine doctors, specialists, and emergency departments to a designated email. Center Team contacted the patients and collected the anagraphic, clinical, and laboratory data in a standardized and electronically filled form. The choose of treatment (MABs vs oral antiviral) was made on the basis of: main viral variant, medical history and clinical status. The available options were:

1. MABs (Bamlaniviamb-Etesevimab, Casirivimab-Imdevimab, Sotrovimab) administrable within 7 days from symptoms onset, one endovenous infusion.
2. Lagevrio (Molnupriavir) administrable within 5 days from symptoms onset, 800 mg every 12 hours for 5 days, for eGFR >15ml/min.
3. Paxlovid (Nirmatrelvir-Ritonavir) administrable within 5 days from symptoms onset, 300 + 100 mg every 12 hours for 5 days for eGFR > 60 ml/min, 150+100 mg every 12 hours for 5 days for eGFR >30<60 ml/min

Results:

we treated 355 patients with MABs, 345 with Lagevrio and 75 with Paxlovid. The characteristics of the cohorts are summarized in table 1.

All patients reached the 30 days follow up.

Table 2 report the therapies outcomes in terms of efficacy and safety.

Table 1: patients characteristics	MABS	LAGEVRIO	PAXLOVID
PATIENTS	355	345	75
M/F	177/178	175/170	29/46
age (median)	63 yy	71 yy	61 yy
RISK FACTORS	N(%)	N(%)	N(%)
obesity (BMI >=30)	94 (26,5)	102 (29,6)	22 (29,3)
Chronic kidney disease	38 (10,7)	72 (20,9)	11 (14,7)
diabetes mellitus with chronic damage	58 (16,3)	71 (20,6)	7 (9,3)
primary or secondary immunodeficiency	113 (31,8)	81 (23,5)	35 (46,7)
severe cardiovascular disease with chronic complications	190 (53,5)	217 (62,9)	16 (21,3)
severe neurovascular disease	34 (9,6)	31 (9)	2
severe chronic lung disease	96 (27)	122 (35,4)	22 (29,3)
neoplastic or onco-hematological active disease	64 (18)	77 (22,3)	21 (28)
age > 65 years	165 (46,5)	231 (66,9)	31 (41,3)
epathopathies	11 (3,1)	0	1
neurodegenerative diseases or neurodevelopmental pathologies	22 (6,2)	3 (0,87)	7 (9,3)
hemoglobinopathies	1	0	0

Table 2: outcomes	MABS N=355	LAGEVRIO N=345	PAXLOVID N=75
Negativization time days (median)	16 d	12,4 d	8 d
Residual symptoms N(%)	76 (21,4)	67 (19,4)	16 (21,3)
Adverse effects N (%)	18 (5)	45 (13)	24 (32)
Hospitalization N (%)	15 (4,2)	10 (3)	0
Death	5	1	0
Therapy discontinuation	0	12	5

Conclusion:

Early treatment of SARs Cov 2 appears to be well tolerated and able to avoid hospitalizations of patients at risk. This result allows us to hypothesize a saving of about 7000 € per patient treated with Monoclonal Antibodies and about 8500 € with Antivirals drugs.



Analisi/miglioramento delle attività di pronto soccorso mediante l'utilizzo di metodiche di lean management

Nicoletta Vannettelli¹, Antonio Romanelli², Annalisa Spagnolo³, Maurizio Ferrante⁴, F.Luna Spahi¹, Chiara Spiridigliozzi¹, Sarah Lucarelli¹, Michela Rotondi¹, Giada Mammucari¹, Carla Lucignano¹, M.Grazia Di Bella¹, Antonella Matteucci¹, Massimo Zaccagnini¹, Lorella Di Meo⁵

¹ UOC Professione Infermieristica/UOC Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza P.O. Velletri AslRoma6 ² Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza, P.O. Velletri AslRoma6

³ UOC Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza P.O. Velletri Asl Roma6

⁴ Direttore UOC Sviluppo Organizzativo e Rischio Clinico Asl Roma6 ⁵ UOC Professione Infermieristica/UOC Sviluppo Organizzativo e Rischio Clinico Asl Roma6

Introduction

Le attività di Pronto Soccorso, per le loro caratteristiche di necessità di adattamento e difficoltà di programmazione, possono generare nell'ambito dei processi, se non adeguatamente revisionati, notevoli e talvolta pericolose condizioni di inefficienza.

Le metodiche di Lean management per la loro caratteristica di flessibilità ed immediatezza dei risultati, appaiono come strumenti ideali per attuare significativi miglioramenti. Il progetto, con l'impiego di risorse interne professionalizzate, intende portare un intervento diretto al miglioramento dei processi clinico-assistenziali del Pronto Soccorso. La scelta delle metodiche Lean è dettata dalla possibilità, entro determinati limiti, di poter attuare azioni di miglioramento anche prescindendo da alcuni pre-requisiti. L'obiettivo specifico del progetto è stato quello di analizzare e progettare azioni di miglioramento, secondo tecniche Lean, sulle seguenti fasi del processo clinico-assistenziale:

- Accoglienza
- Triage
- Valutazione medica
- Valutazione infermieristica
- Sistema di consulenze
- Esami diagnostici
- Dimissione e trasporto
- Collegamenti con la rete (ospedale/territorio)

Methodology

- **Redazione di un cronoprogramma** con le attività e i tempi necessari per la realizzazione del progetto
- **Sensibilizzazione/informazione del personale:** sono stati programmati 7 incontri informativi sulla tecnica di Lean Management «Value Stream Mapping» (VSM) illustrata dai referenti e proponenti il progetto nei mesi di settembre-ottobre-novembre 2021.
- **Processi da analizzare:** sono stati scelti n. 3 processi clinico assistenziali, a complessità differente.
 1. meno-metrorragia
 2. piccoli traumi mani-piedi
 3. ictus
- **Formazione dei gruppi:**

La composizione del gruppo è stata multidisciplinare, tenendo conto di tutte le professionalità presenti.

Processo	gruppo multidisciplinare	Qualifica
Meno-metrorragia	10	Infermiere
	5	OSS
	1	Medico
Piccoli traumi mani- piedi	10	Infermiere
	5	OSS
	1	Medico
Ictus	13	Infermiere
	5	OSS
	1	Medico
Tutti i processi	2	Direttori UOC
	2	Coordinatori di UOC (Proponenti e referenti del progetto)

La formazione dei gruppi è avvenuta in seguito alla partecipazione di tutto il personale agli incontri informativi. I°-II°-III° gruppo: nei tempi previsti dal cronoprogramma ogni gruppo informato ha seguito un processo clinico-assistenziale, ha mappato lo stato "as is", e dopo un brainstorming ha realizzato lo stato "to be".

Attività	Sett. 2021	Ott. 2021	Nov. 2021	Dic. 2021	Genn. 2022	Feb. 2022	Mar. 22	Apr. 22	Magg. 22	Giugno 2022
Sensibilizzazione di tutto il personale alla VSM	■	■								
Formazione I gruppo: analisi primo processo, realizzazione quadro "as is" (calcolare IF)			■	■						
I gruppo brainstorming					■					
I gruppo di lavoro: realizzazione quadro "to be" (calcolare IF)					■	■				
I gruppo: definire le azioni per passare da stato attuale a futuro (piano di miglioramento)							■	■		
I gruppo: implementare le azioni di miglioramento calcolare Indice di Flusso (IF)								■	■	
Formazione II gruppo: analisi secondo processo, realizzazione quadro "as is" (calcolare IF)			■	■						
II gruppo brainstorming					■					
II gruppo di lavoro: realizzazione quadro "to be" (calcolare IF)					■	■				
II gruppo: definire le azioni per passare da stato attuale a futuro (piano di miglioramento)							■	■		
II gruppo: implementare le azioni di miglioramento calcolare Indice di Flusso (IF)								■	■	
Formazione III gruppo: analisi primo processo, realizzazione quadro "as is" (calcolare IF)			■	■						
III gruppo brainstorming					■					
III gruppo di lavoro: realizzazione quadro "to be" (calcolare IF)					■	■				
III gruppo: definire le azioni per passare da stato attuale a futuro (piano di miglioramento)							■	■		
III gruppo: implementare le azioni di miglioramento calcolare Indice di Flusso (IF)								■	■	
Monitoraggio risultati (eventualmente ripartire...)										■

- **Monitoraggio:** il monitoraggio dei risultati avviene attraverso il calcolo del valore IF e il miglioramento della qualità del servizio erogato.

Results

Sono stati analizzati i casi di piccoli traumi presentati in PS nei mesi di febbraio, marzo e aprile 2022.

Dall'analisi del processo si può intervenire su due momenti:

- Riduzione dei tempi di attesa in radiologia soprattutto per i piccoli traumi dei piedi.
- Riduzione dei tempi di attesa per l'apertura della cartella gipse in caso di donna fertile, in quanto va richiesto l'esame ematico BHCG per escludere un gravidanza prima di un esame radiologico, disponendo che la richiesta venga fatta al momento del triage

Inoltre, definendo un percorso interno per i piccoli traumi con referti radiologici negativi per la consulenza ortopedica, si potranno ridurre ulteriormente i tempi di non valore. Per realizzare le azioni di miglioramento in questo processo clinico-assistenziale, è necessaria la programmazione di incontri informativi/sensibilizzazione sulle metodiche lean (VSM) del personale della UO di radiologia e della UO di ortopedia.

PICCOLI TRAUMI MANI PIEDI				
INDICATORE	SIGNIFICATO	VALORE AS IS	VALORE TO BE	
LT	Tempo che si impiega ad attraversare l'intero flusso	213	123	
TVA	Tempo totale delle attività di valore	93	70	
TNVA	Tempo totale delle attività di non valore	120	53	
IF	Rapporto LT/TVA	2,29	1,75	

Sono stati analizzati i casi di meno-metrorragia in PS nei mesi di febbraio, marzo e aprile 2022. L'IF dello stato AS IS è dovuto ai tempi di non valore per i molteplici trasporti dell'assistita dal PS alla UO di ginecologia e viceversa.

L'indice IF si è ridotto notevolmente disponendo esami ematici da prescrivere al momento del triage e i trasporti dell'assistita si sono ridotti a due

MENOMETRORRAGIA				
INDICATORE	SIGNIFICATO	VALORE AS IS	VALORE TO BE	
LT	Tempo che si impiega ad attraversare l'intero flusso	360	180	
TVA	Tempo totale delle attività di valore	140	100	
TNVA	Tempo totale delle attività di non valore	220	80	
IF	Rapporto LT/TVA	2,57	1,8	

Sono stati analizzati i casi di ictus in PS nei mesi di febbraio, marzo e aprile 2022

Dall'analisi dell'AS IS si evidenzia che l'indice è perfetto, unico miglioramento che si può avere, deriva dalla messa in pre-allerta il PS dal parte del 118 dell'arrivo di un caso clinico di ICTUS

ICTUS				
INDICATORE	SIGNIFICATO	VALORE AS IS	VALORE TO BE	
LT	Tempo che si impiega ad attraversare l'intero flusso	150	140	
TVA	Tempo totale delle attività di valore	145	140	
TNVA	Tempo totale delle attività di non valore	5	0	
IF	Rapporto LT/TVA	1,03	1	

Conclusion

Il miglioramento dei processi clinico-assistenziali considerati nel progetto ha inciso direttamente sull'utenza afferente, in particolare modo riducendo i tempi e le attività di NON VALORE.

Il miglioramento dell'efficienza dei processi analizzati, ha coinvolto proattivamente gli operatori che ne hanno tratto un beneficio diretto dal miglioramento dell'organizzazione.

Il progetto è stato svolto da personale interno professionalizzato e non ha richiesto risorse aggiuntive. Come indicato da Kotter e Cohen il processo di cambiamento in atto ora ha bisogno di «fare attecchire il cambiamento» in quanto il miglioramento sebbene generato da risultati a breve periodo, si vede nel lungo periodo e richiede un lavoro di «sostenimento» progressivo.

bibliography

- A. Bacci «Lean Healthcare Management» Mondo Sanitario rivista mensile, FRG Editore maggio 2019
- C. Bianciardi L. Bracci L. Burroni "Lean thinking in sanità. Da scelta strategica a modello operativo." Guerini Next 2014
- J.P.Womach D. T. Jones "Lean thinking, come creare valore e bandire gli sprechi". Esculapio2008
- <https://www.youspecialist.it/kotter-chenge-management> ultimo accesso 7.10.2022

Acknowledgements

Si ringraziano per l'opportunità offerta:

- Il Direttore Sanitario Aziendale della Asl Roma 6 Dott. R. Corsi
- Il Direttore di UOC Professione infermieristica Dott.ssa C. Sandroni



Progetto di Educazione Sanitaria

Cristiano Camponi *Direttore Generale**, Roberto Corsi – *Direttore Sanitario Aziendale**, Cinzia Sandroni *Direttore UOC Professione Infermieristica**, Nadia Lolli *Dirigente Professione Sanitaria Infermieristica**, Claudio Federici *Dirigente Professione Sanitaria Infermieristica**, Letizia Mallia *UOC Formazione Comunicazione Direttore Corsi di Laurea in Infermieristica**, Simonetta Bartolucci *PO UOC Professione Infermieristica**, Marco Boldrini *PO Servizio Logistica **, Maria Rita Molinari *Dirigente delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione**, Alberto Pisciotto *Dirigente Professione Sanitaria Tecnici della Prevenzione**, Cinthia Vercelloni *Posizione Organizzativa Coordinatore Aziendale Dietisti**, Paola Capoleva *Dirigente Assistente Sociale**, Francesca Agostinelli *Collaboratore Amministrativo**

*ASL ROMA 6

Abstract

Gli interventi di educazione sanitaria a corretti stili di vita e le informazioni per fronteggiare situazioni di urgenza ed emergenza si integrano con i concetti di medicina di iniziativa e prossimità. Il progetto **Spiagge Serene** è stato ideato per promuovere l'Educazione Sanitaria per prevenire e intervenire in situazioni spiacevoli e talvolta pericolose per la salute che possono verificarsi durante il soggiorno nelle spiagge marine e lacustri. A tal fine, sono stati organizzati interventi informativi negli Stabilimenti balneari e lacustri, che insistono nel territorio della Asl Roma 6 e che hanno aderito all'iniziativa

Introduction

Il soggiorno in spiaggia, di famiglie, giovani e anziani rappresenta un momento di spensieratezza utile al rilassamento e al recupero fisico e psichico facilitato dai benefici del sole, dal clima e da una adeguata attività fisica. Tuttavia questo momento di *relax* può essere compromesso da piccoli incidenti (punture di insetti, di tracina o contatto con medusa, o da disturbi correlati alla disidratazione e colpi di calore) che possono compromettere la vacanza. Inoltre, le notizie di cronaca riportano spesso imprevisti o eventi inattesi che possono portare a conseguenze gravissime e pericolose per la salute non solo durante il soggiorno in spiaggia ma anche durante le attività di vita quotidiana. Le presenze in spiaggia sono state pianificate nei giorni infrasettimanali e nei week end, dalla fine del mese di luglio all'inizio del mese di settembre c.a. prevalentemente nella fascia oraria 8.00-13.00 prevedendo informativa tra i bagnanti e 3 dimostrazioni, con possibilità di esercitazione/simulazione di rianimazione cardio respiratoria e disostruzione delle vie aeree adulto e bambino, presso il gazebo allestito.



Results

Il progetto **"Spiagge Serene"** iniziato il 30 Luglio 2022 si è concluso il 3 Settembre 2022, in questo arco temporale sono stati svolti 14 eventi. Il primo evento è stato organizzato alla Riviera Mallozzi di Anzio, spiaggia in concessione alla Asl Roma 6 destinata ad ospitare persone disabili in carico ai servizi territoriali della Asl Roma, dove operatori sanitari dedicati offrono supporto durante la permanenza in spiaggia. Durante un evento (stante la presenza presso lo Stabilimento di addestratori di cani da salvataggio in acqua) è stata effettuata una dimostrazione congiunta che ha visto, gli istruttori BLS/Del progetto, effettuare manovre di rianimazione cardio-polmonare su persona dopo recupero in mare effettuato dal cane di salvataggio.

CALENDARIO EVENTI

R Tutti i bagnanti avvicinati per le informazioni consegna degli opuscoli si sono dimostrati disponibili verso gli operatori, ringraziando per le informazioni ricevute e il materiale consegnato

e I bagnanti nei momenti di relazione/contatto hanno richiesto/proposto un «incremento» di iniziative di Educazione Sanitaria sulle tematiche proposte

S La presenza al gazebo per la dimostrazione delle manovre di rianimazione cardio-polmonare e disostruzione delle vie aeree è stata notevole

U La partecipazione al gazebo ha visto prevalentemente giovani famiglie con bambini piccoli, «nonni» preoccupati di trovarsi a gestire una situazione di emergenza, ma anche ragazzi sensibili alla tematica

I La simulata delle manovre di rianimazione e disostruzione, su manichini o in alcuni casi su familiare adulto, è stata sempre molto apprezzata e partecipata, impegnando spesso i due istruttori oltre il tempo previsto/dedicato

t Tutti i Gestori degli Stabilimenti hanno mostrato grande apprezzamento, con invito a tenerli presenti per eventuali altre iniziative

S Tutti gli OPERATORI partecipanti, provenienti da Strutture Territoriali e Ospedaliere e gli Studenti dei Corsi di Laurea si sono detti «soddisfatti per la nuova esperienza di espressione professionale», dichiarandosi disponibili per altre iniziative simili

Asl Roma 6-il territorio



La ASL ROMA 6 tutela la salute della popolazione (574.976) insistente nell'ambito territoriale coincidente con **21 Comuni** (Albano Laziale, Anzio, Ardea, Ariccia, Castel Gandolfo, Ciampino, Colonna, Frascati, Genzano, Grottaferrata, Lanuvio, Lariano, Marino, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Nemi, Nettuno, Pomezia, Rocca di Papa, Rocca Priora, Velletri) su una superficie di circa 700 Km². Il complesso dell'area di competenza, comprende la porzione sud della Provincia di Roma, ed è caratterizzata da due distinte realtà geografiche e socioeconomiche:

- ✓ **I Castelli Romani**, territorio ricomprensivo dei comuni collinari e montani del complesso dei Colli Albani, dove sono presenti due bacini lacustri: **il lago di Castel Gandolfo ed il lago di Nemi**
- ✓ **Il Litorale latino**, territorio ricomprensivo delle città della porzione sud del litorale romano nella porzione compresa tra i Comuni di **Pomezia, Ardea, Anzio e Nettuno**.

Nelle località balneari e lacustri d'estate la popolazione aumenta in modo esponenziale per via dei flussi turistici, raggiungendo spesso il doppio o il triplo del normale numero dei residenti

Methodology

Il progetto, elaborato dal gruppo di lavoro, è stato presentato alla Direzione Strategica Aziendale completo degli opuscoli da distribuire ai bagnanti. Acquisita l'approvazione della DSA, come da crono programma, si è passati alla fase di pianificazione, realizzazione e valutazione degli eventi.

TEAM PROJECT

Il personale, del Dipartimento delle Professioni Sanitarie congiuntamente alla UOC Formazione e Comunicazione - Corsi di Laurea in Infermieristica attivi nella Asl Roma 6, considerando l'importanza dell'educazione sanitaria e dell'informazione rispetto a una serie d'incidenti tipici del mood vacanziero e delle elevate temperature estive, ha elaborato il progetto **"Spiagge Serene"**, portando le iniziative educative direttamente sulle spiagge tra i bagnanti



- Operational Team**
- Infermiere
 - Dietista
 - Tecnici della prevenzione
 - Fisioterapista
 - Assistente sociale
 - Studenti dei Corsi di Laurea
 - Infermieri istruttori BLS/D
 - Università di Tor Vergata
 - Università La Sapienza
 - Università Unicampus

OPERATORI SANITARI E UNITA' CINOFILA DI SALVATAGGIO IN ACQUA: SIMULAZIONE DI SALVATAGGIO



Il Servizio di Logistica Aziendale, ha puntualmente effettuato il sopralluogo della spiaggia per verificare gli spazi e la possibilità di posizionare il gazebo provvedendo poi, secondo calendario, al trasporto del materiale necessario e all'allestimento degli spazi

Conclusion

Il progetto ha consentito di fornire, al maggior numero possibile di popolazione, indicazioni su comportamenti giusti da tenere in caso di piccoli inconvenienti in spiaggia, fornire informazioni su corretti stili di vita e consigliare semplici azioni da eseguire per la gestione immediata in situazioni di pericolo per la salute (replicabili in ogni contesto di vita). Il progetto **"Spiagge Serene"** è stata una esperienza di educazione sanitaria sui principi della medicina di iniziativa e di prossimità, sicuramente da migliorare ma **assolutamente da replicare**.

Acknowledgements

- Si ringrazia:
- ✓ La Direzione Strategica, che ha creduto nel Progetto
 - ✓ I gestori degli Stabilimenti che con entusiasmo ci hanno accolto e ospitati
 - ✓ Gli operatori sanitari che in periodo di ferie si sono resi disponibili e coloro che si sono adoperati per favorirne la presenza

Activity

- Dimostrazione Rianimazione cardio-respiratoria e disostruzione vie aeree
- Supervisione supporto nelle esercitazioni dei bagnanti nelle simulazioni pratiche su manichino
- Consegna di un opuscolo e una scheda con l'algoritmo della rianimazione cardio-respiratoria e disostruzione delle vie aeree
- AL GAZEBO CONSEGNATI 2.000 OPUSCOLI INFORMATIVI E SCHEDE CON ALGORITMO RIANIMAZIONE CARDIO-RESPIRATORIA E DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE
- Informazioni ai bagnanti su vantaggi e rischi del soggiorno in spiaggia
- Consegna di un opuscolo con indicazioni su prevenzione colpi di calore, benefici delle passeggiate in spiaggia
- TRA I BAGNANTI: CONSEGNATI 5000 OPUSCOLI
- Informazioni ai bagnanti su come affrontare: contatto con medusa, punture di tracina e d'insetto
- Consegna di un opuscolo con indicazioni sul trattamento
- TRA I BAGNANTI: CONSEGNATI 5000 OPUSCOLI





**Partecipare in Sanità- New Public Management
Tavolo Permanente Volontariato Asl Viterbo:
realtà condivisa orientata e consolidata**



1. **Stefania Stefani**, 2. **G. Centoscudi**, 3. **P. Galeotti**, 4. **P. Massarelli**, 5. **L.O. Mechelli** 6. **M. Bordo**, 7. **L. Poleggi**, 8 **T. Riccini**,
9. **S. Da Ros**, 10. **M. Paolini**.

Abstract

La partecipazione *effettiva* attraverso *il Tavolo Permanente del Volontariato* dove, in modo concreto, le associazioni di volontariato le professioni sanitarie e sociali, vengono coinvolte nella Asl di Viterbo vede l'avvio già nel 2011. In linea con la politica Sanitaria Nazionale e Regionale (D.Lgs502/92 - Patto della salute 2019- decr.Reg.736/2019) che vedono il *ciudadino*, sempre più coinvolto nelle scelte sanitarie e su forte mandato della Direzione Generale il tavolo, in dieci anni, ha visto rafforzare e valorizzare, anno dopo anno, la *partecipazione attiva* anche in ambito di gestione dei percorsi (PDTA) e di formazione aziendale (partecipazione agli eventi formativi in PFA). La sfida oggi parlando sempre più di medicina di prossimità, allargare il tavolo in una visione sempre più sociale e territoriale implementando strumenti di interconnessione tra gli stakeholder (Schema di accertamento per la presa in carico pazienti Fragili e l'Agenda di dimissione protetta) al fine d'implementare un linguaggio comune tra cittadini competenti e SSN.

Introduction

Con l'Atto di Indirizzo del Ministero Salute riguardante le modalità di partecipazione ai processi decisionali da parte delle associazioni o organizzazioni dei cittadini e dei pazienti del **3 ottobre 2022, si formalizza** il percorso per la partecipazione dei pazienti e dei cittadini con le loro organizzazioni alle scelte di politica sanitaria. In realtà nella ASL di Viterbo il progetto di un diverso stile di *governance* in una strategia di condivisione di obiettivi orientati, nasce già nel **2011**.

Il *new public management*, si propone di costruire, mantenere e rafforzare legami virtuosi con gli *stakeholder*, coinvolgendoli in una sinergia d'azione già presente nella mission stessa aziendale, passando da una visione affiancata a una visione integrata.

L'alleanza iniziale, in un modello di tipo partecipativo e volontario, mette dalla stessa parte il *capitale umano*: professionisti, cittadini competenti e associazioni.

Le *persone* come risorsa principale, per orientare i PDTA per dare risposte efficaci e "vicine" ai bisogni reali di salute.

Il processo di *empowerment organizzativo e sociale* (processo di crescita basato sul far emergere risorse latenti dell'individuo mettendolo il suo potenziale a disposizione) permette nel tavolo la rinuncia di rivendicazioni del singolo interesse e divenendo promotore di una relazione basata sul principio di corresponsabilità tra utenti e sistema sanitario.

Methodology

In considerazione della *Mission Aziendale* al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, la Direzione strategica della Asl di Viterbo ha realizzato un percorso *in rete* che ha integrato in maniera organica e costruttiva e ormai stabile, le varie realtà associative. In un'ottica di trasparenza e partecipazione civica si è posta in *"ascolto"*, dopo essere stata coinvolta button-up da alcune di loro.

Il 28 maggio 2014, su invito diretto del DC, si è svolto il primo incontro a valenza Provinciale, con un ampio consesso di associazioni, presenti sul territorio provinciale. L'adesione contava oltre 100 associazioni.

Effettuata la mappatura sul territorio delle associazioni, che ad oggi viene costantemente aggiornata in un data base, sono state successivamente definite le aree tematiche presenti:

1. Tutela dei diritti del malato, vita in ospedale e soccorso;
2. Sociale e cittadini stranieri;
3. Geriatrico e malattie croniche;
4. Materno infantile;
5. Disabilità e salute mentale;
6. Malattie rare;
7. Patologie emergenti, educazione alla salute donazione;
8. Oncologico;
9. Volontariato animalista.

Dopo questa prima fase di consultazione, in cui gli attori si sono conosciuti, l'esigenza è stata quella di adottare un *Regolamento* per il funzionamento del Tavolo Permanente del Volontariato *"Partecipare in Sanità"* e la *nomina del gruppo di lavoro del personale aziendale* del Tavolo Permanente del Volontariato, attribuendo a ciascuno le funzioni per AREA. La modalità d'accesso delle associazioni dei cittadini e dei pazienti agli strumenti partecipativi messi in campo risulta non una scelta aziendale, ma una adesione libera e formalizzata tramite una procedura di accreditamento, un format che comporta l'accettazione del regolamento stesso. Libera adesione ma massima regolarità e trasparenza fornendo i propri dati non solo relativi agli adempimenti formali, ma anche riguardanti alle attività con il curriculum dell'organizzazione, dove conta di più la rilevanza dell'impegno e il legame con i pazienti che il numero dei convegni a cui si partecipa. Il Tavolo Permanente del Volontariato si riunisce almeno sei volte l'anno, elegge un suo rappresentante e i componenti decadono dopo assenza a tre sedute consecutive del tavolo, senza giustificato motivo.

Modalità operative di attività

- I. Tenuta dell'elenco degli Enti e modalità di adesione al percorso partecipativo;
- II. Schede di adesione al tavolo, con dichiarazione di trasparenza, sottoscritta dal Legale Rappresentante, per ciò che concerne possibili conflitti di interesse.
- III. Regolamento Interno;
- IV. Stesura del verbale degli incontri e inoltro ai partecipanti;
- V. Convocazioni via mail e/o fax 7 gg prima;
- VI. Formulazioni dell'OdG concordati e/o proposti dalla direzione strategica e/o dalle associazioni.



Results

In questi anni il *Tavolo permanente* è diventato lo *Strumento Operativo* nel quale la Direzione aziendale ha dato voce e promosso il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini nel territorio di competenza. Il confronto al tavolo ha reso possibile il promuovere azioni in rete tra diversi soggetti operanti sul territorio, dando la possibilità di comprendere una prospettiva diversa dalla propria e considerando le caratteristiche dell'altro e i suoi attributi di ruolo. L'interazione nel gruppo è diventato un *plus valore*, i membri, nell'intento comune, la reciprocità di relazione e di comunicazione ha creato un equilibrio tra integrazione e differenziazione producendo una maggiore coesione. Il tavolo, superata la diffidenza iniziale di pregiudizio e particolarismi, in sinergia d'azione, ha stabilito un campo comune di lavoro creando una operativa integrazione socio-sanitaria.

Admo, AIDO, Avis, ASS, malati di rene, Nasi Rossi, Centro Coordinamento aziendale ASL VT hanno fatto molti eventi *INSIEME*

1. Sensibilizzazione nelle scuole primarie secondarie e Università;
2. Coinvolgimento corsi di Laurea Professioni sanitarie in tema di DONAZIONE;
3. Formazione di personale sanitario e non alla cultura del dono;
4. Formazione personale delle associazioni, da parte delle Asl;
5. Concorsi nelle scuole primarie e secondari « Donare per donarsi »;
6. Camminate per la sensibilizzazione « Donne in rosa », « Cammina con noi »;
7. Clown in corsia e in piazza;
8. Lotta contro la violenza;
9. Match it Now giornate in piazza per la tipizzazione;
10. Camminate per la donazione;
11. Torneo calcetto Interforce per il dono.



Conclusion

Quando le forze si uniscono il risultato si moltiplica.

Eventi epocali come la pandemia Covid-19 hanno messo in luce la necessità di procedere uniti verso un nuovo modo di intendere l'assistenza sanitaria e i suoi sistemi di *governance*. Parole come resilienza, innovazione, territorio, comunità, partecipazione sono ormai comunemente usate per indicare valori attorno ai quali ridisegnare i servizi sanitari avendo a cuore la missione per cui sono nati: farsi carico dello stato di salute delle persone attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione in un percorso virtuoso di feedback continuo. La presenza costante e incrementale delle associazioni lungo il percorso vissuto dal SSN, in una visione di come il cosiddetto *Patient Involvement* possa toccare diverse articolazioni e processi decisionali del sistema sanitario.

- Partecipazione nella consultazione.
- Partecipazione nella definizione dell'agenda;
- Partecipazione nella co-progettazione dell'intervento.
- Partecipazione come supporto all'implementazione dei programmi di politica sanitaria.
- Partecipazione nella generazione delle evidenze "patient evidence".
- Partecipazione come valutazione e monitoraggio.
- Partecipazione come possibilità di riesame.

Il tavolo ha reso possibile tutto ciò andando ad usare spazi di partecipazione già previsti nel nostro ordinamento, spesso poco conosciuti, riconosciuti e soprattutto attuati. La vicenda Covid-19 ha dato una notevole spinta a questa "voglia di networking", dimostrando che quando le associazioni si mettono insieme si possono raggiungere maggiori risultati e il tavolo ha spesso chiesto di parlare non solo delle proprie istanze ma anche di quelle di associazioni della stessa area terapeutica o addirittura di una pluralità di esse, con una visione di insieme che precedentemente non era richiesta.

LA FORZA STA NELLA SQUADRA IN RETE.

Standards end References

- ✓ De Rita, (2013) *Qualità e importanza delle associazioni*. Care online 3, 2013.
- ✓ Dumont, G. E. (2013). "Nonprofit virtual accountability: An Index and Its application". *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 42(3): 3049-3067. <https://doi.org/10.1177/0899761013501295>
- ✓ Konka, M. (1982). "Advocacy: what is it?" *Nursing and Health Care*, 3 (6): 334-338.
- ✓ Moro, G. *Azione civica, Conoscere e gestire le organizzazioni di cittadinanza attiva* Carocci Faber, 2005;
- ✓ Vanara, F. (2008). *Aziende sanitarie: struttura dell'offerta, rapporto con l'ambiente e articolazione interna*. Bologna, Il Mulino.
- ✓ Dlg 502/1992 partecipazione e Tutela dei diritti dei cittadini TIT IV ART. 14
- ✓ DPCM 19 Maggio 1995 -Carta dei Servizi Pubblici Sanitari;
- ✓ Dlg 229/1999 Regioni prevedono forme di partecipazione dei cittadini e volontariato
- ✓ Legge N° 328 del 2000 solidarietà sociale e valorizzazione del terzo settore
- ✓ Decreto ACSA Atto d'indirizzo autonomia Aziendale delle Aziende Sanitarie Regione Lazio UD040 10 Giugno 2011
- ✓ Determina Regione Lazio N° 88920 23 Novembre 2011.
- ✓ Dipartimento Programmazione Economica e Sociale Reg. Lazio determ. N°224873 del 20 Dicembre 2011;
- ✓ Regolamento funzionamento Tavolo Volontariato -Partecpa In Sanità - ASL VITERBO -28 Maggio 2014
- ✓ Delibera Asl Viterbo N° 1148 -20 settembre 2016- costituzione gruppo lavoro e approvazione regolamento;
- ✓ Delibera Giunta Lazio N° 718 del 15 Ottobre 2019 Partecipazione Atti
- ✓ Dlg 22 Aprile 2017- partecipazione delle Associazioni di cittadini operanti in ambito sanitario;
- ✓ Ministero della Salute -SEGRETERIATO GENERALE- Atto d'indirizzo N° 0014529 del 3 ottobre 2022.





LA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA:

NON SOLO DOCUMENTAZIONE, BENSÌ UN SISTEMA DI GOVERNO E MISURAZIONE DEI PROCESSI INTEGRATI DI CURA.

Mancuso Giuseppina*, Macari Valeria*, Tedeschi Sara*,
Bignardi Valerio**, Redaelli Antonio**, Bartolozzi Francesco*
* Clinica Villa Margherita Roma - **Blu-it srl

BACKGROUND

La digitalizzazione della documentazione è uno dei pilastri del PNRR. Le esperienze di Cartella Clinica Elettronica (CCE) hanno mostrato il vantaggio di questo strumento nel garantire sicurezza e qualità. L'informatizzazione dei processi è il passo successivo necessario all'ulteriore miglioramento.

MATERIALI E METODI

Villa Margherita ha deciso nel 2021 il passaggio dalla documentazione cartacea alla CCE. Nella scelta dell'applicativo, dopo un percorso condiviso con tutte le figure professionali, è stato individuato un prodotto, MyCare®, che non svolge solo funzioni sostitutive della precedente documentazione cartacea, ma garantisce la possibilità di programmare un piano assistenziale completo. Il cuore del sistema è il Workflow, un gestore dei processi che ci ha permesso di "disegnare" fisicamente i nostri processi nel software. In base agli eventi quotidiani registrati in cartella, la CCE avvisa le figure professionali di svolgere determinate attività in una determinata tempistica.

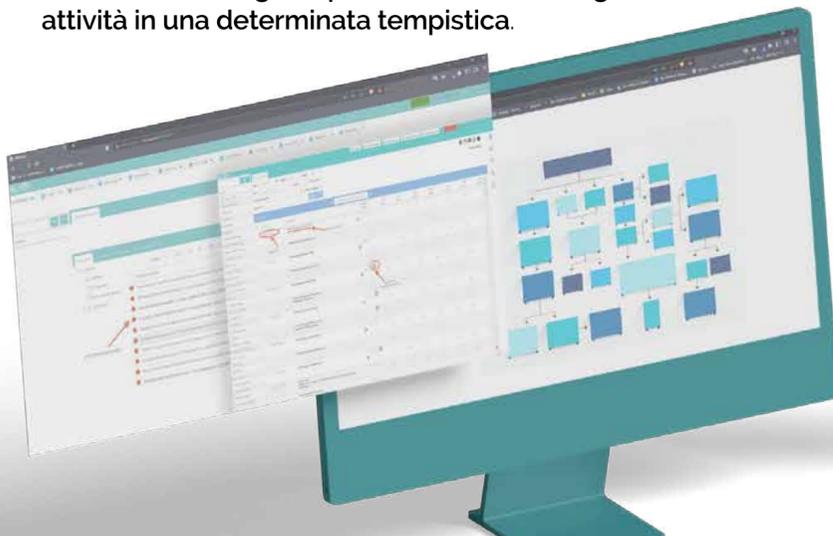


CONCLUSIONI

La CCE solitamente porta due grandi vantaggi: tracciabilità di cosa è stato fatto; significativa riduzione del rischio clinico in ambito farmacologico. La scelta di uno strumento che prende pieno carico di processi assistenziali del paziente, permette di ottenere anche la standardizzazione del processo di cura: stilare, seguire e condividere un piano assistenziale completo, in grado di unire obiettivi terapeutici del medico e risposte ai bisogni del personale sanitario; coinvolgere e valorizzare tutte le figure professionali (anche l'O.S.S. ad esempio diventa parte attiva nel documentare l'assistenza al paziente); analizzare gli interventi effettuati, i tempi necessari e le risorse utili per permettere di valutare l'efficienza tramite dati reali.

Cambia il paradigma di utilizzo di una CCE: non è l'utente a dover ricordare dove, quando e cosa scrivere, ma è la CCE che ricorda all'utente cosa deve essere fatto in quel momento sulla base dei processi di cura.

Gli ulteriori sviluppi, connessi ai progetti di Industria 4.0, sono di aumentare le disponibilità tecnologiche per il personale di prima linea: carrelli informatizzati per la gestione sicura delle terapia e del magazzino dove la logistica diventa strumento di riduzione del rischio clinico; smart watch per i promemoria degli interventi o degli allarmi al personale di assistenza.



RISULTATI

MyCare permette di effettuare una programmazione di tutti gli interventi necessari sul paziente tramite un sistema di prescrizioni e di somministrazioni non limitate alla terapia farmacologica. L'intervento di ogni figura professionale viene prescritto, definendo il piano di lavoro specifico per quell'operatore su quel paziente. Le prestazioni da eseguire sono certificate con una semplice spunta, tramite dispositivo mobile al letto del paziente.

Clinica Villa Margherita - info@clinicavillamargherita.it

BIBLIOGRAFIA



PNRR Ministero della Salute



Blu-it website



Villa Margherita website

Pinevich Y. Et al. Interaction Time with Electronic Health Records: A systematic review. Appl Clin Inform 2021; 12:788-799



**Sorveglianza e contenzione del soggetto non collaborante e/o violento
in ambiente ospedaliero extrapsichiatrico**

Sandro Libianchi⁽¹⁾ Maurizio Musolino⁽²⁾ Mariagrazia Fasoli⁽¹⁾ Andrea Maccari⁽³⁾ Valerio Cellesi⁽⁴⁾

1 - Centro Studi Penitenziari, Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane (Co.N.O.S.C.I.), Roma;
2 - Risk Manager ASL Roma 3;
3 - Coordinatore Assistenziale V° Distretto ASL Roma 2;
4 - Responsabile, Ser.D. Volterra (PI) Azienda USL Toscana Nord Ovest

INTRODUZIONE

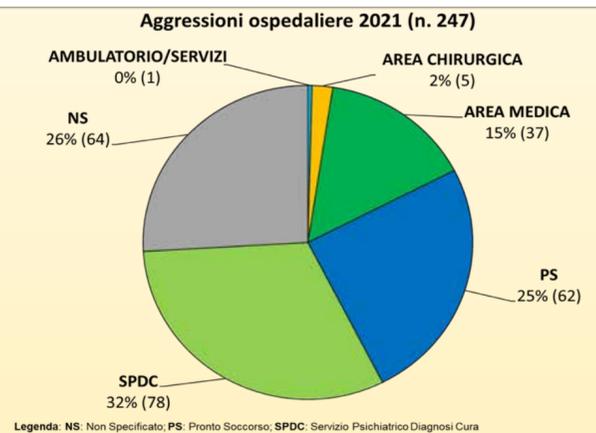
Nel caso di soggetti non collaboranti o violenti in abito ospedaliero extrapsichiatrico la possibilità di contenzione per motivi sanitari, oltre ad essere regolata da una varietà di norme giuridiche e deontologiche, presenta complessità cliniche che richiederebbero una specifica appropriatezza di contesto. Affinché le disposizioni siano applicate sarebbe auspicabile la emanazione di linee di indirizzo che garantiscano una ragionevole assenza di arbitrarietà nelle valutazioni cliniche, anche attraverso flow chart specifiche. La forma amministrativa che potrebbe presentare un tale documento, sarebbe quella dell'Accordo in Conferenza Unificata. Per giungere ad un simile documento è auspicabile una precedente fase di analisi con specifici questionari e una fase sperimentale presso selezionate strutture-campione. Anche in questo caso, la frammentazione di operatività differenti tra le diverse ASL non appare né vantaggiosa, né opportuna. Anzi, qualora ogni Regione o peggio, ogni struttura ospedaliera provvedesse per sé, si realizzerebbe una tale pletora di iniziative che non sarebbe poi possibile una valutazione di impatto, il che complicherebbe le valutazioni di esito e le eventuali conseguenze di incidenti o giudizi penali.

METODOLOGIA degli interventi

Data per ammessa la legittimità secondo le norme attuali, rimane il principio della responsabilità professionale del personale sanitario rispetto ad eventuali danni che il soggetto potrebbe riportare dalla contenzione. A scopo indicativo è possibile individuare alcune tipologie di intervento. Per periodi brevi e su soggetti clinicamente non noti (4 - 6 ore) è sufficiente un programma di osservazioni infermieristiche frequenti (ogni 30 - 45 minuti) con l'uso di una scala di Early Warning Score (Scala Mews). Nel caso di periodi superiori, è necessario monitorare i parametri di laboratorio e lo status cardiologico (QTc, in ECG). Per periodi superiori alle dodici ore è fortemente indicato un piano per la gestione della sindrome da immobilizzazione. Pertanto non è possibile stabilire automatismi temporali o procedurali validi per tutti i casi, ma è l'esercente il professionista a garantire la sicurezza del paziente (L. 24/2017).

RISULTATI

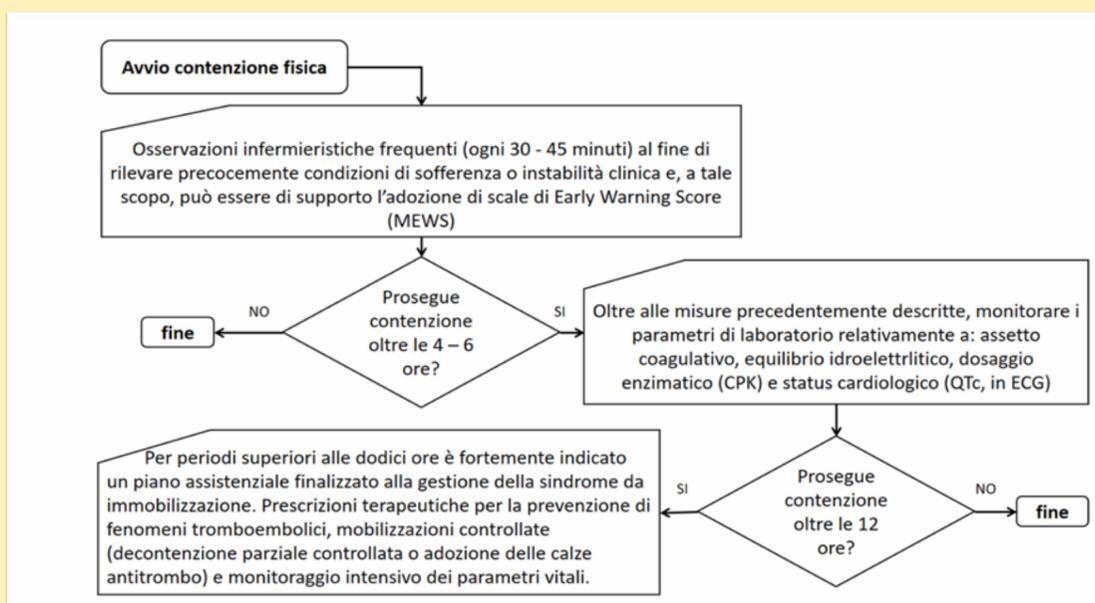
In base ai dati del rapporto annuale della Regione Lazio, le aggressioni ospedaliere nel solo ambito psichiatrico costituiscono circa il 30% degli eventi segnalati.



Occorre tuttavia ricordare che i comportamenti violenti o autolesionistici per i quali è ipotizzabile una contenzione da parte dei sanitari anziché una denuncia per aggressione, con eventuale ricorso alla forza pubblica, per i reati previsti dalla L. 113/2020 (art. 9) sono: una malattia mentale anche se transitoria e di origine organica (come una psicosi tossica o un delirio da farmaci) e la necessità di consentire una terapia che, se il soggetto fosse in sé, presumibilmente accetterebbe.

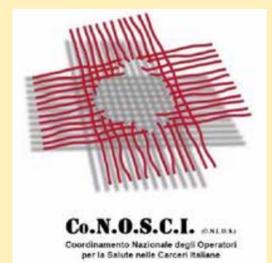
CONCLUSIONI e Osservazioni Generali

Il tema della eventuale contenzione in ambito ospedaliero ed in aree non psichiatriche risulta spesso scarsamente conosciuto dal personale e dalle ASL e poco o per nulla codificato rispetto alla metodologia. Nelle situazioni prospettate c'è l'esigenza di rendere compatibili e operativamente utili tutte quelle normative già esistenti, ma non congruenti tra loro e quindi generatrici di dubbi e rientranti nella vasta categoria della c.d. "Gestione del Rischio Clinico" (Risk Management).



Bibliografia essenziale

- Parsa-Parsi R.W.: "The International Code of Medical Ethics of the World Medical Association" Published Online: October 13, 2022. doi:10.1001/jama.2022.19697
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico (AA. VV.): "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari". Rev. 6/9/2021.



Match at Home: indagine sul punto di vista degli infermieri e dei volontari.

elform

Irene Melani, Laura Porta, Veronica Venturi, Martina Capuano, Marco Tanini, Simona Leone

Elform e-learnig Formazione e Applicazione Srl. Via Calatafimi, 58 - 04100 Latina (LT) tel. 3389594130

Introduzione

Lo studio si propone di appurare la conoscenza da parte di infermieri e volontari in merito al progetto "Match at Home", campagna di reclutamento dei donatori di midollo osseo in cui il processo di selezione avviene presso il domicilio del potenziale donatore e come tale iniziativa possa essere diffusa capillarmente affinché le iscrizioni al Registro Donatori di Midollo Osseo possano progressivamente incrementare.

Materiale e metodi

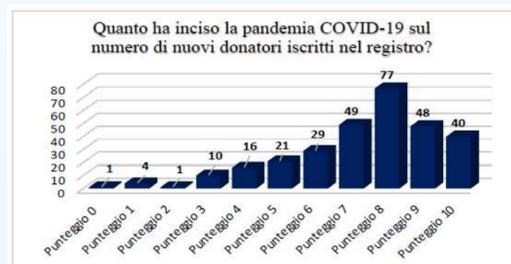
Dal primo marzo al primo ottobre 2021 sono stati raccolti 296 questionari validi. La casistica è stata elaborata SPSS per associazioni ed inferenza ed Excel per la statistica descrittiva. I risultati sono stati analizzati con calcolo Odds Ratio, P Value, Intervallo di confidenza e Z Score. Sono stati realizzati 29 grafici, 8 tabelle di contingenza e una tabella riassuntiva con i dati statisticamente significativi.

Risultati

Dall'indagine emerge che tra gli intervistati sono presenti più volontari che infermieri e che tra questi, la maggioranza (62,5%), è iscritta al Registro Donatori Midollo Osseo. Molti di loro conoscono persone che hanno subito un trapianto di midollo osseo e l'8,8% ha avuto l'opportunità di donarlo. Buona parte degli intervistati è consapevole del decremento di iscrizioni al registro che si è verificato con la pandemia Covid-19, ma solo il 27,7% è a conoscenza del progetto "Match at Home". La maggioranza però ritiene che questa iniziativa possa essere una buona alternativa alla tipizzazione nelle piazze. Inerente invece alla capacità di spiegare il progetto, dall'analisi statistica emerge che c'è una forte associazione tra chi è volontario e chi sa spiegare il progetto (OR: 29,2; P< 0,0001). Indagando i canali più efficaci e utili per sensibilizzare le persone sul tema della donazione, gli intervistati hanno indicato in primis i social network, seguiti poi dall'ascolto di testimonianze e donatori e l'organizzazione di incontri da parte delle associazioni di volontariato. Inoltre il 73% ritiene che il progetto possa aggiungersi in modo permanente alle precedenti modalità di tipizzazione.



	Odds ratio	P value	Z statistic	95% CI
Correlazione tra l'essere volontario (compresi anche gli infermieri volontari) e la capacità di spiegare il progetto	29,2091	< 0,0001	4,535	6,7942 to 125,5729



Conclusioni

Per quanto il Match at Home sia ritenuto un'ottima strategia per far fronte al decremento di iscrizioni, da permanere anche a fine dello stato di emergenza, è poco conosciuto da infermieri e volontari, le stesse persone che dovrebbero diffonderlo. È quindi necessario che quest'ultimi vengano informati ed educati per promuoverlo e diffonderlo capillarmente utilizzando i canali più efficaci, rappresentati ad oggi dai social network.

Bibliografia

Decreto 02 novembre 2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.

Legge 6 marzo 2001, n. 52 "Riconoscimento del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo"

"Match at Home" parte il progetto per diventare donatori di Midollo osseo restando a casa https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5055



elform

Indagine su sentimenti ed emozioni dell'infermiere nel trapianto di Utero.

Laura Porta, Irene Melani, Veronica Venturi, Martina Capuano, Marco Tanini, Simona Leone

Elform e-learnig Formazione e Applicazione Srl. Via Calatafimi, 58 - 04100 Latina (LT) tel. 3389594130

Introduzione

Lo studio si propone di appurare le conoscenze e le emozioni del personale sanitario e laico, nei confronti del trapianto di utero, e come tale trapianto venga giudicato dalla popolazione in generale.

Materiale e metodi

Sono stati raccolti 1030 questionari, di questi, 208 sono stati compilati da personale sanitario, tra medici, infermieri, ostetriche e operatori socio sanitari e 830 sono stati compilati da persone laiche. Il questionario è stato somministrato in tutta Italia, con una partecipazione del 54.5% relativa alle isole, 7.4 % al nord Italia, 32% al centro Italia e 6.1% al sud Italia. Le persone che hanno partecipato al questionario sono prevalentemente donne, 84.1%, contro un 15.9% relativo alla popolazione maschile, di questi, 51.4% non ha figli mentre il 48.6% sì. La statistica descrittiva è stata elaborata mediante l'utilizzo di Excel.

Risultati

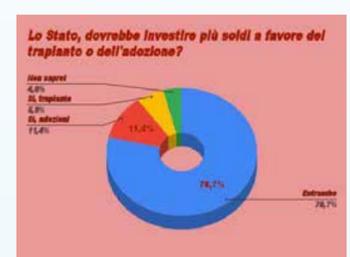
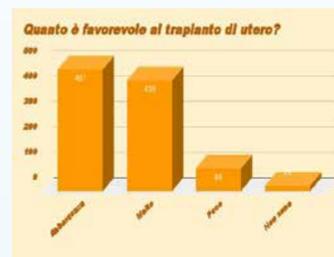
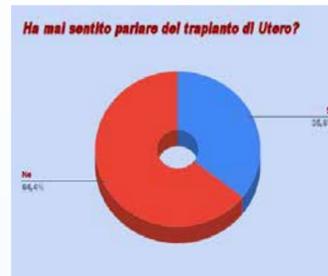
Il 64.4% degli intervistati non è a conoscenza del trapianto dell'utero, il restante 35.6% ne ha sentito parlare.

L'85.9% delle persone intervistate risulta favorevole alla donazione di organi, 1.5% delle persone intervistate non è favorevole, e il restante 12.6% è solo in parte favorevole.

Circa 919 persone intervistate sono favorevoli o abbastanza favorevoli al trapianto di utero, mentre le restanti 111 persone sono poco o per niente favorevoli.

Circa il 68.2% degli intervistati è a conoscenza di ciò che comporta ricevere un trapianto d'organo, mentre il restante 31.8% dichiara di non essere a conoscenza di ciò che comporta un trapianto.

Infine, 904 tra le persone intervistate ritengono che sia molto importante il supporto psicologico nel caso di trapianto d'utero.



Conclusioni

La maggior parte delle persone (919), è favorevole al trapianto di utero. La nostra analisi ha messo in evidenza, inoltre, il fatto che la maggior parte delle persone (78.7%) ritenga opportuno che lo Stato investa un quantitativo eguale di soldi sia a favore delle adozioni che a favore del trapianto di utero.

Bibliografia

Approvato in Italia il Protocollo sperimentale per il trapianto di utero. *Trapianti* 2018;22(3):72-74.

Brännström M, Dahm Kähler P, Greite R, Mölne J, Díaz-García C, Tullius SG. Uterus transplantations: a rapidly Expanding Field. *Transplantation*. 2018 Apr;102(4):569-577.

Marco Tanini, Pasquale Florio, Lucia Conticini, Emanuele Ginori, Federica Benifei, Alessandro Pacini. Trapianto di utero: riflessioni su una nuova opzione terapeutica. *Trapianti* 2018;22(3):75-79.



elform

Assistenza infermieristica nell'aborto: indagine condotta sulle conoscenze degli operatori.

Veronica Venturi, Laura Porta, Irène Melani, Martina Capuano, Marco Tanini, Simona Leone

Elform e-learnig Formazione e Applicazione Srl. Via Calatafimi, 58 - 04100 Latina (LT) tel. 3389594130

Introduzione

Lo studio si propone di andare ad indagare le conoscenze e le opinioni del personale infermieristico in relazione al tema dell'aborto e dell'interruzione volontaria di gravidanza. In particolar modo abbiamo indagato quelle che sono le conoscenze, le opinioni in merito del personale infermieristico in tale ambito ma soprattutto quello che è il ruolo infermieristico nel processo assistenziale.

Materiale e metodi

Dal primo febbraio 2021 al 15 ottobre 2022, sono stati raccolti 290 questionari validi. La casistica è stata elaborata con il programma SPSS per associazioni ed inferenza ed Excel per la statistica descrittiva. Sono stati realizzati 32 grafici, 6 tabelle di contingenza e una tabella riassuntiva finale.

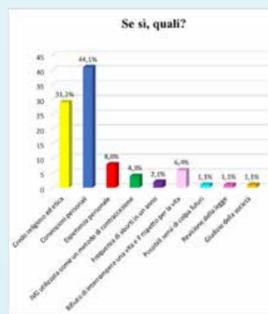
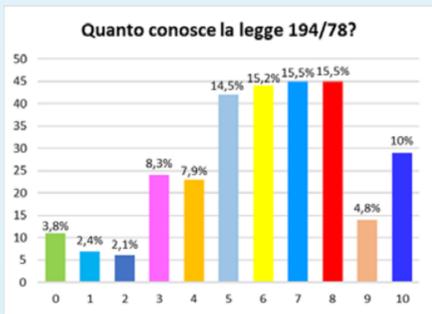
Risultati

Dall'indagine è emerso che, in relazione alla Legge 194 del 1978, ancora oggi, ci sono infermieri che giudicano le proprie conoscenze scarse o addirittura nulle.

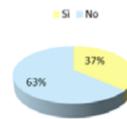
Il 14% degli operatori è contrario all'I.V.G.

È emerso che, tra le due tipologie di aborto, la maggioranza degli operatori ha assistito donne che hanno abortito spontaneamente. In entrambi i casi è emerso che la maggioranza ha dichiarato di aver prestato supporto psicologico e morale.

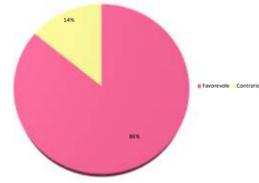
La maggioranza ha riconosciuto l'importanza del supporto psicologico e morale del personale infermieristico.



Ci possono essere delle motivazioni valide che portano gli operatori sanitari a sollevare l'obiezione di coscienza?



E' favorevole o contrario all'I.V.G?



Conclusioni

L'indagine condotta mostra che non tutti gli operatori hanno delle buone conoscenze sulla Legge 194/78. E' emerso che il coinvolgimento emotivo del personale

Fenomeno osservato	Odds Ratio	P value	95% CI	Z statistic
Esiste una forte correlazione tra chi è favorevole all'I.V.G e chi ritiene non etico l'obiezione di coscienza.	1.7328	0.1469	0.8244 to 3.6419	1.451
Esiste una forte correlazione tra chi è contrario alla possibilità di effettuare l'Interruzione di gravidanza e l'ammettere motivazioni per sollevare l'obiezione di coscienza.	5.3983	< 0.0001	2.6160 to 11.1398	4.562
Associazione tra obiezione di coscienza e il non ritenere importante un'assistenza priva di pregiudizi.	8.6779	0.1873	0.3497 to 215.3496	1.319

Questo potrebbe essere indice di un certo pregiudizio verso chi compie questa scelta. È quindi importante che vi sia una formazione e una sensibilizzazione del personale verso il diritto di autodeterminazione delle donne.

Bibliografia

Ministero della Salute. Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine".

Relazione del Ministro della salute sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2018.

Bocciolone, L., Parazzini, F., Fedele, L., Acaia, B., & Candiani, G. B. (1989). L'epidemiologia dell'aborto spontaneo: una revisione della letteratura. Annali di Ostetricia Ginecologia Medicina Perinatale, 110(6), 323-334.





**UTOPIA&SALUTE
L'APPORTO DEL SERVIZIO SOCIALE IN SANITÀ E IL PNRR**

Dott. Massimiliano FIORENTINO
IRIS SOCIALIA Centro Studi Sunas



INTRODUZIONE

Oltre al concetto classico di utopia, esiste un filone di studi che promuove la realizzazione di una società più rispondente ai bisogni umani e, in questo caso, di salute. In Italia, intorno ai primi anni ottanta del secolo scorso nasce il primo *Centro Interuniversitario di Studi Utopici*.

La nuova utopia, pertanto, si coniuga bene con l'evoluzione del Servizio Sociale, poiché la figura dell'assistente sociale, fino ai primi anni successivi al secondo conflitto mondiale, era dedita alla cura degli indigenti. Dopo il Convegno di Tremezzo (1946) si afferma una nuova idea delle politiche sociali e l'assistente sociale trova maggiore spazio e piena operatività nei presidi ospedalieri e nei servizi territoriali.

UTOPIA E SERVIZI SOCIO SANITARI

La nuova utopia mira alla costruzione di una società più rispondente all'idea di progresso - attraverso i seguenti modelli:

- la democrazia
- *lo stato sociale e dei servizi socio-sanitari*
- la cosmopoli

Negli anni settanta/ottanta del secolo scorso, il legislatore promulga una serie di norme che delineano una concezione della salute in sintonia con i principi dell'OMS. La modifica dell'art. V della Costituzione ha apportato una sostanziale rivisitazione dell'organizzazione sanitaria in ogni regione, realizzando in Italia una strutturazione disomogenea dei servizi. Alcune regioni, però, quelle più virtuose, hanno potenziato il fabbisogno di personale e pianificato modelli organizzativi in linea con la *mission* del Servizio Sociale.

La pandemia Sars-Cov 2 spinge l'apparato statale a porre in essere una serie di interventi finalizzati a far fronte allo stato di emergenza con il compito di supportare i cittadini colpiti dal virus. Nell'ambito delle attività legate all'integrazione socio-sanitaria, il Ministero della Salute:

istituisce le USCA

pianifica ulteriori assunzioni di assistenti sociali;

prevede 1 unità di assistente sociale ogni 2 USCA a 24 h settimanali.

IL SERVIZIO SOCIALE E IL PNRR

La nascita degli ospedali di comunità, delle case della salute e delle Centrali Operative Territoriali costituiscono i nuovi servizi in cui l'assistente sociale, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria, avrà il compito di analizzare la domanda (non prettamente sanitaria), accogliere e orientare le persone più fragili e vulnerabili, coordinare processi e progetti di pertinenza e fungere da ponte con i servizi del territorio.

CONCLUSIONI

Pertanto, l'evoluzione del Servizio Sociale in sanità, connessa alla strutturazione dei nuovi servizi, si pone come principali obiettivi:

- riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri
- riduzione degli accessi inopportuni al pronto soccorso
- territorialità delle cure
- incremento delle prestazioni in termini di promozione della salute e prevenzione primaria e secondaria
- miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria
- potenziamento delle reti formali e informali
- umanizzazione delle cure

BIBLIOGRAFIA

1. Colombo A., L'utopia. Rifondazione di un'idea e di una storia, Dedalo, Bari, 1997
2. Colombo A., Trilogia della nuova utopia. La nuova utopia. Il progetto dell'umanità. La costruzione di una società di giustizia, Mursia, Mursia, 2015.
3. Ministero della salute – Dipartimento della qualità, Funzioni del Servizio Sociale Professionale in sanità, Roma, 29/10/2010
4. DM 77/2022, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio nazionale
5. Colombini I., Il Servizio Sociale Professionale e la sua strutturazione nella sanità: realtà e prospettive, www.welforum.it, 2020/11



L'INNOVAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE

NEI CONTESTI SANITARI

Integrazione Sostenibilità Equità



Autori: Salvatore Poidomani, Delia Manferoce, Cristina Petrotta, Lorella Perugini, Cinzia Mongelli, Anna Maceratesi, Domenico Pellitta

sunas.nazionale@gmail.com – cell. 3454661267



La pandemia ha avuto un forte impatto sul nostro sistema sanitario, ha messo in evidenza l'assoluta necessità di potenziare e costruire un sistema di servizi capace di dare risposte ai bisogni di "cura e care", per una presa in carico globale della persona.

Il SUNAS/Centro Studi IRIS Socialia ha avviato un progetto di **ricerca-azione** con un gruppo di lavoro composto da referenti regionali e nazionali attivando su tutto il territorio nazionale un monitoraggio per conoscere lo stato dell'arte del Servizio Sociale Professionale nei diversi contesti regionali.

C'È IL SERVIZIO SOCIALE IN SANITÀ???

Sono trascorsi 22 anni dall'approvazione della Legge 251/2000, come modificato dall'art. 2-sexies L. n. 138/2004, dall'art. 1-octies L. n. 27/2006, che ha previsto l'istituzione del Servizio Sociale Professionale e la specifica dirigenza nelle aziende sanitarie e 11 anni dall'approvazione del Documento del Tavolo Tecnico istituito dal Ministro della Salute recante "Funzioni del Servizio Sociale Professionale in Sanità"!!!

La RICERCA-AZIONE

- Individuazione di referenti regionali ed esperti in ambito sanitario
- Intervista strutturata sui temi della ricerca
- Elaborazione e somministrazione di una scheda di rilevazione dati in modo omogeneo per regione/azienda sanitaria di riferimento
- Raccolta della normativa regionale/aziendale a supporto di quanto dichiarato nell'intervista
- Momenti di formazione con approfondimenti sui temi oggetto della ricerca
- Analisi del SSP nelle Regioni e nelle aziende sanitarie virtuose dove risulta istituito e attivato
- Comparazione dei diversi modelli di SSP attivati sui territori per definire gli aspetti più rilevanti e di interesse comune
- Elaborazione di linee guida applicabili in tutti i contesti regionali nel rispetto del documento del Ministero Salute del 29.10.2010 (Funzioni del

Work in progress



Fase 1

Il SSP è stato istituito solo in poche Regioni virtuose:

Fase 2

Sono stati coinvolti e intervistati online n. 30 stakeholder per gruppi di appartenenza geografica

Fase 3

Attualmente in esame solo le regioni che hanno istituito il SSP e i relativi modelli organizzativi

Fase 4

Comparazione delle normative e dei modelli organizzativi più attinenti alle disposizioni nazionali



Il PNRR - missioni 5 e 6 - porterà risorse e finanziamenti, ma occorre creare le giuste condizioni strutturali perché i servizi facciano sistema, superando frammentazioni e disomogeneità al fine di assicurare e garantire



Leadership etica e management: sostenere e motivare la cultura etica nell'azienda sanitaria

Stefania Piscicelli Università Cattolica del Sacro Cuore, Teresa Calandra Presidente FNO TSRM e PSTRP,
Antonio Cerchiaro Componente Comitato centrale FNO TSRM e PSTRP con delega Etica e deontologia,
Saverio Stanziale Componente Comitato centrale FNO TSRM e PSTRP con delega alla Dirigenza,
Alessandro Beux Componente Comitato centrale FNO TSRM e PSTRP con delega ad Aspetti giuridici e medico-legali,
Laila Perciballi Avvocato Cassazionista Coordinatrice progetto Costituzione etica.



Abstract

Questo lavoro rappresenta il primo studio statistico sulla Costituzione etica della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP); con l'obiettivo di valutare la percentuale di conoscenza e di condivisione dei principi ivi espressi da parte dei dirigenti delle 19 professioni sanitarie.



Costituzione etica

Introduzione

Con la legge 3/2018 sono stati costituiti gli Ordini TSRM e PSTRP e la relativa Federazione nazionale, enti sussidiari dello Stato rappresentanti 19 professioni sanitarie con il fine di tutelare gli interessi pubblici e la salute delle persone, delle comunità e dell'ambiente. Nel maggio del 2019, nasce il progetto denominato "Etica, deontologia e responsabilità professionale quali comune codice denominatore" in quanto la Federazione nazionale ritiene che se vi è un unico organismo rappresentativo delle 19 professioni sanitarie deve esservi anche un'unica Carta con cui tali professioni condividano valori comuni. Dopo due anni di lavoro della commissione delle 19 professioni sanitarie, nasce la Costituzione etica che viene approvata il 2 Luglio 2021.

Metodologia

Questionario online anonimo rivolto a dirigenti iscritti agli Ordini TSRM e PSTRP.



Questionario completo

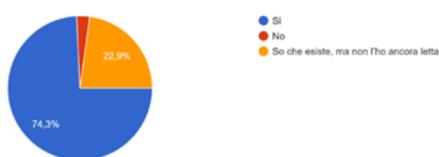
Risultati

La stima dei dirigenti afferenti agli Ordini TSRM e PSTRP è di poco superiore a 100. Il campione è rappresentato da 35 dirigenti delle professioni sanitarie afferenti agli Ordini TSRM e PSTRP. Tutti i dirigenti condividono i valori contenuti nelle dieci parole chiave che rappresentano i pilastri della Costituzione etica, riconoscendone la base valoriale che unisce tutte le 19 professioni.

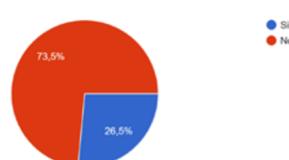
- I valori etici considerati prioritari sono: *equità e trasparenza*.

- Gli aspetti vincolanti emersi sono: *la resistenza al cambiamento, l'eccesso di burocrazia, la scarsità di tempo*.

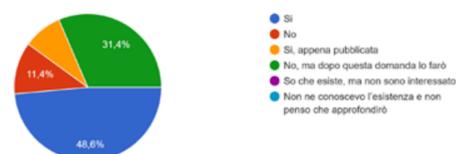
Conosce la Costituzione etica della FNO TSRM e PSTRP?
35 risposte



Nella sua azienda sanitaria è stata divulgata la nuova Costituzione etica della FNO TSRM e PSTRP?
34 risposte



Ha mai letto attentamente e riflettuto sui singoli articoli della Costituzione etica della FNO TSRM e PSTRP e su quale sia o dovrebbe essere l'atteggiamento quotidiano nei confronti di colleghi e pazienti?
35 risposte



Conclusioni

Questo lavoro sottolinea l'importanza di promuovere progetti di ricerca, corsi di formazione sull'etica in sanità, anche in ambito universitario, iniziative che ne consentano la piena attuazione nella pratica quotidiana. L'etica è il tema più sentito degli ultimi anni, rappresentando la sfida principale per la gestione delle imprese sanitarie che devono governare un sistema di professionisti altamente qualificati, ma anche coinvolgerli sempre più nell'autoidentificazione con l'impresa sanitaria, con i suoi obiettivi, senza dimenticare i valori fondamentali espressi nel decalogo della costituzione etica: *Persona, Salute, Responsabilità, Relazione, Informazione, Competenza, Consenso, Multiprofessione, Equità e Privacy*. La maggiore sensibilizzazione e conoscenza della Costituzione etica delle professioni sanitarie attraverso la formazione manageriale potrebbe essere uno strumento chiave per invertire la tendenza in atto e riportare l'etica nella nostra società partendo dall'azienda sanitaria, questo potrebbe inoltre migliorare la qualità lavorativa dei professionisti sanitari e la qualità percepita dalle persone.

Bibliografia

- www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg
- www.tsrn.org/index.php/chi-siamo/
- www.sanitainformazione.it/salute/codice-etico-professioni-sanitarie-lavvocato-perciballi-ecco-il-decalogo-si-parte-dalla-parola-persona/
- Costituzione etica FNO TSRM e PSTRP



**LA CHIRURGIA AMBULATORIALE DI EMORROIDI, ERNIA INGUINALE E VARICI:
NUOVE TECNOLOGIE E PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE**

P. Valle¹, G. Vall², U. Passaro¹, G. Lisi¹, M. Ronconi³, D. Mancini⁴, G. Sozio⁵, P. Palumbo⁶

¹ Ospedale S.Eugenio - UOC Chirurgia Generale Roma Italy

² Ospedale A.Fiorini - UOC Chirurgia Generale - Polo Pontino "La Sapienza" Roma Terracina Italy

³ Ospedale di Gardone Val Trompia Presidio ASST - Spedali Civili di Brescia Italy

⁴ Day Service di Chirurgia Generale presso il PTA 12 di Conversano ASL di Bari Italy

⁵ U.O.S. Day Surgery Poggibonsi Responsabile U.O.S. Day Surgery Poggibonsi Siena Italy

⁶ Università "La Sapienza" - Policlinico Umberto I° 'Unità Operativa Interdipartimentale di Degenza Chirurgica a Ciclo Breve Roma Italy



Introduction

La chirurgia a ciclo breve include vari setting assistenziali come chirurgia ambulatoriale e day surgery e rappresenta la modalità clinico-organizzativa di effettuare interventi chirurgici nelle sole ore diurne. Si è poi affermata la chirurgia ambulatoriale (APA), che ha permesso di completare il passaggio degli interventi di alcune patologie (Varici, Emorroidi, Ernia inguinale) dal RO a quello in DS e all' Ambulatoriale.

Results

La difficoltà maggiore è quella di reperire i dati dell'attività di chirurgia ambulatoriale che si mantengono ancora confinati alle singole Asl. A livello nazionale permane ancora alto il numero delle dimissioni in regime ordinario: 10.000 (Varici), oltre 70.000 (Ernia inguinale) e circa 36.000 (Emorroidi). Ma l'aspetto più interessante è quello delle differenze che si riscontrano nei vari CUR regionali. La visita flebologica è presente in 3 regioni, quella proctologica in 4 e non ci sono codici per la chirurgia di parete. Gli interventi per Emorroidi sono presenti in tutte le regioni mentre per la flebologia, il trattamento laser solo in 2. Nessuna menzione delle altre procedure endovascolari

Methodology

Delle 3 patologie abbiamo considerato:

1. Tipo di interventi secondo le Linee Guida vigenti (ISS)
2. Numero dimissioni/giornate di degenza, per il RO e DS, sia nazionali che di alcune regioni (Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia)
3. Numero di prestazioni APA
4. Presenza nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni riconducibili alle "sub specialità", come la visita e gli interventi collegati: Laser/RFT/Colla/Sclerosi per la flebologia, Iniezione/Legatura/Asportazione delle Emorroidi per la proctologia ed infine Plastica con rete per l'ernia inguinale.

Conclusion

I risultati ottenuti indicano chiaramente che il passaggio totale dei trattamenti per Varici, Emorroidi ed Ernia inguinale alla chirurgia ambulatoriale ha bisogno di una specifica preparazione degli specialisti e che questi debbono essere facilmente rintracciabili dall'utenza. E questo può avvenire solo con la presenza delle relative codifiche nei relativi Nomenclatori Regionali.

Acknowledgements

https://pne.agenas.it/main/doc/Report_PNE_2021.pdf



PerLaSalute fai Tutt'Online

Sistema integrato per la gestione e il governo dei flussi di accoglienza Azienda Ospedaliera Marche Nord



M. Luciani¹ ; A. Draisci²; L. Stefanelli³ ;P. D'Eugenio⁴ ; R. Micheletti³ ;N. Nardella⁵ ;M. Capalbo⁶

1 UOC Ingegneria Clinica e ICT; 2 Direzione Amministrativa; 3 UOC Direzione Medica di Presidio; 4 UOC Direzione Amministrativa di Presidio; 5 Risk Manager Aziendale; 6 Direzione Generale

INTRODUZIONE

Durante la pandemia si sono evidenziati problemi legati alla difficoltà di prevenzione degli assembramenti nelle sale d'attesa e l'assenza di strumenti in grado di monitorare l'avanzamento dei propri familiari nei PS. A superamento di tale modalità gestionale, è stata avviata una omogeneizzazione dei sistemi di accoglienza paziente e contestualmente un potenziamento dei servizi messi a disposizione degli operatori e utenti al fine di dare solidi punti di riferimento.

RISULTATI

Il progetto ha l'obiettivo di innovare i processi per migliorare l'erogazione delle cure e ridurre i costi, grazie a soluzioni che supportano il lavoro degli operatori amministrativi e sanitari e aumentano il livello di gradimento, soddisfazione e fidelizzazione del paziente nonché facilitano la comunicazione tra medici e pazienti o familiari/caregiver, nell'ottica di rendere più immediati i consulti, velocizzare i responsi e consentire un migliore accesso alla Sanità da parte dei cittadini-pazienti.

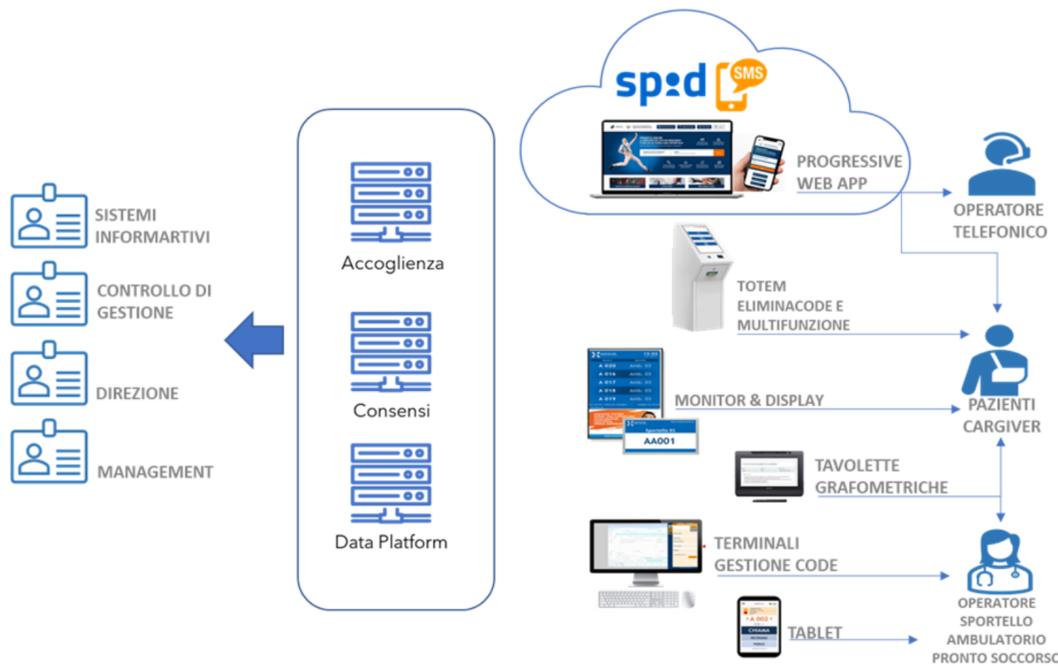
MATERIALI E METODI

La soluzione, consiste in un sistema integrato per la gestione del percorso del paziente e il governo dei flussi di accoglienza per l'Azienda Ospedaliera Marche Nord, che prevede:

- Digitalizzazione dei processi e creazione di un percorso multicanale per il paziente: è stata sviluppata una progressive Web App per agevolare, tramite l'utilizzo di un unico strumento, l'accesso del paziente alla prenotazione dei servizi sanitari, al ritiro di referti e immagini, al monitoraggio dello stato di congestione dei Pronto Soccorso, ecc.. Il percorso multicanale del paziente è basato inoltre su touch point fisici e digitali (es. totem) e tablet per la dematerializzazione dei consensi tramite firma grafometrica. Le diverse funzionalità sono state implementate coinvolgendo gli stessi utenti finali e l'intero percorso dettagliato per mezzo di casi d'uso
- Sistema di monitoraggio e analisi: tale sistema permette di agire sull'efficientamento dei servizi e dei flussi ospedalieri in tempo quasi reale

CONCLUSIONI

Si prevede di arricchire la piattaforma con nuovi servizi, che permettano di supportare maggiormente i pazienti nell'accesso ai servizi ospedalieri nonché il personale aziendale nella completa gestione delle relazioni con i pazienti. Si prevede di rafforzare, inoltre, il sistema di business intelligence espandendolo a tutti i servizi aziendali, per ottenere un'analisi puntuale su indicatori specifici (es. clinici, sanitari, economico finanziari)



**Ascolto e sostegno nei Pronto Soccorso con i “Facilitatori della Comunicazione”:
il progetto dell’Azienda Ospedali Riuniti Marche (AORMN)**

M.Capalbo¹, Stefania Rasori², E. Berselli³; R. Micheletti⁴; L. Stefanelli⁴; Serena Frassini²; G. Titolo⁵
1 Direzione Generale; 2 UOC Professioni Sanitarie IOTR; 3 Direzione Sanitaria; 4 UOC Direzione Medica di Presidio; 5 UOC Pronto Soccorso e Medicina D’urgenza

[i Resto del Carlino](#)

INTRODUZIONE

Gli utenti che accedono ai Pronto Soccorso di AORMN, solo nel caso di codici a bassa o nulla gravità e in presenza di alti afflussi o di codici gravi, possono talvolta attendere diverse ore prima che il caso sia chiuso. Il protrarsi dello stazionamento e l'impossibilità da parte del personale di colloquiare costantemente con l'utenza perché impegnato in assistenza clinica, può causare sentimenti di irritazione, sfiducia ed apprensione, in particolare nei codici a bassa o nulla gravità. La Direzione ha ritenuto importante migliorare radicalmente gli aspetti comunicativi tra l'Azienda Ospedaliera rappresentata dal personale in servizio ed i cittadini/utenti, e ha avviato un progetto innovativo all'interno dei PS dei Presidi di Pesaro e Fano.

METODOLOGIA

Il progetto è stato avviato dal 9 maggio 2022. I Facilitatori della comunicazione individuati da AORMN sono figure professionali con ruolo sanitario o amministrativo, dotate di capacità empatiche, skills comunicative e conoscenza generale dell'organizzazione ospedaliera; si rapportano con tutti gli utenti presenti nella sala di attesa, nel retro-triage, negli ambulatori, nelle aree di attesa (es OBI, OT, etc.) salvo che questi, per motivi clinici (es malattia altamente infettiva, trattamento in corso, alterazioni dello stato di coscienza, etc.) o per loro espressa richiesta, non rientrino in questo percorso di umanizzazione e miglioramento dell'assistenza.

Il Facilitatore raccoglie i bisogni comunicativi/informativi dell'utente e provvede, con i mezzi a sua disposizione, a soddisfare quanto richiesto, relazionandosi con il personale sanitario del PS o di altro reparto/servizio anche all'esterno di AORMN (es. familiari, etc.).

Il Facilitatore, fortemente vincolato al segreto professionale e al rispetto della privacy degli utenti, non svolge attività di tipo clinico e organizzativo ma crea un'atmosfera positiva nell'ambito della comunicazione tra l'utente, i familiari ed il personale sanitario, rendendosi proattivo nell'intercettare le esigenze di comfort dell'utente. Il servizio è attivo ogni giorno dalle ore 8.00 alle ore 20.00 presso i due PS di AORMN; ogni comunicatore svolge un turno di 6 ore, mattutino o pomeridiano, compresi i festivi e nel rispetto dell'orario di lavoro massimo settimanale previsto dal CCNL, secondo il calendario predisposto dalla figura di coordinamento del team.

Ruolo	Attività
Coordinatore dei Facilitatori della Comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> • Coordina i Facilitatori della Comunicazione (turni, presenze, formazione) • Valuta l'operato dei Facilitatori della Comunicazione • Predisponde report sull'efficacia del servizio • Si rapporta periodicamente con la Direzione per la valutazione dei punti di forza e delle criticità del servizio
Facilitatori della Comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> • Garantiscono la copertura dei turni • Svolgono i compiti loro assegnati dal Coordinatore dei Facilitatori della Comunicazione • Gestiscono la comunicazione con gli utenti e con il personale dei PS • Riportano al Coordinatore le problematiche riscontrate e propongono soluzioni

Home > Pesaro > Cronaca > Pronto soccorso Pesaro...
Pronto soccorso Pesaro, ecco i facilitatori: "Aiutiamo i pazienti in attesa di visita"
Le nuove figure servono per dare informazioni e sostegno di ogni tipo: "La gente apprezza il servizio, perché si sente meno sola"



Pronto soccorso, a Pesaro arrivano i facilitatori

RISULTATI

I dati riportati in tabella sono relativi al numero di reclami e di elogi pervenuti all'URP di AORM nei periodi pre e post avvio e consolidamento del progetto.

Anno 2022			
Segnalazioni URP RECLAMI		Segnalazioni URP ELOGI	
01/01-15/05/2022	16/05-30/09/2022	01/01-15/05/2022	16/05-30/09/2022
IndiceURP 150/2022 IndiceURP 172/2022 IndiceURP 288/2022	Nessuna segnalazione	Nessuna segnalazione	IndiceURP 181/2022 IndiceURP 222/2022 IndiceURP 270/2022 IndiceURP 232/2022 IndiceURP 292/2022 IndiceURP 312/2022

CONCLUSIONI

I Facilitatori della Comunicazione sono figure 'specchio', utili a dare calma, comfort e tranquillità nel caos: dare una bottiglia d'acqua o colmare un'esigenza informativa, comunicare i tempi d'attesa, ascoltare il paziente crea un clima di attenzione e fiducia e impatta in maniera significativa sulla soddisfazione dell'utente.

BIBLIOGRAFIA

Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. Rev Gaucha Enferm. 2019 Jun 10;40:e20180263. Portuguese, English. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180263. PMID: 31188988.

Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. Patient. 2019 Oct;12(5):461-474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1. PMID: 31203515.



Frequent users in Pronto Soccorso: studio osservazionale retrospettivo nell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord

M.Capalbo¹, L. Braconi⁵; Stefania Rasori², D. Giovannini²; E. Vichi²; E. Berselli³; R. Micheletti⁴; L. Stefanelli⁴; Serena Frassini²; G. Titolo⁵

1 Direzione Generale; 2 UOC Professioni Sanitarie IOTR; 3 Direzione Sanitaria; 4 UOC Direzione Medica di Presidio; 5 UOC Pronto Soccorso e Medicina D'urgenza

INTRODUZIONE

I *frequent users* sono pazienti con accessi frequenti nei DEA (>4 nell'arco dell'anno solare) che utilizzano notevoli quantità di risorse in funzione di ricoveri ripetuti; sovente potrebbero evitare l'accesso in PS, se indirizzati al proprio MMG o presi in carico in percorsi prestabiliti per patologie croniche.

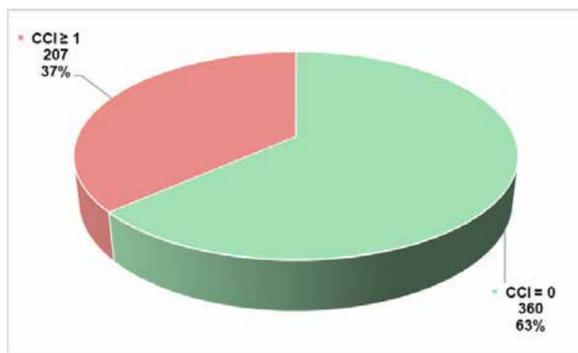
METODOLOGIA

Per comprendere la dimensione del fenomeno e valutare la corrispondenza delle caratteristiche del paziente *frequent user* con quanto descritto in letteratura (pazienti con alto indice di comorbidità), è stato condotto uno studio di coorte retrospettivo sugli accessi al PS dell'Ospedale Santa Croce di Fano in epoca pre-Covid, estrapolando dal sistema gestionale AusyIA i dati riferiti all'anno 2019. Sono stati esclusi accessi per problematiche psichiatriche e ostetrico-ginecologiche, per traumi e per visite specialistiche ricorrenti, afferenti a percorsi di fast-track o specialistici strutturati e non in linea con il progetto, come nel caso di pazienti con dipendenze. Gli accessi sono stati stratificati secondo Charlson Comorbidity Index (CCI) espresso in classi.

Charlson Comorbidity Index (CCI)	
Assenza comorbidità	0
1-2 comorbidità	1 o 2
3-4 comorbidità	3 o 4
≥ 5 comorbidità	≥ 5

RISULTATI

Nel 2019 si sono presentati almeno 4 volte al Ps di Fano 985 utenti (39% dei quali >70 anni) registrando 4950 (11,4%) accessi su un totale di 43395; esclusi 418 che non rientravano nei criteri sopra citati, la popolazione target si compone di 567 pazienti e i dati analizzati si riferiscono a 2775 accessi.



FASCIA ETA'	N°	ACCESSI		CCI*
		(%)	Media	Media
<40	54	9.5	5,41 [§]	0,45
41-50	58	10.3	4,83	0,72
51-60	63	11.2	4,79	0,84
61-70	65	11.3	4,80	1,77
>70	327	57.7	4,89	3,03
Totale	567	100	4,8	--

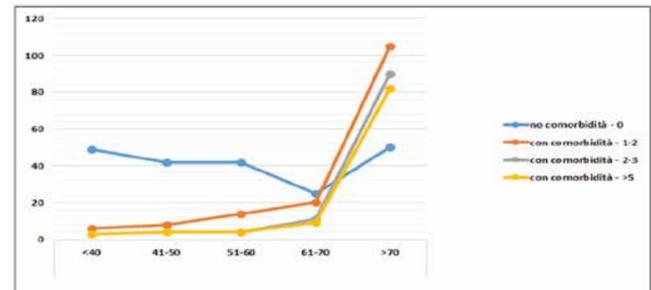
*Charlson Comorbidity Index
§ presenza di outliers con problematiche psichiatriche non diagnosticate +alto numero di accessi (>9)

La distribuzione in base alla nazionalità risulta sovrapponibile per età, media accessi e CCI.

	Utenza Italiana n°506	Utenza Straniera n°61	P*
ETÀ			
Media±SD	69.9±18.6	65.4±17.7	< .00001
range	22-102	20-88	
N°ACCESSI			
Media±SD	4.9±1.7	4.9±1.8	< .00001
range	4-24	4-14	
CCI			
Media±SD	2.2±2.4	1.9±2.4	< .00001
range	0-11	0-8	

*T-test One-tailed
livello di significatività 0.05

A conferma del dato in letteratura, il numero di accessi cresce in relazione all'età e allo stato di salute espresso dal CCI.



CONCLUSIONI

Al fine di ridurre il fenomeno, è necessario predisporre una funzione di presa in carico e case management proattivo attraverso un percorso di individuazione precoce in PS del paziente con comorbidità, potenziale *frequent user*. Al responsabile della presa in carico clinica occorre affiancare un case manager infermieristico della cronicità, che faciliti l'attraversamento della filiera dei servizi, controlli e sostenga la compliance e il take-up e attivi la medicina di iniziativa. Perché si configuri una efficace presa in carico della cronicità, è essenziale predisporre un'infrastruttura digitale e piattaforme tecnologiche interoperabili che rendano facile ed immediata la condivisione delle informazioni tra i professionisti e le strutture coinvolte, attivando soluzioni di e-health quali servizi di Telemedicina e Telemonitoraggio, orientati a fornire assistenza al paziente a domicilio.

BIBLIOGRAFIA

- Chen A, Ospina M, McRae A, McLane P, Hu XJ, Fielding S, Rosychuk RJ. Characteristics of frequent users of emergency departments in Alberta and Ontario, Canada: an administrative data study. CJEM. 2021 Mar;23(2):206-213. doi: 10.1007/s43678-020-00013-7. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33709355.
- Dufour I, Chiu Y, Courteau J, Chouinard MC, Dubuc N, Hudon C. Frequent emergency department use by older adults with ambulatory care sensitive conditions: A population-based cohort study. Geriatr Gerontol Int. 2020 Apr;20(4):317-323. doi: 10.1111/ggi.13875. Epub 2020 Feb 3. PMID: 32017348; PMCID: PMC7187263.



Il benessere del personale sanitario di Pronto Soccorso: progetto di implementazione nell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord

M. Fortugno¹; M. Volpe¹; Stefania Rasori², D. Giovannini²; E. Vichi²; E. Berselli³; R. Micheletti⁴; L. Stefanelli⁴; Serena Frassini²; S. Ridolfi⁵; D. Ventura⁵; G. Titolo⁵; N. Nardella⁶; M.Capalbo⁷

1 UOSD Psicologia Ospedaliera; 2 UOC Professioni Sanitarie IOTR; 3 Direzione Sanitaria; 4 UOC Direzione Medica di Presidio; 5 UOC Pronto Soccorso e Medicina D'urgenza; 6 Risk Manager Aziendale; 7 Direzione Generale

INTRODUZIONE

La protezione degli operatori sanitari è una importante misura di sanità pubblica per affrontare condizioni e contesti caratterizzati da stress molto elevato, che possono avere implicazioni rilevanti per il benessere fisico ed emotivo. L'impatto della pandemia sul rischio aggressioni è stato acuito sia dal maggior isolamento e conseguente aggressività dell'utenza, sia dalla diminuita serenità degli operatori.

METODOLOGIA

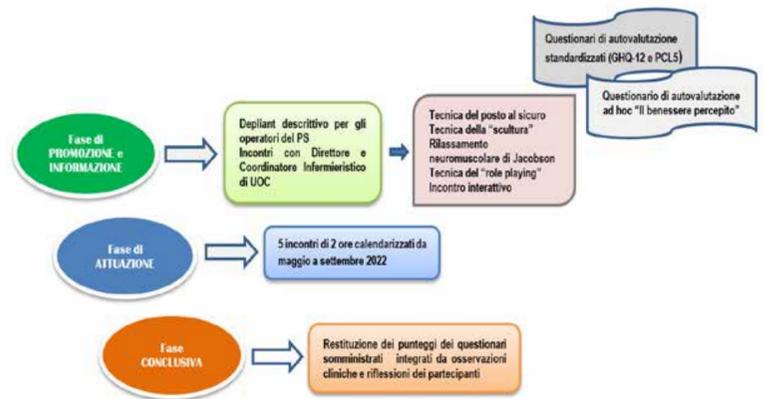
Nel processo di revisione delle Raccomandazioni Ministeriali e alla luce degli eventi pandemici, che hanno costretto ad una continua rimodulazione organizzativa, la Direzione di AORMN ha ritenuto di attivare il team del Servizio di Psicologia Ospedaliera per la realizzazione di un intervento di supporto psicologico rivolto al personale che, ad un anno dall'inizio della pandemia, si ritrovava ad affrontare un contesto sociale più «aggressivo» nei confronti degli operatori di PS.

RISULTATI

Gli incontri, calendarizzati a Novembre e Dicembre, hanno coinvolto 2 psicologhe per incontri di circa 2 ore a cadenza bisettimanale, al fine di produrre un'osservazione altamente oggettiva ed integrata di diversi orientamenti teorici e professionali. Il team ha utilizzato tecniche e strategie di osservazione diretta inerenti le modalità comunicative con l'utenza e la valutazione dello stato psico-emotivo del personale. Sono state utilizzate varie tecniche: agevolazione della catarsi emotiva, narrazione, ristrutturazione cognitiva/rietchettamento, inchiesta sulle principali tecniche di difesa assertive utilizzate, individuazione delle aspettative e ristrutturazione dei bias cognitivi.



A conclusione dell'intervento psicologico, è stato stilato un progetto formativo ad hoc per implementare il benessere psico-fisico e la resilienza del personale sanitario del PS: l'intervento era a piccoli gruppi e volto all'apprendimento di strategie di auto-osservazione, coping e problem-solving per fronteggiare gli stressor contingenti. Il progetto è partito a maggio 2022 con 5 incontri formativi basati su training interattivi di gruppo a valenza terapeutica e l'utilizzo di tecniche specifiche (tecnica della scultura, rilassamento neuromuscolare di Jacobson, tecnica del role playing).



Dai dati oggettivi registrati è emersa una chiara soddisfazione dei partecipanti ed un generale miglioramento del benessere psico-fisico.

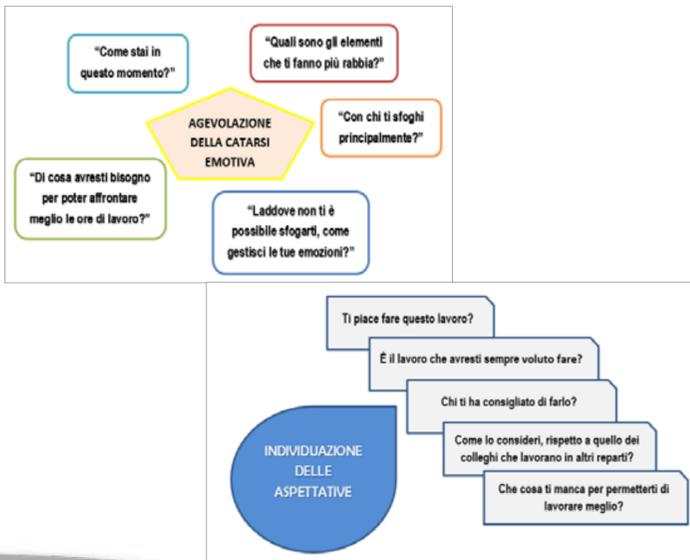
CONCLUSIONI

Per gli operatori di PS, sottoposti a stress, come ampiamente descritto in letteratura, strutturare momenti di presa in carico delle proprie emozioni ha aiutato a sostenere l'autostima, a lenire lo stress e a combattere il senso di frustrazione e impotenza che, talvolta, ha pervaso gli animi. AORMN intende perseguire lo sviluppo e il mantenimento di una "cultura organizzativa" della resilienza, andando oltre azioni puntuali quali il supporto psicologico individuale: il progetto è nell'ottica di una protezione preventiva della salute mentale e del benessere degli operatori, con conseguente miglioramento delle prestazioni di assistenza e cura dei nostri pazienti.

BIBLIOGRAFIA

Elder EG, Johnston A, Wallis M, Crilly J. Work-based strategies/interventions to ameliorate stressors and foster coping for clinical staff working in emergency departments: a scoping review of the literature. *Australas Emerg Care*. 2020 Sep;23(3):181-192. doi: 10.1016/j.auec.2020.02.002. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32680722.

Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. *Clin Ter*. 2019 Mar-Apr;170(2):e110-e123. doi: 10.7417/CT.2019.2120. PMID: 30993307.



L'Infermiere Coordinatore e la pandemia da Covid-19: fragilità' e resilienza

Lucia Tonucci¹, Stefania Rasori², Serena Frassini², Elisetta Vichi², Maria Capalbo³

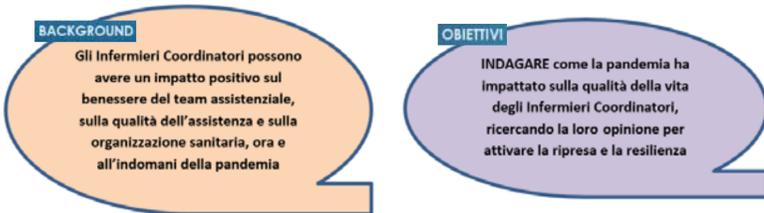
1UOC Otorinolaringoiatria AO Ospedali Riuniti Marche Nord
2UOC Professioni Sanitarie IOTR AO Ospedali Riuniti Marche Nord
3Direzione Generale AO Ospedali Riuniti Marche Nord

INTRODUZIONE

La pandemia ha impattato fortemente sulla qualità della vita degli Operatori Sanitari coinvolti nell'assistenza dei pazienti affetti da SARS-CoV-2. La provincia di Pesaro Urbino e AORMN, struttura ospedaliera di riferimento, sono state tra le più colpite in Italia durante la prima ondata (marzo-maggio 2020): in pochi giorni il carico di lavoro è diventato sempre più impegnativo, l'intera struttura e i reparti sono stati stravolti con una rimodulazione continua dell'organizzazione, della clinica e dell'assistenza. Per far fronte all'evolversi della pandemia e al rapido incremento dei casi nel territorio provinciale, la dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva è stata progressivamente aumentata; nel rispetto della separazione dei percorsi sporchi/puliti, l'Ospedale San Salvatore di Pesaro è stato dedicato esclusivamente all'erogazione delle cure ai pazienti COVID-19 con il trasferimento di tutte le attività COVID-free presso l'Ospedale Santa Croce di Fano. Con l'ulteriore incremento dei casi nella seconda ondata, AORMN ha garantito anche il ricovero di pazienti (27%) provenienti dalle altre Province della Regione. Inevitabili il disagio, l'ansia e lo stress del personale nel gestire una tale emergenza. A due anni da quella incredibile esperienza, il "tempo degli eroi" è passato: infermieri e operatori sanitari si sono ritrovati più fragili o hanno trovato la forza per ripartire? I vissuti indelebili di quei giorni hanno lasciato disagio o sono risorsa per ripartire più resilienti di prima?

MATERIALI E METODI

Nella prima quindicina di settembre 2022 è stato condotto uno studio osservazionale trasversale quali-quantitativo su un campione di Coordinatori Infermieristici di AORMN.

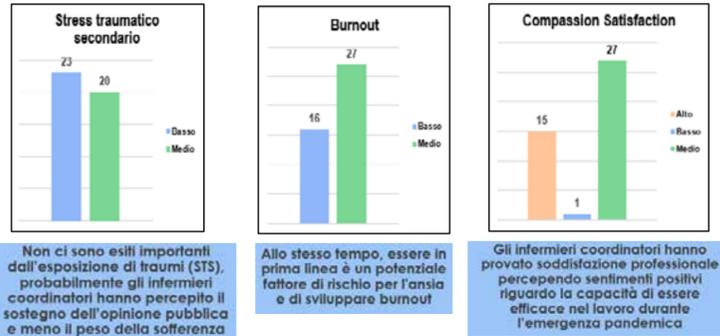


Sono stati inclusi tutti gli Infermieri Coordinatori in prima linea durante le fasi pandemiche, esclusi quelli impegnati nella logistica, non direttamente coinvolti nell'assistenza.

STRUMENTO : questionario semi-strutturato
Dati socio-demografici;
Dati quantitativi: scala ProQOL-5;
Dati qualitativi: domande aperte/risposta multipla



RISULTATI

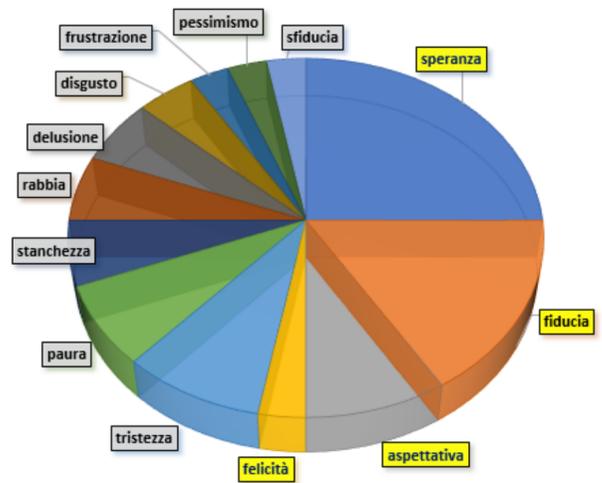


Non ci sono esiti importanti dall'esposizione di traumi (STS), probabilmente gli infermieri coordinatori hanno percepito il sostegno dell'opinione pubblica e meno il peso della sofferenza

Allo stesso tempo, essere in prima linea è un potenziale fattore di rischio per l'ansia e di sviluppare burnout

Gli infermieri coordinatori hanno provato soddisfazione professionale percependo sentimenti positivi riguardo la capacità di essere efficace nel lavoro durante l'emergenza pandemica

Nelle difficoltà sono emersi sia sentimenti positivi come la speranza, la fiducia e l'aspettativa per la ripresa, sia sentimenti negativi che hanno mostrato una certa fragilità.



CONCLUSIONI

Gli Infermieri Coordinatori hanno espresso il bisogno di ascolto, coinvolgimento e valorizzazione della risorsa umana, come segno di riconoscenza per lo sforzo affrontato. E' necessario ripensare all'organizzazione della vita lavorativa, perseguire opzioni strategiche su più livelli, avviare programmi di formazione permanente basati sulla resilienza e rivolti, in particolare, a studenti e novizi. Essenziale saper leggere le situazioni problematiche come opportunità di crescita, sviluppare sicurezza ed equilibrio per gestire se stessi e il team costruttivamente, anche nelle situazioni difficili, sostenersi e supportare il gruppo, controllare i fattori di stress a favore dell'efficacia e del benessere professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Carter M, Turner KM. Enhancing Nurse Manager Resilience in a Pandemic. Nurse Lead. 2021 Dec;19(6):622-624. doi: 10.1016/j.mnl.2021.07.007. Epub 2021 Aug 11. PMID: 34720768; PMCID: PMC8548733.
- Sihvola S, Kvist T, Nurmeksela A. Nurse leaders' resilience and their role in supporting nurses' resilience during the COVID-19 pandemic: A scoping review. J Nurs Manag. 2022 Sep;30(6):1869-1880. doi: 10.1111/jonm.13640. Epub 2022 May 2. PMID: 35434873; PMCID: PMC9115204.





Adozione della scheda infermieristica in un ambulatorio di endoscopia digestiva.

Elisabetta Palma¹, Ariella Agarbatì², Donatella Giovannini³, Nadia Storti⁴

1 – Infermiera Endoscopia Digestiva AV2 Senigallia, 2 – Coord. Inf. Gastroenterologia AV2 Senigallia, 3 – Direttore Infermieristico AV2, 4 – Direttore Generale ASUR

Introduzione

Documentare l'assistenza è una necessità.

Un corretto passaggio di consegne (handout) tra sanitari riduce gli eventi sentinella¹. Tecniche di comunicazione efficace (scritta e non solo verbale) sono raccomandate dalla Società Italiana di Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva – SIAARTI². Un efficace metodo di handover applicabile a una realtà ambulatoriale è rappresentato dal metodo "ISBAR" (Identificazione paziente-Situazione-Background-Accertamento-Raccomandazioni), è raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità³ ed è usato in endoscopia interventistica.⁴

ANOTE-ANIGEA (Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche - Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati) ha proposto una scheda endoscopica infermieristica⁵ molto complessa, che rischia di essere compilato in parte o frettolosamente in un setting ambulatoriale con tempi di lavoro ristretti.

Materiali e metodi

L'équipe infermieristica dell'Endoscopia Digestiva di Senigallia ha elaborato una scheda infermieristica adattando il documento prodotto da ANOTE-ANIGEA con il metodo ISBAR con l'obiettivo di attestare il processo di nursing (accertamento, valutazione, intervento, verifica) dall'accoglienza alla dimissione in 5 momenti:

- Accoglienza
- Valutazione pre-procedura (infermiere di processo)
- Valutazione pre-procedura (infermiere di sala)
- Monitoraggio intra-procedura e somministrazione farmaci
- Valutazione post-procedura e dimissione

Risultati

La scheda riporta tutte le attività assistenziali suddivise in base all'organizzazione di lavoro:

- **infermiere di processo:** riceve l'utenza, copre l'attività di front-office e provvede alla dimissione dell'utente dopo la procedura,
- **infermiere "A" di sala:** assiste il paziente, durante la gastroscopia (EGDS) mantiene l'utente in posizione corretta, durante la colonscopia (CS) o rettoscopia (RS) manovra lo strumento.
- **infermiere "B" di sala:** verifica i parametri vitali in corso di esame, collabora il medico ed è responsabile dei prelievi biotici (preparazione, raccolta dei campioni, allestimento corretto dei contenitori con la documentazione di accompagnamento, invio all'Anatomia Patologica).

Sono state utilizzate le scale appropriate per valutare i parametri vitali (coscienza, dolore), discomfort intra-procedura e valutazione post sedazione.

Conclusioni

La scheda infermieristica è sistematica e documenta le varie fasi dell'assistenza in un ambulatorio endoscopico, esplicitando "chi fa che cosa", e facilitando il passaggio di consegne nelle varie fasi. La scheda fornisce una serie di controlli sui punti critici, traccia l'esecuzione di attività essenziali, responsabilizza e promuove la cultura della sicurezza.

Bibliografia essenziale

- 1 - The Joint Commission (2017). Sentinel event alert n. 58: inadequate hand off communication
- 2 - Maglione C., Mistraretti G., Nefeli Gribaudi M., Fullin G., Riccioni L. e il Gruppo di Studio di Bioetica SIAARTI (2018). Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli Anestesiisti Rianimatori. Newsletter SIAARTI
- 3 - WHO (2007) Communication during patient handovers.
- 4 - Zamboni G.C. (2014) Creazione di uno strumento di prevenzione del rischio: la checklist assistenziale in ERCP. In ANOTE News 1/15 "Contributi scientifici XVI" Corso di Formazione Interregionale di Fismad in collaborazione con Anote/Anigea
- 5 - Iori G. (2016) Cartella Infermieristica Endoscopica ANOTE ANIGEA. Come e perché l'abbiamo prodotta. ScrivEndo

ASUR marche area vasta n. 2		UOC GASTROENTEROLOGIA ENDOSCOPIA DIGESTIVA SENGALLIA		PAZIENTE _____											
SCHEDE INFERMIERISTICA		DATA DI NASCITA ____/____/____		DATA ESAME ____/____/20____											
ACCOGLIENZA (infermiere di processo)															
PROCEDURA: <input type="checkbox"/> EGDS <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> ECOENDO <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> DILATAZIONI															
PROVENIENZA: <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CUP/SCREENING <input type="checkbox"/> URGENZA															
<input type="checkbox"/> interno/DH _____ (tel. _____)															
<input type="checkbox"/> RP/RSA _____ (tel. _____)															
MODALITA' ARRIVO: <input type="checkbox"/> mezzi propri <input type="checkbox"/> accompagnatore <input type="checkbox"/> barriera linguistica															
<input type="checkbox"/> trasporto sanitario _____ tel. _____															
VALUTAZIONE PRE-PROCEDURA (infermiere di processo)															
livello di coscienza		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U		A= sveglio V= risvegliabile se chiamato P= risvegliabile con stimolo doloroso U= non risvegliabile											
respiro <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> SpO2 % _____ <input type="checkbox"/> O2 _____ l/m [occhiali] [maschera] [Venturi] [va e vieni]															
mobilità <input type="checkbox"/> deambulante <input type="checkbox"/> con presidi <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> letto/barella															
<input type="checkbox"/> rischio cadute <input type="checkbox"/> attenzione a calzature e abiti <input type="checkbox"/> bloccare le ruote della sedia a rotelle <input type="checkbox"/> alzare le spondine della barella/letto <input type="checkbox"/> abbassare il piano della barella/letto															
stato emotivo <input type="checkbox"/> equilibrato <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> depresso <input type="checkbox"/> agitato															
<input type="checkbox"/> è presente accesso venoso <input type="checkbox"/> è presente PMK /altro															
per le donne in età fertile: <input type="checkbox"/> stato di gravidanza _____ trimestre <input type="checkbox"/> allattamento															
valutazione dolore <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
intervento _____ Sigla infermiere _____															
VALUTAZIONE PRE-PROCEDURA (infermiere di sala)															
PREPARAZIONE ALL'ESAME: <input type="checkbox"/> digiuno <input type="checkbox"/> preparazione intestinale <input type="checkbox"/> consenso all'esame															
<input type="checkbox"/> sospenso TP antiaggr./anticoag. come da indicazioni _____															
ALLERGIE: _____															
TIME-OUT: check list di sicurezza pre-procedura															
<input type="checkbox"/> informazione sulla procedura <input type="checkbox"/> preparazione endoscopio/accessori															
<input type="checkbox"/> verifica paziente/documentazione/consenso <input type="checkbox"/> prescrizioni mediche															
<input type="checkbox"/> preparazione farmaci <input type="checkbox"/> profilassi antibiotica _____															
INGRESSO SALA ORA _____															
EFFETTI PERSONALI: <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> protesi dentarie rimovibili <input type="checkbox"/> _____															
riconsegnati dopo la procedura a: <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> accompagnatore															
INIZIO PROCEDURA ORA _____															
<input type="checkbox"/> monitoraggio PV <input type="checkbox"/> posizionamento CVP <input type="checkbox"/> posizione elettrodo neutro															
DECUBITO PAZIENTE: <input type="checkbox"/> laterale sn. <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> _____															
MONITORAGGIO INTRA-PROCEDURA			SOMMINISTRAZIONE FARMACI												
ORA →			ORA →												
P.A.			PETIDINA _____												
F.C. bpm			PETIDINA _____												
SpO2 %			MIDAZOLAM _____												
O2 l/m			MIDAZOLAM _____												
Discomfort (MODIFIED GLOUCESTER SCALE)			MIDAZOLAM _____												
1-NO 2-MINIMO (1-2 episodi ben tollerati)			SIGLA INF. _____												
3-MEDIO (>2 episodi, tollerati)			SIGLA INF. _____												
4-MODERATO (più episodi significativi)			SIGLA INF. _____												
5-SEVERO (discomfort estremo e frequente)			SIGLA INF. _____												
INDAGINI DI LABORATORIO: <input type="checkbox"/> istologico _____ Sigla infermiere _____															
FINE PROCEDURA ORA: _____ SIGLA INFERMIERE A _____ SIGLA INFERMIERE B _____															
DIMISSIONE (infermiere di processo)															
<input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> VOMITO <input type="checkbox"/> ADDOME DISTESO															
INTERVENTO: _____															
valutazione dolore <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
intervento: _____															
ALDRETE SCORE (dimissione se score ≥ 9)															
ORA →															
COSCENZA (0 = non risvegliabile, 1 = risvegliabile, 2 = sveglio)															
RESPIRO (0 = apnea, 1 = dispnea, 2 = respira e tosse liberamente)															
SpO2 (0 = < 90% in O2, 1 = > 90% in O2, 2 = > 92% in A.A.)															
CIRCOLO (0 = PAS +/- 50% valore basale, 1 = PAS +/- 20-50% valore basale, 2 = PAS +/- 20% valore basale)															
MOVIMENTO (0 = assente, 1 = muove volontariamente 2 arti, 2 = muove volontariamente 4 arti)															
TOTALE _____															
<input type="checkbox"/> Rimozione CVP <input type="checkbox"/> RACCOMANDAZIONI POST-PROCEDURA <input type="checkbox"/> RACCOMANDAZIONI POST-SEDAZIONE															
Dimesso verso: <input type="checkbox"/> domicilio <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> reparto _____ <input type="checkbox"/> RSA/RP _____															
NOTE: _____															
DIMISSIONE ORA: _____ Sigla infermiere _____															
TRACCIAMENTO DISPOSITIVI MEDICI E STRUMENTARIO:															



**NURSING PROCESS AL PAZIENTE SOTTOPOSTO A EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXIGENATION ARTERO-
VENOSO. UNA REVISIONE DELLE LETTERATURA**

Carla Lucertini *, Letizia Belvederesi*, Lucia Dignani*, Domenico Lombardi Fortino *

* AOU delle Marche, Ancona

Introduction

L'Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO) è una terapia per il supporto delle funzioni vitali nei soggetti con insufficienza cardiaca o respiratoria refrattaria alla terapia convenzionale. Esistono due tipi di ECMO: Veno-Venoso (V-V) e Artero-Venoso (A-V). Questo studio si focalizza principalmente sull'analisi del paziente sottoposto ad ECMO A-V, come trattamento di prima scelta nei pazienti con shock cardiogeno refrattario o infarto del miocardio acuto post cardiotoromico, con o senza insufficienza respiratoria e sulla valutazione dei principali rischi e benefici correlati ad esso. E' stata effettuata anche l'analisi delle Linee Guida, ELSO identificando le procedure infermieristiche nell'assistenza al paziente in ECMO, per poter definire la *best clinical practice*.

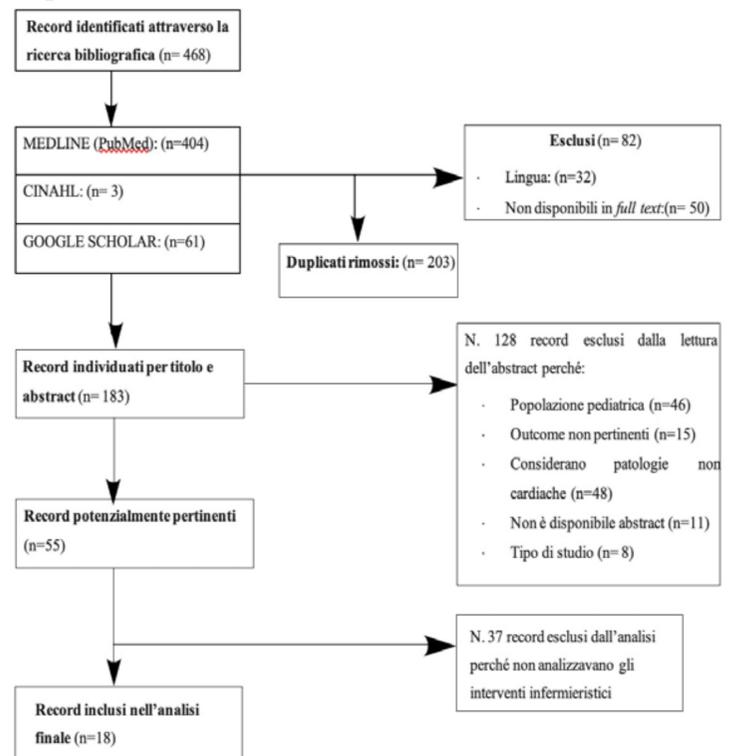
Obiettivo della revisione è conoscere le evidenze più aggiornate sull'efficacia degli interventi infermieristici nel migliorare l'assistenza in pazienti sottoposti a ECMO A-V.

Methodology



Results

Diagramma di flusso di selezione della letteratura



Conclusion

Negli ultimi dieci anni l'utilizzo di ECMO A-V ha determinato una rilevante riduzione della mortalità nei pazienti con shock cardiogeno o infarto del miocardio post cardiotoromico refrattario. L'assistenza infermieristica ha contribuito notevolmente nella determinazione di miglioramenti in termini di ripresa e diminuzione del tempo di degenza. Sono necessari ulteriori studi di valutazione rispetto agli outcome relativi alla qualità della vita e alla mortalità a seguito della rimozione ECMO A-V.

Bibliography

Muna A Alshammari ,Chitra Velloikaliam , Sadeq Alfeeli (2022). Nurses' perception of their role in extracorporeal membrane oxygenation care: A qualitative assessment. *Nurs. Crit Care*, Mar;27(2):251-257. doi: 10.1111/nicc.12538.

Thomas Fux , Manne Holm , Matthias Corbascio , Lars H Lund , Jan van der Linden, (2018) Venoarterial extracorporeal membrane oxygenation for postcardiotomy shock: Risk factors for mortality, *Thorac Cardiovasc Surg*, Nov;156(5):1894-1902.e3.doi: 10.1016/j.jtcvs.2018.05.061



GESTIONE DELLA FISTOLA ARTERO- VENOSA NATIVA E DELLA FISTOLA ARTERO-VENOSA PROTESICA: ESITI INFERMIERISTICI. UNA NARRATIVE REVIEW

Carla Lucertini¹, Angelica Migliori¹, Domenico Lombardi Fortino¹, Lucia Dignani¹

¹ AOU delle Marche, Ancona

Introduction

La Fistola Artero-Venosa (FAV) rappresenta l'accesso di elezione per la dialisi extracorporea. Il buon mantenimento della FAV è essenziale per poter svolgere correttamente le sedute di emodialisi. Ad oggi le tipologie di fistola utilizzabili sono due: nativa - AVF (arteriovenous fistula)- Figura 1- e protesica - AVG (arteriovenous graft) Figura 2. Il proposito della presente revisione della letteratura è ricercare e comparare le evidenze scientifiche attualmente disponibili su questi due accessi dialitici. Il fine è porre in evidenza i vantaggi, gli svantaggi e le tecniche ottimali di gestione infermieristica nell'ottica della miglior conservazione possibile.

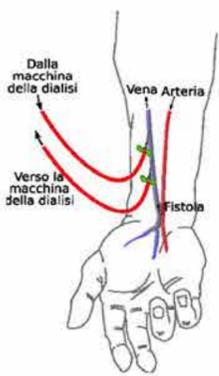


Fig. 1: esempio di fistola arterovenosa nativa

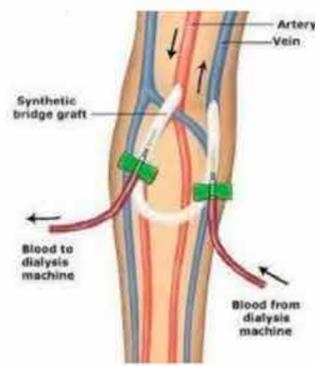
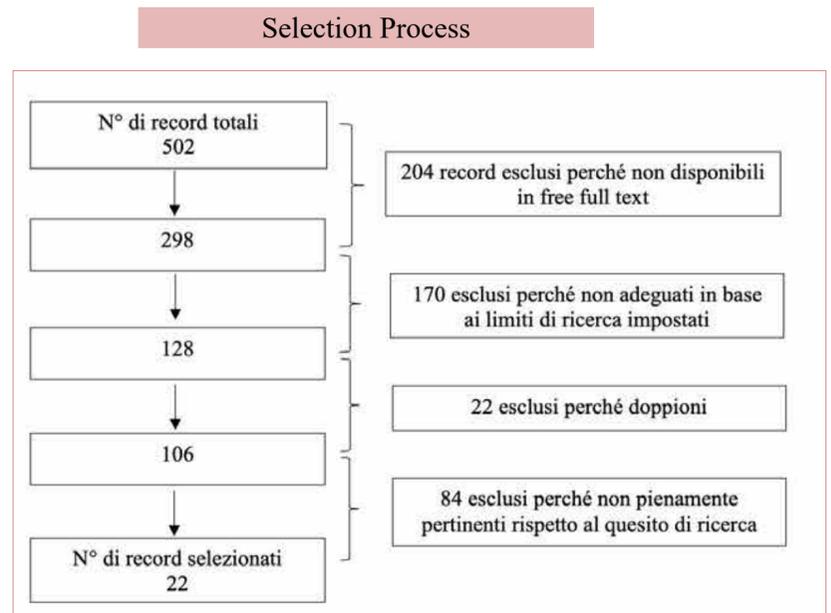


Fig.2: esempio di fistola arterovenosa protesica

Methodology

La metodologia dello studio consiste in una revisione tradizionale della letteratura, effettuata tramite consultazione di diverse banche dati, prima tra tutte PubMed e ScienceDirect. Sono stati presi in considerazione gli articoli degli ultimi dieci anni che più si sono avvicinati al quesito iniziale, ossia la comparazione tra AVF e AVG e la loro relativa gestione infermieristica. Oltre al limite temporale massimo di dieci anni, gli altri filtri di ricerca applicati sono: free full text, specie umana e lingue inglese, italiana, spagnola e portoghese.

Results



Conclusion

Gli studi esaminati dimostrano che la fistola arterovenosa nativa è l'accesso dialitico d'elezione. Seconda è la fistola arterovenosa protesica che, a sua volta, si dimostra un'opzione superiore al catetere venoso centrale. Inoltre, la consultazione della letteratura ha consentito di delineare, senza contraddizioni, importanti aspetti di gestione della fistola arterovenosa e delle principali complicanze.

Gli studi sono concordi nell'affermare che la fistola arterovenosa nativa sia, laddove le condizioni del paziente lo permettano, una scelta migliore rispetto a una protesica. Ci sono tuttavia circostanze, ben circostanziate e condivise, in cui è legittimo il confezionamento in prima battuta di un accesso protesico.

Acknowledgements

Allon M. (2019). Vascular Access for Hemodialysis Patients: New Data Should Guide Decision Making. Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN, 14(6), 954-961. <https://doi.org/10.2215/CJN.00490119>

Hicks, C. W., Wang, P., Kernodle, A., Lum, Y. W., Black, J. H., 3rd, & Makary, M. A. (2019). Assessment of Use of Arteriovenous Graft vs Arteriovenous Fistula for First-time Permanent Hemodialysis Access. JAMA surgery, 154(9), 844-851. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.1736>



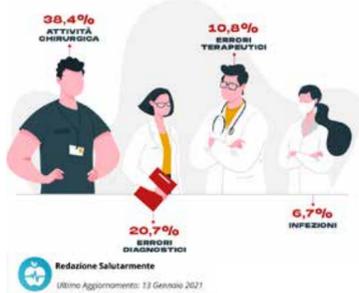
PROJECT WORK : IMPLEMENTAZIONE DI UN "NURSING MINIMUM DATA SET" PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CHIRURGICO-SVILUPPO DI UN SISTEMA HAND OFF TRA AREA DEGENZA CHIRURGICA E BLOCCO OPERATORIO

Domenico Lombardi Fortino 1, Carla Lucertini 2, Lucia Dignani 3, Alice Lanari 4

1 RN-MSN-PhD Student Università Tor Vergata Incarico di Organizzazione Dipartimento di Chirurgia Generale - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, 2 RN-MSN-PhD Posizione Organizzativa Rischio Clinico e Qualità- Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche; 3 RN-MSN-PhD Incarico di Organizzazione Dipartimento di Emergenza - Azienda Ospedaliero Universitaria

Introduction

Handoff definito come trasferimento di informazioni e responsabilità del paziente, da un professionista all'altro, a garanzia della continuità assistenziale. In chirurgia la comunicazione efficace è indispensabile per: preparare il paziente adeguatamente all'intervento, salvaguardare il decorso post-operatorio e garantire una pratica chirurgica sicura. Il rischio di errori di "consegna" è maggior per l'elevato numero di check-point e trasferimenti presenti nel percorso operatorio.



STUDIO	ANNO	RICOVERI	EVENTI AVVERSI
HARVARD	1984	30195	3.7
AUSTRALIAN	1992 / 2005	14179 / 1647	16.6 / 20
DENMARK	1998	1097	9.0
NEW ZELAND	1998	6579	11.2
U.K.	1999	1014	10.8
CANADA	2000	3745	7.5
SPAGNA	2008	5624	10.3

Tabella 1 - Incidenza degli eventi avversi

Results

1° step: Pre-test per valutare la percezione del processo di Hand off

Tab.1 "Qual è la sua percezione rispetto al passaggio di informazioni tra un setting e l'altro (reparto di degenza chirurgica e sala operatoria)?"

	Fr	%
Nessuno	3	43
Presente ma da implementare	3	43
Sufficiente	1	14
Totale	7	100

Tab.2 "Nel suo ambito lavorativo utilizza degli strumenti che consentano il passaggio di consegna in modo ottimale?"

	Fr	%
Si	0	0
No	7	100
Totale	7	100

Tab.3 "Ha conoscenza rispetto a strumenti assistenziali utilizzati per il "passaggio di consegne"?"

	Fr	%
Si	1	14
No	6	86
Totale	7	100

Tab.4 "Ritiene che le difficoltà derivanti da uno scorretto passaggio di informazioni possano costituire un rischio per la salute del paziente?"220

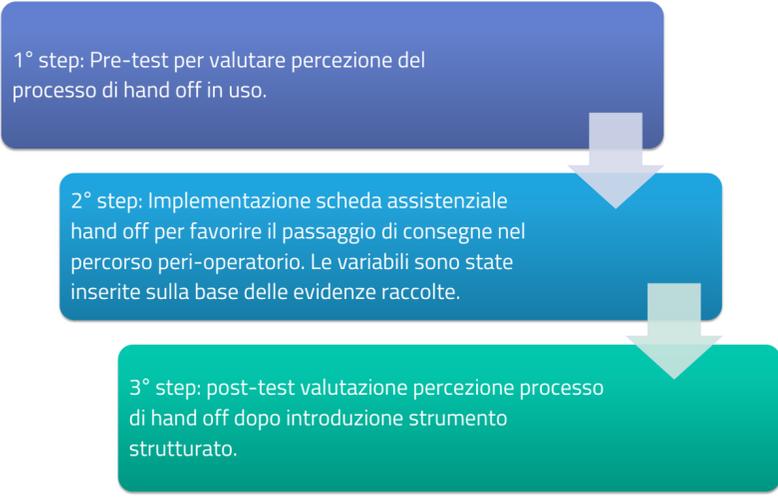
	Fr	%
Si	7	100
No	0	0
Totale	7	100

I dati pre-test mostrano necessità dei referenti della degenza di migliorare hand off e mostrano difficoltà ad introdurre uno strumento; dai referenti del Blocco operatorio alcun riscontro per scarsa consapevolezza dell'importanza del fenomeno. È in corso un processo formativo tramite corsi residenziali e training, resi necessari per stimolare la sensibilità.

Methodology

Campione: Infermieri Referenti Degenza e Blocco Operatorio Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche.

Studio di prevalenza per osservare la percezione degli operatori rispetto al processo di hand off tra degenza e blocco operatorio.



La scheda è composta dalle seguenti parti:

Raccolta dati

- Compilata dagli infermieri di degenza nella fase di accertamento

Fase pre-operatoria

- Compilata dagli infermieri della degenza prima di inviare il paziente in Blocco Operatorio

Fase post-operatoria

- Compilata dagli infermieri del Blocco Operatorio in procinto di trasferimento del paziente in degenza

Conclusion

Lo studio è in fase di svolgimento. La letteratura evidenzia la necessità di implementare uno strumento di hand off per evitare l'omissione di informazioni e ridurre il rischio di errori; è indispensabile conoscere ed analizzare quest'aspetto, che si colloca all'apice della Qualità e valutazione dell'outcome.

Acknowledgements

1. Misseri, G. and Cortegiani, A., 2020. How to communicate between surgeon and intensivist?. Current Opinion in Anesthesiology, 33(2), pp.170 - 176.
2. Jeffrey, B. and Cooper, P., 2018. Critical Role of the Surgeon-Anesthesiologist Relationship for Patient Safety. Anesthesiology, 129, pp.402-5.
3. Topping, B. and Gittell, J., 2019. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. BMC Health Services Research, 19(528).
4. Singer, S. and Molina, G., 2016. Relationship Between Operating Room Teamwork, Contextual Factors, and Safety Checklist Performance. Journal of the American college of Surgeons, 223(4), pp.568 - 580.
5. Sandelin, A. and Kalman, S., 2019. Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork-Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. Journal of Clinical Nursing, 28, pp.2635-2643.





IL VISSUTO DEGLI INFERMIERI CONTAGIATI DAL COVID-19: STUDIO QUALITATIVO FENOMENOLOGICO



Valeria Barbizzi (MNS, RN)¹, Lucia Dignani (PhD, MNS, RN)¹, Domenico Lombardi Fortino (MNS, RN)¹,
Carla Lucertini (PhD, MNS, RN)¹, Milena Guarinoni (PhD, MNS, RN)²

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche; ² Università degli Studi di Brescia

INTRODUZIONE

Il nuovo coronavirus è emerso come una minaccia per la salute pubblica nel dicembre 2019 e l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel marzo 2020 ha dichiarato lo stato di pandemia. [1] L'Italia ha dovuto affrontare una crisi sanitaria senza precedenti, con gravi carenze organiche di professionisti sanitari, applicando modelli organizzativi nuovi e trasformando rapidamente le strutture ospedaliere. [2] Il contagio negli ambienti sanitari si estende facilmente quando si manifesta una nuova epidemia [3] esponendo ad un rischio maggiore i sanitari che vi lavorano. [4]; [5] La letteratura ha evidenziato la presenza di stress fisico ed emotivo tra i sanitari [6];[7];[8], con effetti importanti sulle organizzazioni. Interessante oltre alle ripercussioni cliniche è conoscere il vissuto degli operatori che si sono contagiati durante l'assistenza.



OBIETTIVO DELLO STUDIO
Esplorare
il vissuto degli infermieri
contagiati dal
Covid-19

METODI

DESEGNO DI RICERCA

Studio qualitativo fenomenologico

CAMPIONE

Campionamento di **tipo propositivo**, protratto sino a saturazione dei dati. Le unità di analisi sono state selezionate in setting assistenziali strategici

Criteri di inclusione

- Infermiere
- Consenso alla raccolta dati
- Almeno un tampone positivo
- Quarantena obbligatoria con familiari o conviventi
- Rientro a lavoro presso le unità operative di appartenenza

Criteri di esclusione

- Lutto di un familiare/persona cara per Covid-19

SETTING

AOU Ospedali Riuniti di Ancona



RACCOLTA DATI

Da luglio ad ottobre 2020
Interviste **semi-strutturate**, **audio-registrate**, poi trascritte verbatim



- "Cosa ha provato quando le è stato comunicato l'esito del tampone?"
- "Quali sono state le emozioni prevalenti nel periodo di quarantena?"
- "Come ha vissuto il primo giorno di rientro a lavoro?"

ANALISI DEI DATI

Content Analysis

RISULTATI



L'analisi delle interviste ha portato all'identificazione di **5 CATEGORIE TEMATICHE** e **24 temi secondari**

CAMPIONAMENTO FINO A SATURAZIONE DEI DATI

10 INFERMIERI ARRUOLATI

VARIABILI INDAGATE	VALORI EMERSI	
Genere	70% femmine	
Età	38 anni (media)	7,46 (DS)
Anni di servizio	10,6 anni (media)	7,20 (DS)
Anni nell'Unità Operativa	6,8 anni (media)	5,89 (DS)

GESTIONE DEI DPI

Utilizzo dei **DPI** e iniziale **precarietà organizzativa** hanno determinato insicurezza e paura del contagio.

POSITIVITÀ AL TAMPONE

Ha generato **emozioni negative** e sentimenti di sconforto e chiusura

VIVERE L'ISOLAMENTO

Misure di distanziamento, **Paura di contagio** per i propri familiari e **Discriminazione** hanno condotto gli Infermieri ad un **auto-isolamento**

RELAZIONI

Amici, **Famiglia** e **Collegli** hanno rappresentato una **forza positiva** e hanno offerto supporto emotivo

TORNARE A LAVORO

Ha avuto un ruolo importante nel **recupero dell'identità professionale e sociale**. Rientrare nelle aree Covid, ha generato paura e rifiuto iniziale.

CONCLUSIONI

Questo studio contribuisce a dare una visione dell'esperienza psicologica degli Infermieri contagiati da Covid-19, attraverso un approccio fenomenologico.

I temi emersi hanno permesso di evidenziare criticità suscettibili di miglioramento. Sarebbe utile incrementare un counselling attento alle necessità degli operatori sanitari, attivare una rete formativa tempestiva, codificata e condivisa per le modifiche di tipo organizzativo e gestionale.

È fondamentale investire quanto più possibile per proteggere la salute fisica e mentale degli operatori sanitari e così ridurre l'impatto economico ed organizzativo sui sistemi sanitari. Implementare le risorse di supporto psicologico per sostenere gli operatori che quotidianamente si confrontano con l'emergenza pandemica e garantirlo anche nel periodo successivo

BIBLIOGRAFIA

- [1]- Kotfis K. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. Crit Care. 2020; 24(1):176.
- [2]- COVID-19, l'impatto della pandemia: analisi degli infermieri deceduti. Available at: <http://fnopi.it/2020/07/15/covid19-analisi-deceduti-infermieri/>. Published Jul 15,2020 (Accessed Aug 17, 2020)
- [4]- Ying-Hui J. Perceived Infection Transmission Routes, Infection Control Practices, Psychosocial Changes, and Management of COVID-19 Infected Healthcare Workers in a Tertiary Acute Care Hospital in Wuhan: A Cross-Sectional Surve. Mil Med Res. 2020; 7(1):24.
- [5]- Huang et al. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. Critical Care. 2020; 24:120
- [6]- Simons G. Covid-19: Doctors Must Take Control of Their Wellbeing. 2020; 369:1725.
- [7]- Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid 19 pandemic. BMJ. 2020; 368:1211.
- [8]- Xiang YT, Jin Y, Wang Y, Zhang Q, Zhang L, Cheung T. Tribute to health workers in China: A group of respectable population during the outbreak of the COVID-19. Int J Biol Sci. 2020; 16(10):1739-1740.





**GLI STRUMENTI DELLA NURSING VIGILANCE:
REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA**

Valeria Barbizzi (MNS, RN)¹, Lucia Dignani (PhD, MNS, RN)¹, Domenico Lombardi Fortino (MNS, RN)¹, Carla Lucertini (PhD, MNS, RN)¹

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

INTRODUZIONE

La Nursing Vigilance (NV) è uno stato di attenzione vigile, di massima prontezza fisica e psicologica ad agire e avere l'abilità di individuare e reagire al pericolo. Si caratterizza per 3 aspetti peculiari: attenzione e identificazione di segnali clinicamente significativi; calcolo del rischio inerente le attività infermieristiche; capacità di agire in modo appropriato ed efficace per minimizzare i rischi.¹
Con la NV gli Infermieri hanno il potenziale per ridurre al minimo gli esiti negativi e per prevenire gli eventi avversi o il deterioramento delle condizioni cliniche.²
Un buon livello di Vigilance permette di ridurre gli eventi avversi, favorisce l'eliminazione di fattori di rischio, permette la modifica di comportamenti pericolosi. È importante, pertanto, comprendere il livello di NV presente all'interno dei gruppi professionali.



METODI

DISEGNO DI RICERCA → Revisione Sistemática della Letteratura

QUESITO DI RICERCA → «Esistono in letteratura strumenti per rilevare il grado di Nursing Vigilance?»

METODOLOGIA →

P (Popolazione)	Infermieri	Nurse/nursing/nurses
I (Intervento)	Strumento di valutazione	Tool/ questionnaire/ scale/ test/ text/ valuation nursing /measuring/measure
O (Outcomes)	Nursing Vigilance	Surveillance/ vigilance/ nursing vigilance/ surveillance

STRATEGIA DI RICERCA BIBLIOGRAFICA →

Banche Dati	Stringa di ricerca
Pubmed	((((tool[Title/Abstract] OR questionnaire[Title/Abstract] OR instrument[Title/Abstract] OR scale[Title/Abstract] OR test[Title/Abstract]) AND (vigilance[Title/Abstract] OR surveillance[Title/Abstract]) AND nurs*[Title/Abstract]))
Cinhal	
Cochrane Library	
Scopus	
Web of Science	

CRITERI DI INCLUSIONE DEGLI STUDI →

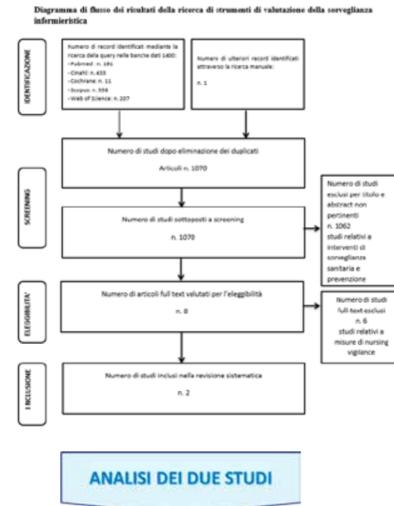
Titolo/Abstract	Articoli in cui le parole della stringa di ricerca sono incluse nel titolo e/o abstract
Tipo di studio	Validation studies, Systematic reviews, Review, Observational Study, Meta-analysis, Comparative Study, Evaluation Studies
Lingua	Inglese, Italiano
Anno di pubblicazione	Nessun limite temporale

CRITERI DI ESCUSIONE DEGLI STUDI →

Tipo di studio	Editoriali Opinioni Case report Recensioni Trial clinici
-----------------------	--

TEMPI → Marzo-Aprile 2019

RISULTATI



Autore	Titolo	Disegno dello studio	Scopo	Caratteristiche dello studio	Risultati	Conclusioni
Boll, Jennifer 2014	"Development of a Measure of Nurse Vigilance from the Patient's Perspective: A Content Validity Study"	Validation Study	Stabilire la validità del contenuto in uno strumento di autoconoscenza progettato per misurare la vigilanza degli infermieri dal punto di vista del paziente.	Team di sette esperti hanno valutato 70 punti relativi a 6 domini di appartenenza, per ridurre a 35, inseriti alla sfera della sorveglianza infermieristica.	Alfa di Cronbach = 0,948 per lo strumento in toto. Ogni singolo dominio ha ottenuto un alfa > 0,7. Indice di validità (CVI) dello strumento in toto pari a 0,83.	Questi valori permettono di dichiarare affidabile e valido il nuovo strumento per la misurazione della vigilanza infermieristica. Lo strumento è stato creato, ma non testato. Necessità di ulteriori ricerche future.
Lesly Ann Kelly 2009	"Nursing surveillance in the acute care setting: latent variable development and analysis."	Studio descrittivo	- Creare e validare una scala di misurazione delle attività infermieristiche connesse alla sorveglianza (NSAS). - Progettare uno strumento di misurazione di nuova generazione (raggiungi) allo stesso tempo scala di valutazione più la NSAS.	Un gruppo di 7 esperti hanno validato l'NSAS. Un campione di 300 infermieri delle aree medico-chirurgiche è stato sottoposto allo strumento.	CVI = 0,8 alfa di Cronbach > di 0,7 per l'intero strumento	La scala NSAS e lo strumento sono stati considerati validi ed affidabili. Nessuna applicazione nella pratica. Necessità di ulteriori ricerche e sviluppo.

	STRUMENTO Boll	STRUMENTO Lesly
Arete indagate	Conoscenza Speranza Connessione Andare oltre la chiamata del dovere Vigilanza condivisa Sicurezza del paziente Assistenza di qualità	Attività Competenza Riconoscimento precoce Intuizione Processo decisionale
Modalità di somministrazione	Self report	Self report
Destinatari	Pazienti	Infermieri
Setting d'indagine	Area Oncologica	Area Medico/Chirurgica

CONCLUSIONI

Gli Infermieri sono i sanitari che si trovano maggiormente a contatto con le persone assistite e questo offre loro la possibilità di monitorare costantemente l'evoluzione dello stato di salute. Con la Vigilance gli Infermieri hanno la possibilità di ridurre gli esiti negativi, prevenire gli eventi avversi e il deterioramento delle condizioni cliniche. La capacità di attribuire un significato alle informazioni raccolte può orientare l'agire dei professionisti e modificare l'outcome clinico-assistenziale. Lo studio ha evidenziato l'esistenza di due strumenti di valutazione della Nursing Vigilance, specifici per il setting oncologico e l'area medico-chirurgica. La comprensione del livello di Nursing Vigilance può permettere interventi di formazione e sviluppo della competenza. Data la rilevanza della tematica, sono auspicabili ulteriori studi e approfondimenti.

BIBLIOGRAFIA

Meyer G, Lavin MA. Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*; 2005; 10(3):8.
 Kelly L, Vincent D. The dimensions of nursing surveillance: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*; 2011; 63(3):652-61.
 Development of a measure of nurse vigilance from the patient's perspective: a content validity study. Boll J, 2014. (Accessed March 1, 2019, at <https://core.ac.uk/download/pdf/59234037.pdf>).
 Nursing surveillance in the acute care setting: latent variable development and analysis. Lesly A.K. 2009 (Accessed April 4, 2019, at <https://www.semanticscholar.org>)



Objective usability-based control measures for an Electronic Health Record under MDR 2017/745



Dr.ssa **Marchi Desirée** (Careggi University Hospital, UO Health Processes Informatization),
 Dr. **Dannaoui Bassam** (Careggi University Hospital, Director of UO Health Processes Informatization)

Abstract

In order to obtain certification, software devices are required to comply with the essential requirements imposed by the new European regulation on medical devices (MDR 2017/745), in respect of safe use. The aim of this work is to evaluate the usability of an electronic health record qualified as a stand-alone medical software device, by means of heuristic analysis. Introducing a *new approach* to the traditional results, it was possible to know which usability criteria were violated at the design level. As a result, it was possible to conclude that the product usability was not compliant and it should be submitted to subsequent control measures based on the same usability-based guidelines violated. In conclusion, effectiveness of the new approach has provided sufficient information to establish which usability criteria should be applied to the design of a product, making it a good start for objective control measures.

Introduction

Since the new European regulation on medical devices (MDR 2017/745) became effective, medical software requires certification as medical device. In order to obtain certification, software devices are required to comply with the essential requirements imposed by the aforementioned regulation in respect of safe use.

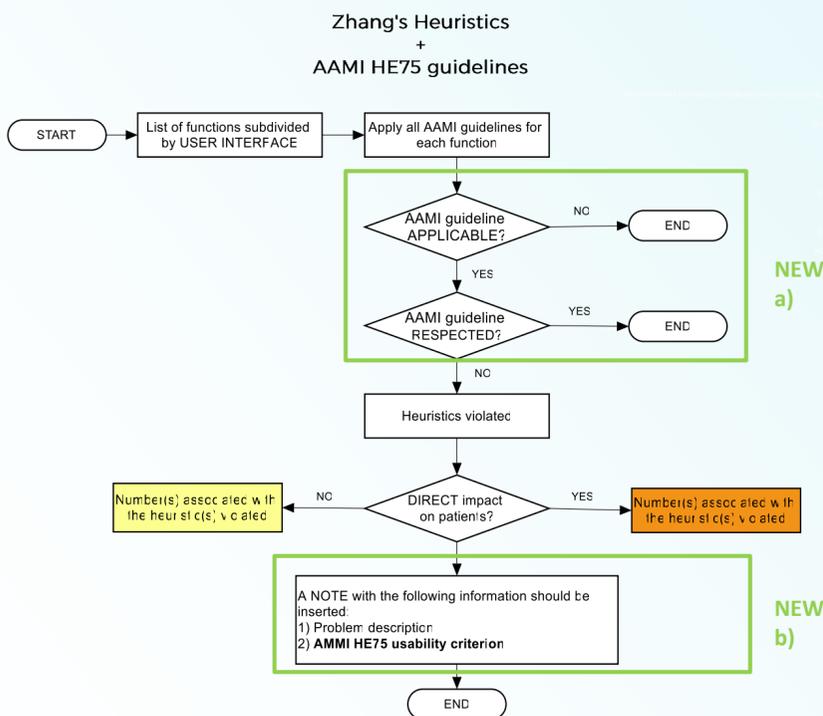
1. The first aim of this work was to evaluate the usability of an electronic health record qualified as a stand-alone medical software device.

Usability of medical software, that is closely linked to the characteristics of the user interface, was examined through Zhang's heuristic analysis. Although the application of the heuristics establishes the non-fulfilment of usability requirements, it isn't possible to determine which elements need to be introduced by the design in order to satisfy the software's usability criteria.

2. The second aim of the work was to extend the focus of the usability evaluation by introducing objective criteria in the traditional heuristic analysis and to obtain objective usability-based control measures.

Methodology

New approach
 Introduction of design usability guidelines in heuristic analysis



Results

1. First goal: usability evaluation with the new approach

N° of violations (%) with direct/indirect impact on patients for each software interface used by the user profiles with medical intended use.

42 AAMI HE75 Guidelines

Severity scale	AAMI HE75 violated	N° max of violations (%)	User profile (use environment)
DIRECT impact on patients	N°36: Pop-up messages	22.9 %	Physician (ward)
INDIRECT impact on patients	N°1: Fluency in task rhythm	37.5 %	Patient transport (ward)

14 Zhang's Heuristics

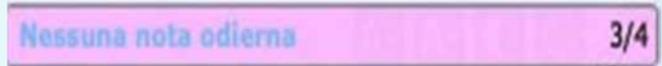
Severity scale	HEURISTICS violated	N° max of violations (%)	User profile (use environment)
DIRECT impact on patients	N°7: Flexibility and Efficiency	33.3 %	Physician (ward)
INDIRECT impact on patients	N°1: Consistency and standard	25.2 %	OSS (ward)

2. Second goal: objective usability-based control measures

Starting from the usability violations detected, objective control measures have been implemented at the design level, following the same violated guidelines.

Example: Pop-up messages

Before New approach



After New approach



Conclusion

Achievements

- ✓ **Extending the human-machine focus:** analysis based on general heuristic rules plus specific guidelines.
- ✓ **Confined violations-machine-side:** DMSW usability problems are detected within guidelines inspection.
- ✓ **Objective control measures:** recommendations are based on usability criteria associated with the violated guideline.

Constraints

- ❑ **Subjective violation detection:** the evaluator still have decision-making in detecting violations within guideline.
- ❑ **Subjective assignment of the severity scale** for each violation detected.

Benefits

The new approach is applicable to any type of medical device, as provided by usability design guidelines.

Acknowledgements

- European (EU) Medical Devices Regulation 2017/745.
- EN ISO 14971:2019, Medical devices – Application of risk management to medical devices.
- EN 62304:2006+A1:2015, Medical Device Software - Software life-cycle processes.
- IEC 62366 - 1, Application of Usability engineering to medical devices.
- J. Zhang et al. / Journal of Biomedical Informatics. Using usability heuristics to evaluate patient safety of medical devices.
- ANSI/AAMI HE75:2009, Human factors engineering – Design of medical device.

Traditional Heuristics

PROBLEM POSITION	PROBLEM DESCRIPTION	HEURISTICS VIOLATED SEVERITY SCALE	Usability expert RECOMMENDATIONS
Pop-up messages	Text is not readable.	[Memory] [Flexibility and Efficiency]	There should be a different choice of text-background colours for pop-up messages.

New approach

PROBLEM POSITION	GUIDELINE VIOLATED	PROBLEM DESCRIPTION	HEURISTICS VIOLATED SEVERITY SCALE	Objective guideline USABILITY CRITERIA
Pop-up messages	Text-background contrast	Text is not readable.	[Memory] [Flexibility and Efficiency]	Text-background contrast: Recommended contrasts: clear text/black background or dark text/white background. Contrasts to avoid: saturated red text/blue background.





**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI
“PROGETTO PLASTIC FREE”
U.O RAPPORTI CON ESTAR**

Bambi Raffaella, Drago Simone, Finelli Antonio, Pergolani Claudia

Introduzione

L'AOUC, a seguito della Legge Regionale n.° 37 del 28 giugno 2019 “Misure per la riduzione dell'incidenza della plastica sull'ambiente”, ha deciso, a partire dal 2019, di implementare una politica per la riduzione dell'uso di oggetti di plastica e azioni volte all'assunzione di responsabilità individuale e collettiva finalizzate alla sensibilizzazione alla riduzione del consumo di oggetti di plastica all'interno dell'Azienda. Sono state pertanto progettate e implementate azioni culturali e operative sui processi rivolti sia agli utenti sia ai dipendenti che avessero come finalità soluzioni alternative all'uso della plastica.

Obiettivo generale del Progetto AOUC Plastic Free: prevenire e ridurre l'impatto dell'uso della plastica secondo le indicazioni normative e promuovere una partecipazione attiva verso un'economia circolare con innovativi e sostenibili modelli di consumo responsabile

Responsabile: Dott.ssa Bambi Raffaella

Tempi: 2019-2022

Strutture coinvolte: UO Rapporti con ESTAR
Area Attività Asistenziali Dipartimento Professioni Sanitarie
Dipartimento Tecnico
UO Igiene Organizzazione Ospedaliera
Aziende appaltatrici di Servizi Esternalizzati

Attività implementate

1) Servizio ristorazione ospedaliera

- Installazione erogatori di acqua pubblica nei reparti di Degenza/DH e Comparti Operatori
- Consegna borracce ai Dipendenti
- Attivazione consegna acqua con caraffe agli utenti di AOUC (con acqua pubblica prelevata dagli erogatori)
- Sensibilizzazione/formazione del personale
- Sostituzione stoviglie monouso di plastica con stoviglie in coccio e posate in acciaio per i degenti

2) Servizio mensa aziendale

- Sostituzione presso la mensa dipendenti del materiale in plastica
- Consegna borracce ai Dipendenti

3) Servizio di pulizia

- Sperimentazione pannetti pulizie in materiale 100% poliestere riciclato
- Sostituzione taniche prodotti con sacche prediluite
- Installazione contenitori per la raccolta differenziata

Metodologia

SERVIZIO DI RISTORAZIONE OSPEDALIERA:

a) Analisi del contesto e di fattibilità con l'obiettivo di valutare possibili alternative all'uso di bottigliette di plastica da fornire agli utenti e ai dipendenti

In collaborazione con la ditta appaltatrice del servizio di ristorazione, nasce la proposta di installare appositi erogatori di acqua allacciati alla rete idrica dell'ospedale. Gli accordi prevedono anche la manutenzione ordinaria (cambio filtri e campionamenti microbiologici dell'acqua) e straordinaria

b) Analisi del fabbisogno e verifica della possibilità di fornire acqua ai dipendenti senza utilizzo di plastica

c) Benchmarking con altre Aziende del SSR

d) Condivisione delle proposte di miglioramento e delle azioni da implementare con il personale di AOUC

e) acquisizione borracce

f) Formazione/sensibilizzazione al personale di AOUC

g) Sostituzione delle bottigliette d'acqua da 0,50 lt con caraffe idonee

h) Monitoraggio continuo dell'uso delle bottiglie di plastica all'interno delle AAA

i) Valutazione costi

SERVIZIO MENSA AZIENDALE:

a) Sostituzione delle stoviglie in monouso con piatti in porcellana e posate in acciaio

b) Acquisizione borracce

SERVIZIO PULIZIE E SANIFICAZIONE

a) Identificazione delle aree di utilizzo

b) Condivisione con le Ditte coinvolte

c) Monitoraggio della qualità erogata

d) Campionamenti microbiologici



Risultati

Plastic Free - Erogatori acqua (fontanelle)

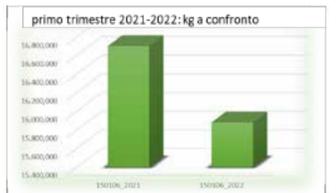
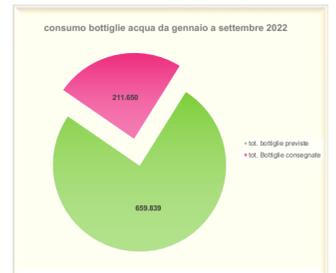
Al 31.12.2021 tutti gli erogatori previsti da progetto sono stati installati secondo l'obiettivo previsto – n. 75.

Dal 1° luglio 2022 sono stati installati ulteriori n. 10 erogatori ed è stata sospesa la fornitura di acqua in bottigliette nelle rispettive AAA

Nel grafico sotto riportato il confronto fra il consumo di bottiglie previsto e il consumo di bottiglie reale* da gennaio a settembre u.s. su un **totale di 22 reparti di degenza** in cui viene erogata acqua con caraffe (608 posti letto) .

REPARTO	TOT. MENSILE BOTTIGLIE PREVISTO	TOT. MENSILE BOTTIGLIE REALMENTE CONSUMATE
DEG. NEUROCHIRURGICA CDC 2053	27.300	2.540
DEGENZA GERIATRIA AREA ARGENTO CDC 2087	24.024	5.984
DEGENZA E SUB INT. PER LA CURA DEL MEDULLOLESO CDC 2100	36.036	10.212
DEG.ORTOPEDIA ELETTIVA DAY SURGERY CDC 2047	24.024	1.776
DEG. TRAUMATOLOGICA E AREA MEDICA DEL TRAUMA CDC 2046	24.024	11.862
DEG.ORTOPEDIA ONCOLOGICA E RICOSTRUTTIVA CDC 2048	24.024	3.609
DEG. ORTOPIEDIA ELETTIVA A CDC 2047	39.312	10.499
WEEK HOSPITAL E DH MEDULLOLESO CDC 2437	15.288	2.040
DEGENZA OSTETRICA B CDC 2074	48.048	3.088
DEGENZA GINECOLOGICA CDC 2076	37.128	1.364
CENTRO NASCITA LA MARGHERITA CDC 2081	10.647	88
DEGENZA MEDICINA INTERNA CDC 2039	39.312	7.248
DEGENZA MEDICA 2 CDC 2435	17.472	1.056
DEGENZA MEDICINA 1 CDC 2436	27.300	5.916
DEGENZA MEDICINA D CDC 2093/2509	24.024	11.517
DEG. TRAUMATOLOGICA E AREA MEDICA DEL TRAUMA CDC 2046	32.328	8.254
DEG. MEDICINA A NEFROLOGIA E TRAPIANTI CDC 2040	40.404	26.488
DEG. SUB.CARDIOLOGICA CDC 2430	37.128	28.821
DEG. CARDIOLOGICA MEDICO CHIRURGICA CDC 2286	37.128	19.752
OPEN SPACE CDC 2326	21.840	12.166
DEGENZA CHIRURGICA C CDC 2038	41.496	20.402
OSSERVAZIONE BREVE CDC 2088	31.552	16.968
TOTALE	659.839	211.650

*la consegna di acqua in bottiglietta continua ad essere garantita per motivi clinici (es. TMO, Malattie infettive, isolamento funzionali, ecc.)



Conclusioni e prospettive future

✓ Grazie alla collaborazione di tutti i Coordinatori e del personale sanitario coinvolto, con la sostituzione delle bottigliette di acqua con il sistema di fornitura acqua in caraffe attinta dagli erogatori, stiamo riscontrando una notevole riduzione delle bottigliette consumate all'interno di AOUC.

30 bottigliette da 500 ml corrispondono a 1 kg ca di plastica cioè 33,3 gr
- Considerata LA RIDUZIONE DI 2/3 delle bottiglie consegnate
- dal risparmio ottenuto (448189 X 33,3 gr = 14938 kg)
- abbiamo calcolato 14938 kg X 2,4 kg(CO2) = 35851 kg di CO2 ovvero quasi 36 tonnellate di CO2 risparmiate



✓ Grazie alla collaborazione delle Ditte appaltatrici del servizio di pulizia, abbiamo integrato un sistema di pulizia che favorisce l'economia circolare con il seguente risparmio:

Numero di panni r-MicroTuff Swift, TSU o BCU acquistati	3850 Panni
CO ₂ generata dalla produzione ¹ di tessuti con materiali vergini	1205 kg CO ₂ eq
CO ₂ generata dalla produzione ¹ di tessuti con materiali riciclati	697 kg CO ₂ eq
CO ₂ risparmiata con r-MicroTuff Swift ^{1,2}	fino a 508 kg CO ₂ eq
	fino a 42 %
Numero di bottiglie in plastica PET da 500 ml riciclate ³ fino a 7700 Bottiglie	fino a 7700 Bottiglie
Km risparmiati pari ad una distanza percorsa in automobile ⁴	fino a 3850 km



Gruppo di Progetto per Campus Eco Sostenibile
Installazione sistema premiante
Installazione riciclo materiale in PVC

Riferimenti

Legge Regionale 28 giugno 2019 n.°37 “ Misure per la riduzione della plastica nell'ambiente”
Legge Regionale 14 ottobre 2019 n°63 “ Interventi di sensibilizzazione per la riduzione e il riciclo della plastica nell'ambiente
Direttiva UE 2019/904 sulla riduzione dell'incidenza di prodotti di plastica sull'ambiente
Progetto “Plastic Free” AOUC
<https://www.productcarbonfootprint.it/> (consultato il 24 ottobre 2022)



Un nuovo sistema a schede per il calcolo dei dosaggi dei farmaci nelle emergenze pediatriche sul Territorio

Chidichimo C, Montomoli M, Martini S, Iasi T, Lassueur F, Panzardi G.

UOC CO 118-Siena Grosseto-Dipartimento Emergenza-Urgenza-Az.USL Toscana Sud-Est

Abstract

Le emergenze pediatriche sul territorio hanno una incidenza relativamente bassa, ma hanno un impatto rilevante e spesso drammatico per le vittime, le loro famiglie e i soccorritori stessi. In queste situazioni il calcolo dei dosaggi dei farmaci, che di per sé comporta elementi di complessità in condizioni non critiche, risulta ancorà più complesso e potenzialmente rischioso. Presentiamo un sistema a schede plastificabili per il calcolo rapido dei dosaggi dei farmaci pediatrici disponibili per il nostro Servizio di Emergenza Territoriale. Il sistema ha più livelli di controllo del dosaggio corretto, che vanno dal reminder per il calcolo in autonomia del dosaggio, fino alla indicazione diretta della dose di farmaco da somministrare in relazione alla formulazione disponibile. Il nuovo Sistema a schede è stato testato da un campione di 18 sanitari (medici e Infermieri) esperti in Emergenza Territoriale nel corso di una simulazione di uso per diverse fasce di età e peso, ed ha dimostrato caratteristiche che ne rendono indicato e raccomandabile l'uso nella pratica clinica.

Fig. 1 Scheda esemplificativa del sistema di calcolo rapido dei dosaggi dei farmaci

Risultati

Un primo gruppo di 18 sanitari (8 medici e 10 infermieri) del servizio di Emergenza Territoriale afferente alla Centrale Operativa 118 Siena-Grosseto ha testato la scheda mediante simulazioni di calcolo rapido dei farmaci usati nell'applicazione clinica degli algoritmi PALS. Sono stati calcolati i tempi di definizione della dose di farmaco da somministrare, con doppio check della dose. Successivamente è stato somministrato un questionario a quattro items con scala likert da 1 a 4 (1-Totalmente in disaccordo; 2-Parzialmente in disaccordo; 3 Parzialmente d'accordo; 4-Totalmente d' accordo). Le dimensioni indagate sono le seguenti: 1) L'uso è semplice; 2) Le schede sono ben leggibili; 3) E' adatto all'uso in emergenza territoriale; 4) Lo preferisco rispetto ad altri sistemi di calcolo dei dosaggi pediatrici. Il tempo per il doppio check della dose di un determinato farmaco registrato nei test in simulazione è risultato inferiore ai trenta secondi per tutti i partecipanti. I sanitari che hanno testato il sistema a schede hanno catalogato i quattro items nei due quartili più alti di gradimento. Nessuno degli items ha ricevuto punteggi 1 o 2 alla scala likert. Pertanto le schede di calcolo sono state giudicate di semplice uso, ben leggibili e in formato adatto all'uso in emergenza territoriale. L'80% dei partecipanti ha indicato come preferito il nuovo sistema di calcolo rispetto ad altri usati precedentemente.

Introduzione e Metodi

Il calcolo dei dosaggi dei farmaci impiegati in età pediatrica comporta rispetto all'adulto elementi di complessità aggiuntivi, connessi alle differenze anatomico-fisiologiche per età e all'esistenza di sistemi di calcolo differenti. Il livello di complessità e il rischio clinico nel calcolo dei dosaggi sono ulteriormente incrementati durante una situazione clinica di emergenza pediatrica. Esistono diversi sistemi reminder per il calcolo dei dosaggi, tuttavia nessuno è completamente applicabile allo specifico operativo di un servizio di emergenza, per cui è importante che ogni servizio disponga di un sistema di calcolo perfettamente adattato alle dotazioni farmacologiche e alle specifiche formulazioni disponibili. Presentiamo in questa sede un nuovo sistema a schede plastificabili per il calcolo rapido dei farmaci utilizzati nella gestione delle emergenze pediatriche (in fig.1 è riportata una scheda esemplificativa del nostro strumento). Durante simulazioni lo strumento è stato applicato e valutato preliminarmente per un uso durante situazioni di emergenza pediatrica, specificamente nel setting extraospedaliero. Partendo dalla dotazione dei farmaci presenti nel nostro filettario, abbiamo calcolato i singoli dosaggi pediatrici (dose in mg/kg) riportando sia la dose definitiva sia il corrispondente volume da somministrare espresso in ml. Abbiamo progettato di inserire tali risultati in un promemoria composto da 9 schede contrassegnate dai colori corrispondenti al nastro di Broselow, per età e peso corporeo, più una prima scheda introduttiva con indicazioni utili in emergenza-urgenza pediatrica. Lo strumento deve essere integrato dal relativo metro per misurare il bambino per ottenere l'indicazione di quale scheda utilizzare. Per la consultazione si parte dalla prima scheda di colore grigio corrispondente al lattante di 1-3 mesi, peso corporeo 3-4-5 kg, a seguire rosa, rosso, viola, giallo, bianco, blu, arancione con relativi intervalli di età e peso corporeo, fino ad arrivare all'ultima scheda di colore verde corrispondente al bambino di 10-12 anni peso corporeo 30-36. Particolare attenzione è stata posta al lattante di 1-3 mesi i cui valori sono stati espressi per quasi tutti i singoli pesi mentre per gli altri abbiamo rispettato la regola della media aritmetica del peso e calcolato il farmaco con il dosaggio minimo indicato per favorire la somministrazione di una eventuale seconda dose in sicurezza. Sono state inserite anche le varie vie di somministrazione utili quando la via EV non è facilmente ottenibile. I farmaci si presentano in ordine alfabetico e in alcuni casi è stata affiancata l'indicazione terapeutica. In ogni scheda sono riportati i valori normali dei parametri vitali, i presidi per la gestione delle vie aeree, i joule corrispondenti per la cardioversione e la defibrillazione, e le dimensioni degli aghi per gli accessi venosi e intraossei.

Conclusioni

I sistemi standardizzati per il calcolo dei dosaggi dei farmaci pediatrici sono un fondamentale strumento di gestione del rischio clinico. Il Sistema a schede presentato in questa sede ha caratteristiche di uso soddisfacenti per la gestione delle emergenze pediatriche nel setting extraospedaliero ed anche in quello intraospedaliero.

Fig. 1 Scheda esemplificativa del sistema di calcolo rapido dei dosaggi dei farmaci

viola	VIA	FARMACO	DOSE	CONCENTRAZIONE	VALORI	NORMALI
1.5	IM EV IO	AC. TRANEXAMICO	15mg/kg	100 mg/ml	FR 30-60	FC sonno 60-90 GLICEMIA 65-100 mg %
1	IM EV IO	ADRENALINA arresto	0.01mg/kg	1 mg/ml + 9 ml sol. fis.	PAS 90-105	FC REFILL < 2"
0.1	EV	ADRENALINA 2 dose	0.01mg/kg	1 mg/ml non diluire	stiripa ds 1 ml cambia ago	
0.35	EV	ADENOSINA 1 dose	0.1mg/kg	3 mg/ml		
0.7	EV	ADENOSINA 2 dose	0.2 mg/kg	3 mg/ml	A	
1	EV IO	AMIODARONE	5mg/kg	50 mg/ml	CANNULA OROFARINGEA	nera 0.60 mm
2.1	EV IO	ATROPINA	0.02mg/kg	1 mg/ml + 9 ml sol. fis.	sondino aspirazione	3,3 mm 10 Fr
1	EV IO	CALCIO CLORURO	10mg/kg	100 mg/ml	B	
2.5	EV	CLOFENAMINA	0.25 mg/kg	10 mg/ml + 9 ml sol. fis.	Sondino nasogastrico	3,3 mm 10 Fr
0.21 0.32	EV IN	FENTANYL	1-2mg/kg 1.5mg/kg	50 mg/ml	PALLONE AMBU 500 ml	PEDIATRICO
1 2	EV IN	FLUMAZENIL	0.01 mg/kg 0.02mg/kg	0.1 mg/ml	MANDRINO	2 mm
1	IM EV IO	FUROSEMIDE	1mg/kg	10 mg/ml	ETT CLUFFIATO	3.5
2	IM EV IO	DIACEPAM	0.2mg/kg	10 mg/2ml + 8 ml sol. fis.	ETT NON CUFFIATO	4
2.5 2mg	EV	GLUCOSIO 5% - 10%	0.5g/kg	10 mg/25 ml (0.05 gr/ml)	LAMA LARINGOSCOPIO	11.5 RETTA
100 50	EV	GLUCOSIO 5% - 10%	0.5g/kg	10 mg/25 ml (0.05 gr/ml)	MANDRINO	2 mm
0.3	IM	GLUCAGONE	0.03 mg/kg	1 mg/ml	ETT CLUFFIATO	3.5
0.5	EV IM	IDROCORTISONE	5-10mg/kg	100 mg/ml	ETT NON CUFFIATO	4
4 8	EV IN	KETAMINA dissolativo	1mg/kg 0.5mg/kg	100 mg/2ml + 8 ml sol. fis.	Lip-Tip	11.5-12
0.2 0.52	EV IN	KETAMINA analgesico	0.2mg/kg 0.5mg/kg	100 mg/2ml + 8 ml sol. fis.		
0.4	EV	LIDOCALDOLO	0.2-1mg/kg/dose	5 mg/ml		
0.5	EV IM IO	LIDOCAINA	1mg/kg	20 mg/ml	I-GEL	2
2.6	EV IO	MAGNESIO SOLFATO	25-50mg/kg	100 mg/ml	MASCHERA LARINGEA	2
0.21 0.42	EV IN	METILPREDNISOLONE	1mg/kg	40 mg/ml + 9 ml sol. fis.		
0.21 0.42	EV IN	MIDAZOLAM sedazione	0.1mg/kg 0.3 mg/kg	5 mg/ml	C	1 DOSE 2 DOSE 3 DOSE
1	IM EV	MORFINA	0.1mg/kg	10 mg/ml + 9 ml sol. fis.	DEFIBRILLAZIONE	20 40 60
0.26	EV IM IN	NALOXONE	0.01mg/kg	0.4 mg/ml	2-4-6-8-10/Ag	
15	EV	PARACETAMOLO	15mg/kg	10 mg/ml	Defepak 20, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 150, 200, 300, 500, 700, 1000	
3	EV	PROPOFOL induzione	3mg/kg	10 mg/ml	CARDIOVERSIONE	1 dose 2 dose 3 dose
1	EV	ROCURONIO	1mg/kg	10 mg/ml	0.5 - 1 - 2/Ag	5 10 20
4 gtt	aerosol	SALBUTAMOLO	0.1-0.15mg/kg	5 mg/ml 1 gtt=0.25mg	ACCESSO VENOSO	22-24 G
100 200	EV IO	SOL FISIOLOGICA	10-20ml/kg	0.9 g /100 ml	ACCESSO intraosseo	15 mm 15ga
0.42	EV	SUCCINILCOLINA	2mg/kg	50 mg/ml		
0.21	EV	SUGAMMADEZ	2-4 mg/kg	100 mg/ml		

Acknowledgements

Si ringraziano i Medici e gli Infermieri che hanno partecipato alla survey.



Integrazione o specializzazione?

L'analisi dei profili di ruolo degli infermieri afferenti al dipartimento emergenza-urgenza

Christian Ramacciani Isemann¹, Lorenzo Righi¹, Antonello Cocchieri²

¹ Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche, Azienda USL Toscana sud est
² Responsabile SITRA Area Professionale Infermieristica, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli

Per contatti: christian.ramaccianisemann@uslsudest.toscana.it

Introduzione

I dipartimenti di emergenza-urgenza (DEU) si articolano oggi in diversi modelli organizzativi, molto spesso espressione adattativa dei modelli più datati di divisione funzionale tra le diverse unità. Attualmente nei DEU della quasi totalità delle Aziende sanitarie locali è possibile individuare tre diversi setting di cura: l'emergenza sanitaria territoriale, il pronto soccorso e l'alta complessità assistenziale (terapie intensive); In alcune realtà è stato sperimentato il modello di integrazione tra setting assistenziali mentre in altre permane il modello di setting esclusivo/prevalente, dove l'infermiere espleta la propria attività professionale esclusivamente nell'unità di assegnazione. L'obiettivo di questa ricerca è stata pertanto la definizione dei profili di ruolo degli infermieri nel contesto considerato e la loro comparazione per valutare il modello organizzativo più funzionale ai profili così definiti, di flessibilità verticale (a setting omogenei) o di flessibilità orizzontale (a setting differenti pur se all'interno del dipartimento).

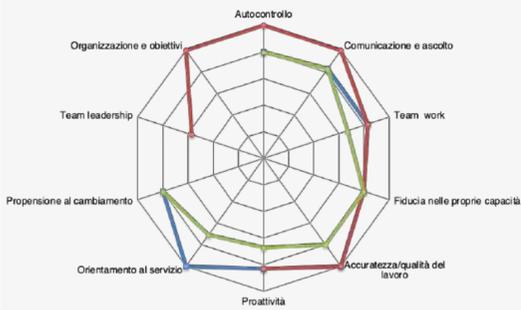
Materiali e metodi

È stata condotta una ricerca, di natura qualitativa, attraverso quattro focus-group composti da stakeholder interni al DEU di una USL toscana. Il profilo degli infermieri è stato definito attraverso la metodologia CERISMAS [1]; questa prevede una valutazione bidimensionale che comprende da una parte il dizionario delle competenze (15 aree) e degli skill (8 aree) e dall'altra le aree prevalenti di performance (KPA) e gli indicatori prevalenti di performance (KPI) attraverso lo strumento della balanced scorecard [2, 3].

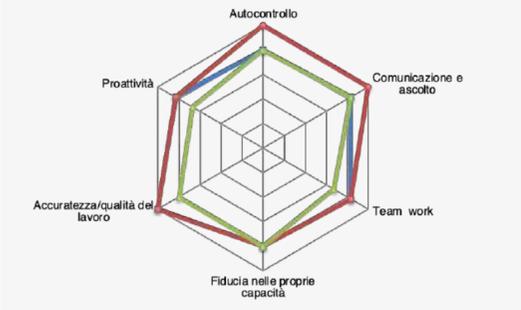
Risultati

Sono stati individuati per i tre profili oggetto dello studio le competenze, gli skill e per ciascuna di loro i livelli attesi. Sono risultate trasversali a tutti i profili 6 competenze su 8 e 5 skill su 6. Anche le aree di performance individuate attraverso la balanced scorecard sono risultate sostanzialmente sovrapponibili: nella Financial perspective è stato identificato il contenimento dei costi come area chiave di performance comune; nella Customer perspective l'area chiave di performance "qualità percepita" è stata indicata per tutti e tre i profili mentre le aree "soddisfazione dei clienti interni" e "coinvolgimento nelle cure" sono risultate peculiari a profili diversi; nella Internal process perspective le aree chiave di performance sono state individuate nella "produttività" e nella "qualità dei processi"; infine nella prospettiva Learning and growth sono state individuate come aree chiave "motivazione" e "competenze", sempre trasversali a tutti e tre i profili.

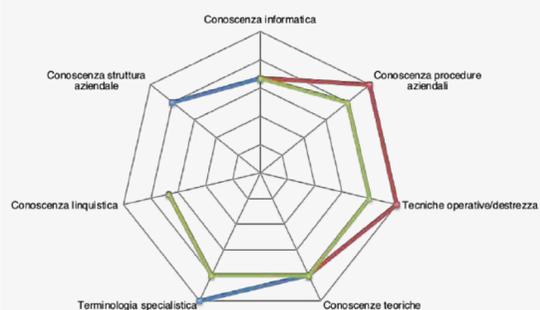
Competenze: totali



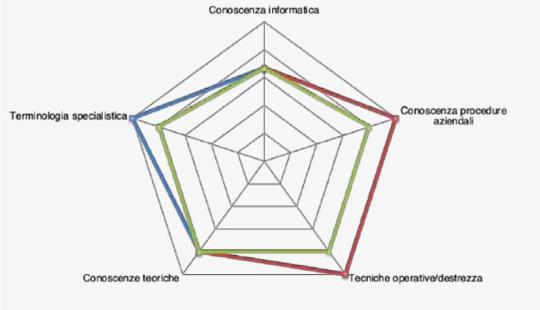
Competenze: in comune



Skill: totali



Skill: in comune



Balanced scorecard

	Infermiere PS	Infermiere 118	Infermiere AC
Financial perspective	Contenimento dei costi		
Customer perspective	Qualità percepita		
	Coinvolgimento nelle cure	Soddisfazione dei clienti interni	
Internal process perspective	Qualità nei processi		
	Produttività		
Learning and growth perspective	Motivazione		
	Competenze		

Infermiere pronto soccorso

Infermiere alta complessità assistenziale

Infermiere emergenza sanitaria territoriale

Discussione e conclusioni

Nei tre profili definiti dal gruppo di lavoro è stato possibile riscontrare molti elementi in comune; l'analisi delle balanced scorecard in particolare ha evidenziato come le aree chiave di intervento siano sostanzialmente sovrapponibili pur nel rispetto delle specificità dei singoli profili, sottolineate invece dalle scelte rispetto agli indicatori di performance. Anche le valutazioni sulle competenze e sulle skill hanno indicato molti tratti in comune tra i tre profili esaminati. I risultati ottenuti sembrano suggerire la possibilità di integrazione tra i differenti profili; resta comunque aperta la discussione soprattutto sia per quanto riguarda l'iter formativo che rispetto ai meccanismi organizzativi necessari per facilitare il coordinamento professionale tra i differenti setting. Lo strumento così costruito, inoltre, può permettere una valutazione multidimensionale delle performance del personale assegnato al dipartimento.

Bibliografia

- Baraldi S., Cicchetti A., Cifalinò A., Mascia D. (2015), Innovazione organizzativa e ruoli emergenti in sanità, McGraw Hill, Milano.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), The balanced scorecard, Harvard Business School Press, Boston.
- Shippman J.S. (2000), The practice of competency modeling, in Personnel Psychology, vol. 53, pp. 703-740.



Complicanze emorragiche extracraniche in corso di infezione da COVID-19: la casistica del nostro Istituto

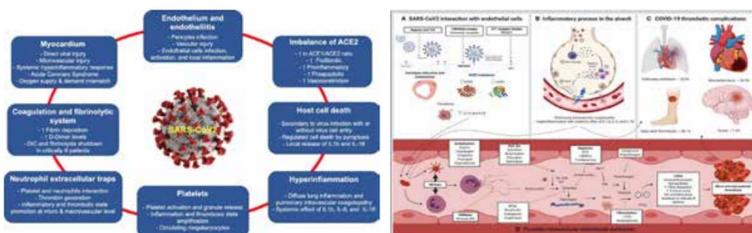
Irene Grazzini¹, Flavia Pancani², Raffaella Pavani², Danilo Tacconi³, Lorenzo Malatesti⁴, Alessandra Bancheri¹, Pasquale Petruzzi⁵, Nico Attempati⁵, Duccio Venezia⁴

¹ Dipartimento di Diagnostica per Immagini, UOSD Neuroradiologia, Ospedale San Donato, Arezzo, ² Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Ospedale San Donato, Arezzo
³ Unità Operativa di Malattie Infettive, Ospedale San Donato, Arezzo, ⁴ Dipartimento di Diagnostica per Immagini, UOC Radiologia, Ospedale San Donato, Arezzo, ⁵ Dipartimento di Diagnostica per Immagini, UOSD Radiologia Interventistica, Ospedale San Donato, Arezzo.

Introduzione

L'infezione da COVID-19, per la prima volta identificata a Wuhan, Cina, nel Dicembre 2019, è diventata ben presto una pandemia globale con ampia morbilità e mortalità. L'infezione da COVID-19, oltre a gravi complicanze polmonari, è associata a fenomeni trombotici e a sanguinamenti maggiori, che di solito si verificano a 2-3 settimane dall'insorgenza dei sintomi, soprattutto in pazienti trattati durante il ricovero con anticoagulanti.

In particolare, vari studi hanno riportato un incremento del rischio di trombosi venosa, tromboembolia polmonare, stroke acuto, infarto miocardico. Tali complicanze tromboemboliche sono un'importante causa di morbilità e mortalità nell'infezione da COVID-19. Vari studi hanno dimostrato che l'infezione da COVID-19 è associata con uno stato protrombotico. La disfunzione endoteliale e lo stato iperinfiammatorio sono infatti i cardini della coagulopatia nel Covid-19 e si caratterizzano per alti livelli di D-dimero e fibrinogeno.



Sebbene gli eventi trombotici sia una delle complicanze maggiori del COVID-19, anche il rischio di sanguinamento è incrementato in questi pazienti. Per sanguinamento maggiore si intende «qualsiasi sanguinamento che avviene in un organo critico (intracranico, intraspinale, intraoculare, retroperitoneale, intrarticolare o intramuscolare, con sindrome compartimentale), che causa riduzione dei livelli di emoglobina di almeno 2 g/dL, o che richiede la trasfusione di due o più unità trasfusionali».

La Tomografia Computerizzata (TC) è l'esame di scelta per ricercare tali complicanze emorragiche in questi pazienti.

L'obiettivo del nostro lavoro è descrivere i reperti di imaging nella nostra casistica di sanguinamenti extracranici in sede tipica e atipica rinvenuti durante il decorso di infezione da COVID-19.

Materiali e Metodi

In questo studio osservazionale retrospettivo, abbiamo incluso tutti i pazienti che sono stati ricoverati nel nostro istituto dal 1° Novembre 2020 al 15 Febbraio 2022 per infezione da COVID-19 e che hanno presentato significativa anemia durante il loro decorso clinico (riduzione dei livelli di Hb ≥ 2 g/dL). Abbiamo analizzato i reperti clinico-laboratoristici e gli esami TC di questi pazienti, registrando i casi di sanguinamento acuto extracranico.

Di 279 pazienti ammessi all'ICU, abbiamo identificato 18 casi di sanguinamenti maggiori extracranici (6,4%), nelle seguenti sedi:

- nei tessuti molli toraco-addominali (n = 9, bilaterale in 1 caso)
- nella cavità toracica (n=1)
- nel retroperitoneo (n = 5),
- nel lume intestinale (n = 1),
- intra-articolare (n = 1)
- intraspinale (n = 1)

14/18 pazienti sono stati trattati con embolizzazione, 1/18 hanno richiesto open surgery.

	TOT (n=18)	Male (n=10)	Female (n=8)
Age (mean)	78,64	76,89	81,8
Height (mean)	168,86	171,89	163,4
weight (mean)	74,07	78,55	66
BMI	25,53	26,61	23,58
PaO2/FiO2 at admission	137,21	138,5	135
SAPS II	45,37	43	47,3
Prone position (%)	16/18 (88,8)	9/10 (90)	7/8 (87,5)
Risk factors for severe covid 19 (%)			
cardiovascular disease	6/18 (33,3)	4/10 (40)	2/8 (25)
Hypertension	9/18 (50)	5/10 (50)	4/8 (50)
COPD	4/18 (22,2)	2/10 (20)	2/8 (25)
diabetes mellitus	3/18 (16,6)	2/10 (20)	1/8 (12,5)
Immune suppression	1/8 (12,5)	0/10	1/8 (12,5)
Dialysis or severe chronic kidney disease	2/18 (11,1)	1/10 (10)	1/8 (5,5)
Chronic liver disease	0/18		

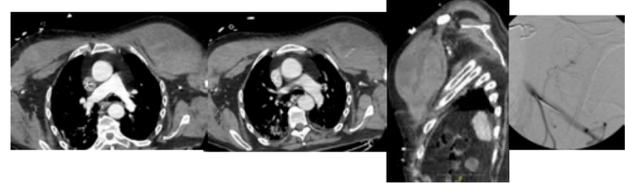
Markers	At admission	At the bleeding complication	P value	Mean (range)
D-dimer, ng/mL (mean, range)	1,73 (0,62-6,33)	2,4 (0,63-6,33)	0,217	time (days) between hospital admission and bleeding 17 (8-25)
Fibrinogen, mg/dL (mean, range)	543,87 (365-829)	461,21 (169-1132)	0,178	time (days) between ICU admission and bleeding 11,36 (4-24)
Platelet count (x10 ⁹ /L) (mean, range)	223 (143-412)	141 (73-373)	0,001	

Risultati

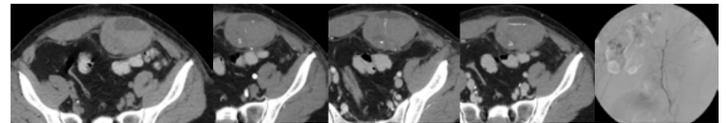
Sono stati inclusi nello studio 18 pazienti con confermato sanguinamento maggiore, con prevalenza maschile ed età media di 79.64 anni.

La conta piastrinica media all'ammissione in ICU è stata 223*10⁹ wcon una riduzione del 38% al momento della complicanza emorragica (p<0,001).

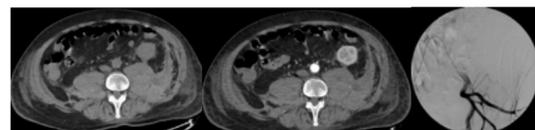
Tutti questi pazienti sono stati sottoposti a TC torace-addome con mezzo di contrasto per la ricerca del sanguinamento causa dell'anemizzazione. 14/18 hanno eseguito anche angiografia con embolizzazione. Purtroppo, di questi pazienti 13/18 sono deceduti per le complicanze del quadro.



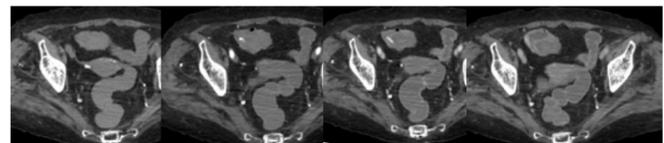
Paziente 12, M, 75 anni: TEP più ematoma della parete toracica, per sanguinamento da ramo polmonare a. Toraco-acromiale sn dell'a. Ascellare



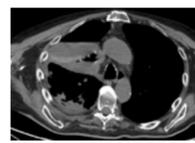
Paziente 16, M, 53 aa. Ematoma muscolo retto sn, sanguinamento attivo in arteriosa che incrementa nelle fasi portale e tardiva. Angiografia selettiva dell'arteria femorale comune sn e dell'arteria epigastrica superficiale, posizionate spirali embolizzanti fino a occlusione completa dell'epigastrica superficiale.



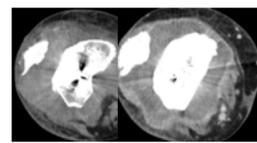
Paziente 9, M 73aa, ematoma retroperitoneale. A sn minimo stravasato laterale in fase arteriosa. Esegue angiografia, studio superselettivo a. ileoilombare sn: ramo iliaco sottile, ramo lombare visualizzabile filiforme per compressione ab estrinsec. Si posizionano 2 spirali penumbra nel tronco ilio-lombare.



Paziente 11, F, 79 aa, spandimento di mdc nel lume del sigma medio che aumenta nelle fasi portale e tardiva.



Paziente 1, M, 77 aa, falda di idro pnx con spandimento attivo da sanguinamento dell'a intercostale



Paziente 13, F 78 aa, ematoma



Paziente 14, M 79 aa, ematoma intramidollare ed epidurale

Conclusioni

Il sanguinamento maggiore extracranico, a livello toraco-addominale o in altre sedi atipiche, rappresenta una rara ma grave complicanza dell'infezione da COVID 19. I pazienti con polmonite da SARS-CoV2 sono quelli a maggior rischio di sanguinamento per danno intravascolare associato all'infezione e per la terapia anticoagulante.

Il sanguinamento spontaneo va dunque sempre considerato in caso di anemia durante il corso della malattia e la relativa ospedalizzazione. Da notare che il sanguinamento può non comportare significativi cambiamenti nei livelli di fibrinogeno e D-Dimero. Inoltre, la progressiva riduzione delle piastrine può essere considerate un marker di sanguinamento attivo.

Dato che l'emorragia è associata ad alta mortalità in questi pazienti, non va mai sottovalutata. Il rischio di sanguinamento va valutato caso per caso e, se sospetto, indagato tramite TC con mezzo di contrasto ed eventuale successivo studio angiografico per eventuale embolizzazione di sanguinamenti attivi.

Bibliografia

- Ortega-Paz L, Capodanno D, Montalescot G, Angiolillo DJ. Coronavirus Disease 2019-Associated Thrombosis and Coagulopathy: Review of the Pathophysiological Characteristics and Implications for Antithrombotic Management. J Am Heart Assoc. 2021 Feb 2;10(3):e019650. doi: 10.1161/JAHA.120.019650.
- Godier A, Clause D, Meslin S, Bazine M, Lang E, Huche F, Chollet B, Hamada SR. Major bleeding complications in critically ill patients with COVID-19 pneumonia. J Thromb Thrombolysis. 2021 Jul;52(1):18-21. doi: 10.1007/s11239-021-02403-9.
- Boira I, Esteban V, Vañes S, Castelló C, Celis C, Chiner E. Major Bleeding Complications in COVID-19 Patients. Cureus. 2021 Aug 1;13(8):e16816. doi: 10.7759/cureus.16816.
- Vos CG, Gravendeel J, Keller BPJA. Three cases of spontaneous major bleeding in patients with a COVID-19 infection. Acta Chir Belg. 2021 Mar 26;1-4. doi: 10.1080/00015458.2021.1902092.
- Abdelmohsen MA, Alkandari BM, Abdel Razeq AAK, Tobar AM, Gupta VK, Elsebaie N. Abdominal Computed Tomography Angiography and Venography in Evaluation of Hemorrhagic and Thrombotic lesions in Hospitalized COVID-19 patients. Clin Imaging. 2021 Nov;79:12-19. doi: 10.1016/j.clinimag.2021.04.002.
- Scalia G, Umana GE, Marrone S, Graziano F, Giuffrida A, Ponzo G, Giuffrida M, Fumari M, Galvano G, Bonanno S, Nicoletti GF. Spontaneous anterior cervicothoracic spinal epidural hematoma extending to clivus in SARS-CoV-2 infection. Surg Neurol Int. 2021 Apr 26;12:181. doi: 10.25259/SNI_40_2021.

ENTERO RM: LO STUDIO DEL MORBO DI CRHON. ANCORA UTILE IL MEZZO DI CONTRASTO?

Lorenzo Malatesti¹, Leonardo Lelli², Simona Quaglierini²

1) Radiologia ASL Toscana Sud Est PO Arezzo, 2) Radiologia AUO Meyer Firenze

Introduzione

Il morbo di Crohn o Enterite Regionale, è una malattia infiammatoria cronica dell'intestino (MICI) che può colpire tutto il tratto gastrointestinale dalla bocca all'ano; si localizza prevalentemente nell'ultima parte dell'intestino tenue chiamato ileo (Ileite) o nel colon (Coleite) oppure in entrambi Ileo-Colite. È un esame radiologico indolore e non invasivo per lo studio dell'intestino in particolare del tenue che non comporta l'impiego di radiazioni ionizzanti; è una metodica da preferire nello studio dei pazienti pediatrici con MICI, inoltre è una tecnica multiplanare (mural, extraluminal, extraintestinal disease) che fornisce una maggiore risoluzione di contrasto rispetto alla TC infine fornisce informazioni funzionali. Inoltre è un esame meno invasivo rispetto alla Colonscopia con visualizzazione dell'ileo e con biopsia intestinale; Esofagogastroduodenoscopia; Enteroscopia con videocapsula, Esplorazione chirurgica sotto anestesia.

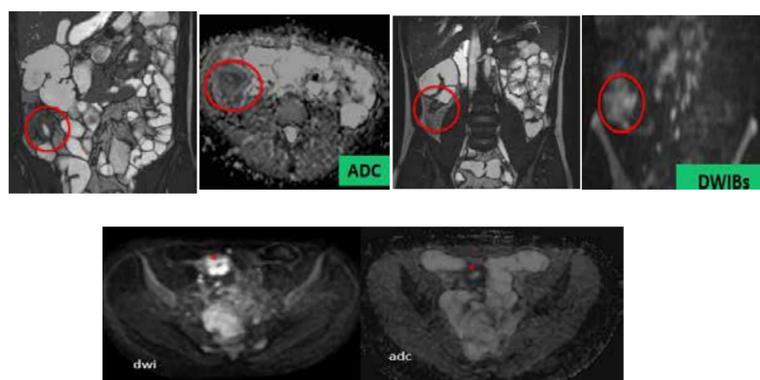
Lo studio vuole mettere in risalto come nel caso nel morbo di Crohn nella fattispecie nel paziente pediatrico, ma che potrebbe essere applicato anche nell'adulto l'esame Entero-RM, potrebbe essere eseguito anche senza il mezzo di contrasto (M.D.C) grazie ai nuovi macchinari sempre più performanti ed ad immagini pesate in diffusione, cioè in ambito pediatrico potrebbe essere molto utile perché il piccolo paziente potrebbe avere paura dell'ago dal momento che in genere sono sottoposti a molti controlli ed inoltre si va a ridurre la possibilità di accumulo del gadolinio nei nuclei encefalici.

Materiali e Metodi

Gli esami sono stati svolti su 4 tomografi differenti presso l' AUO Meyer di Firenze sono presenti 2 Philips da 1,5 Tesla e 3 Tesla mentre presso il PO San Donato di Arezzo c'è un tomografo General Electric da 1,5 tesla ed una Siemens da 1,5 Tesla. Per prima cosa è di fondamentale importanza la preparazione del paziente che deve essere digiuno da 4-6-ore; no bevande gassate; 1 ora ½ prima dell'inizio dell'esame RM si somministra per os 50 ml di sorbitolo* al 70% in 200 ml di acqua nei primi 15-20 min e in 300 ml di acqua nella restante ora. Per ridurre la peristalsi intestinale 10-20 mg di n-butilscolamina. Posizione prona per ridurre gli artefatti da movimento e il numero delle sezioni. Il sorbitolo * è un mdc *BIFASICO (basso segnale in T1 e alto segnale in T2): acqua, metilcellulosa, mannitolo, sorbitolo, PEG. Infine è di fondamentale importanza che le anse siano distese (Fig. 1-2). Il protocollo Entero RM prevede: sequenze GE (BTFE) su piano coronale, assiale, sagittale, sequenze GE (BTFE) dinamiche su piano assiale, sequenze GE (BTFE) su piano assiale dedicata, sequenze T2 TSE SPIR BH FS sui piani assiale, DWIBS (b-value 800), acquisizione assiale con ricostruzione MPR, DWI (b-value 500, 1000), sequenza T1 TSE SPIR FS sul piano assiale, MDC con eventuali sottrazioni però grazie alle nuove DWI potrebbe non essere più utile.

Risultati

La DWI mette in risalto: l'infiammazione parietale intestinale caratterizzata da restrizione della diffusione, gli aggregati linfocitari, i canali linfatici dilatati e lo sviluppo di granulomi che determinano una riduzione dello spazio extracellulare e della mobilità delle molecole di acqua. Inoltre la DWI permette l'identificazione dei segmenti intestinali infiammati, la valutazione di complicanze (ascessi, fistole) e l'identificazione dei linfonodi patologici. La DWI-ADC permette non solo di identificare i tratti patologici, ma fornisce valore quantitativo relativo al grado di restrizione della diffusività, correlabile con l'attività di malattia (PCDAI). Il PCDAI è Pediatrics Crohn Disease Activity Index è una tabella di valore internazionale che comprende 11 valori ed ha uno score che varia da 0 a 100 e permette di valutare la gravità e lo sviluppo o regressione della malattia; tali valori possono essere visualizzati solo con la DWI-AD. Infine le DWIBS: Diffusion Weighted Imaging with Background body Subtraction ovvero sequenze DWI acquisite a respiro libero con STIR, forniscono immagini simil-PET, sopprimendo i tessuti e organi normali, grasso, tessuto muscolare, vasi. Visualizzano come iperintensi i tessuti patologici (flogistici/tumorali). La DWIBS è estremamente sensibile nella localizzazione della malattia intestinale mentre le sequenze in diffusione sono sensibili alla differenziazione tra tratti ispessiti/fibrotici e quelli coinvolti in fase di attività (anche se contigui). La DWI-ADC mostra una stretta correlazione con le curve I/T post-contrastografiche, e, sebbene su un numero limitato di pazienti, con corrispondenza statisticamente significativa anche in più tratti patologici ed in diverse fasi di attività di malattia.



Conclusioni

Le conclusioni sono molteplici per prima cosa senza l'esecuzione del mdc non c'è bisogno di usare un accesso venoso che può creare paura al piccolo paziente, inoltre si elimina la possibilità di accumulo del gadolinio nei nuclei encefalici e la possibilità che ci sia una riduzione della funzionalità renale vista la costanza dei controlli nel tempo. Inoltre l'esame è più corto con conseguente miglior sopportabilità da parte dei pazienti. Infine confrontando le varie DWI c'è una miglior riproducibilità e quindi un grande ruolo della RM nell'imaging dei pazienti pediatrici con MICI; le DWI sempre più ottimizzate permettono una grande potenzialità come biomarcatore non invasivo di attività di malattia e di risposta al trattamento.

Bibliografia

- [1] "DWI in pediatric small-bowel Crohn diseases: Are Apparent Diffusion Coefficients surrogates for Disease Activity in patient Receiving Infiximab therapy" Clinical Radiology 2017 S. Sinner et Al.
- [2] Diagnostic value of diffusion-weighted imaging (DWI) for the assessment of the small bowel in patients with inflammatory bowel diseases" Clinical Radiology 2017 M.L Hahnemann et Al.
- [3] MRI Diffusion-weight imaging (DWI) in pediatric small bowel Crohn disease: correlation with MRI findings of active bowel wall inflammation" Elsevier 2017 Justin M. Ream et Al.
- [4] " Role of quantitative MRI diffusion-weight imaging (DWI) in detection Lesion activity in patients with crhon disease" Elsevier 2017 Hazim Ibrahim Tantawy
- [5] "Diffusion-Weighted MR Imaging Applications in the Body" . A. L. Baert, M. F. Reiser, H. Hricak, M. Knauth, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010



Ottimizzazione della TC cranio pediatrica in studio multicentrico

Lorenzo Malatesti¹, Irene Grazzini¹, Leonardo Lelli², Simona Quaglierini²
1) Radiologia ASL Toscana Sud Est PO Arezzo, 2) Radiologia AUO Meyer Firenze

Introduzione

Numerosi studi hanno dimostrato una preoccupante ridotta conoscenza radioprotezionistica da parte dei medici di base e di medici specialistici per quanto riguarda le metodiche radiologiche più comuni. La misura più efficace per ridurre le dosi in TC è quella di evitare esami inutili. Un uso giudizioso della pratica radiologica per contenere le dosi in TC è quindi, rappresentato dalla capacità dei medici di ricorrere alle procedure radiologiche solo in assenza di alternative possibili. La conoscenza su dosi e rischi biologici rappresenta una priorità medica, economica e sociale dovuta, al notevole incremento di esami che utilizzano radiazioni ionizzanti registrato negli ultimi anni. Allarmanti sono i dati provenienti dagli USA: nel 2000 circa 3 milioni di TC erano state eseguite in bambini al di sotto dei 15 anni (ed è stato predetto che circa 1100 morti per tumore saranno attribuiti alle TC pediatriche). Diventa così preoccupante il rischio di cancro associato all'esposizione medica radiologica in questi piccoli pazienti. I bambini, se esposti alle stesse dosi dell'adulto, hanno un rischio di sviluppare cancro 10 o 15 volte maggiore rispetto ad un adulto di 50 anni poiché presentano una minor attenuazione della radiazione e soprattutto perché hanno tessuti con una più rapida divisione cellulare ed una aspettativa maggiore di vita. Con il decreto del D. lgs 187/00 vengono imposti a tutela del paziente i concetti di giustificazione e l'ottimizzazione della dose. Con la prima si intende andare a valutare preliminarmente i potenziali vantaggi diagnostici rispetto alla probabilità di danno alla persona che l'esposizione potrebbe causare, mentre con la seconda andare a ricercare il massimo d'informazione diagnostica con la minore dose possibile; pertanto, ogni esposizione medica potrà considerarsi giustificata, se e solo se esistono valide indicazioni cliniche, e se l'esposizione sarà ottimizzata alle specifiche esigenze sanitarie. Questi principi sono da considerarsi di primaria importanza in ambito pediatrico, tenendo in considerazione che l'aspettativa di vita di un bambino è maggiore di quella di un adulto, il bambino ha più tempo per sviluppare una neoplasia radioindotta. La tecnica di scansione deve essere adattata al singolo paziente tenendo conto dell'età, del peso e delle dimensioni del soggetto, e del quesito clinico. Ricordiamo che spesso nelle Aziende Ospedaliere le apparecchiature utilizzate per studi pediatrici sono le stesse utilizzate per pazienti adulti, per questo motivo tutti i parametri di acquisizione, protocolli e accorgimenti tecnici dedicati dovranno essere tarati sul peso e sulle reali dimensioni del piccolo paziente.

Materiali e Metodi

In questo studio sono state messe a confronto due apparecchiature; presso l'AUO Meyer è presente la Philips Brilliance 64 CT (iDose), mentre presso il PO ospedaliero San Donato la Gerevolution VEO 64 slice. Sono stati confrontati 12 pazienti in entrambe le strutture, l'esame preso campione è la TC cranio diretta senza somministrazione di mezzo di contrasto. Lo scopo di questo lavoro è di evidenziare come sia possibile con le nuove tecnologie ridurre le dosi, ottimizzando i protocolli pediatrici. In entrambe le strutture l'esame viene eseguito con tecnica volumetrica in quanto presenta una serie di vantaggi rispetto a quella sequenziale.

Con l'acquisizione volumetrica abbiamo una riduzione degli artefatti da movimento grazie alla maggiore velocità di acquisizione, eliminando il tempo di attesa tra scansioni successive aumento l'efficienza del tubo e detettori, in questo modo viene ridotto anche fattore tempo indispensabile nello studio di pazienti pediatrici non collaboranti e difficilmente sedabili in urgenza. Ricordiamo che le acquisizioni sequenziali erano abitudini dei vecchi neuroradiologi, i primi sistemi TC avevano una qualità volumetrica non paragonabile all'acquisizione sequenziale dato dal fatto che in assiale si usava una collimazione più stretta quindi la risoluzione sull'asse z risultava migliore, attualmente non è più così. Inoltre l'utilizzo della metodica spirale è fondamentale in ambito traumatologico per l'altissima capacità di studiare le strutture ossee tramite post-processing (MPR, 3D e MIP) che possono mettere in risalto le varie fratture non così ben rappresentate in RM o aiutare il Neurochirurgo in operazioni complesse con l'impiego della robotica.

In entrambe le strutture vengono utilizzati diversi protocolli secondo le differenti fasce di età: 0-6 mesi, 6-18 mesi, 18 mesi-3 anni e 3-7 anni; i principali motivi dell'impiego di questi protocolli è quello di utilizzare delle dosi il più corretto possibile a seconda delle dimensioni e la densità del volume in studio.

Risultati e discussione

Sono stati confrontati 12 pazienti che hanno svolto la TC cranio senza somministrazione di mezzo di contrasto nelle due strutture e sono stati confrontati i parametri di acquisizione e dosi (DLP e CTDIvol). I risultati dimostrano che con i nuovi metodi di ricostruzioni e riduzione della dose è possibile stare ampiamente sotto i LDR Europei. Ricordiamo che la dose dipende da tutti quei parametri che agiscono sulla fluenza di fotoni in uscita generalmente proporzionale a: tensione, corrente al tubo, tempo di scansione e spessore dello strato. Per arrivare a questi risultati è importante che il Professionista Tecnico Sanitario di Radiologia conosca alla perfezione il tomografo, che il paziente sia posizionato nel miglior modo possibile. Dai dati emerge che le dosi minori le abbiamo presso l'AUO Meyer di Firenze nonostante un'apparecchio tecnologicamente più vecchia, è importante ricordare che il Medico Radiologo che lavora in ambito pediatrico ha una formazione differente rispetto al Radiologo di un'Azienda ospedaliera non Pediatrica, permettendo di acquisire immagine più rumorose.

Inoltre presso l'azienda Meyer la scelta del protocollo è dettata anche dal quesito clinico, il TSRM nelle successive TC di controllo del paziente deve vedere il report di dose della TC precedente e utilizzare un protocollo di controllo a dose ridotta, sempre rispettando il concetto di produrre immagine TC diagnostiche e non belle. Lo scopo di questo lavoro è confrontare un ospedale pediatrico ed un Presidio Ospedaliero non di indirizzo pediatrico, il risultato che presso il PO San Donato di Arezzo i protocolli sono ottimi ed ampiamente sotto i LDR, è sicuramente possibile migliorare i protocolli utilizzati su bambini al di sotto dei 6 anni, ma essendo la fascia di età più complessa nella gestione e nella diagnosi è comprensibile questa difficoltà, inoltre sarebbe corretto creare protocolli pediatrici suddivisi per fasce di età ma anche per patologia o tipo di studio es (Neuronavigatore - Idrocefalo - Rocche). Inoltre in entrambe le strutture viene utilizzata la collimazione 64 x 0,625 mm in modo da poter ricostruire a spessori minori in caso di dubbi di medico radiologo durante la refertazione.

Conclusioni

È possibile concludere affermando che anche un'azienda non pediatrica dopo un'attenta e costante formazione del personale Tecnico, una buona conoscenza della tecnologia e della radioprotezione, con la collaborazione costante del Medico radiologo e del Fisico sanitario può rispettare i LDR Europei. Collaborazioni tra Aziende Pediatriche e non sicuramente migliorano sul territorio la radioprotezione infantile, rendendo meno complessi esami che per il Professionista Tecnico Sanitario sono poco frequenti, il bambino non deve spaventare, ma deve essere sottoposto ad esami con parametri specifici e non con protocolli per adulti, mantenendo l'esposizione da radiazione del paziente il più basso ragionevolmente praticabile. Inoltre questo studio ha permesso di modificare la metodica del neuronavigatore in modo che quando i piccoli pazienti vengono centralizzati presso l'hub di riferimento pediatrico che è il Meyer possa andare direttamente in sala operatori e non debba fare la specifica TC neuronavigatore.

Bibliografia

- [1] "La radioprotezione con schermi di bismuto nella tomografia computerizzata in radiologia pediatrica" Giovanna Zatelli et Al. <https://www.researchgate.net/publication/260601790>.
- [2] "Patient Radiation Doses from Adult and Pediatric CT" Walter Huda, Awais Vance AJR 2007 February; 188:540-546
- [3] "Per una consapevolezza dosimetrica nella radiologia e nella medicina nucleare in ambito pediatrico" Giuseppe Villa, Gabriel Siclari. Il Radiologo aprile-giugno 2015
- [4] "Livelli diagnostici di riferimento nazionali per la radiologia diagnostica e interventistica" Campanella et Al. Rapporti ISTISAN 17/33
- [5] Radiation Dose Reduction at pediatric CT: Use of Low Tube Voltage and Iterative Reconstruction" Y. Nagayanama Radiographics September-October 2018



Studio multicentrico e ottimizzazione della sequenza Susceptibility-Weighted Imaging in ambito pediatrico.

Lorenzo Malatesti¹, Leonardo Lelli², Simona Quaglierini², Alfonso Maiolino³

1) ASL Toscana Sud Est PO Arezzo, 2) AUO Meyer Firenze, 3) Azienda Ospedaliera "SS. Annunziata" Cosenza

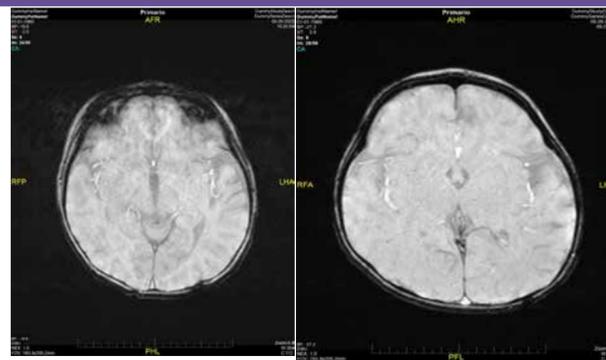
Introduzione

Le sequenze Susceptibility-Weighted Imaging (SWI) in ambito pediatrico neuroradiologico stanno avendo sempre maggiore utilizzo per la differenziazione di diagnosi e per l'imaging traumatico. Le SWI, dette talvolta anche BOLD venographic imaging, sono sequenze che producono anch'esse nell'immagine un contrasto piuttosto diverso da quelli tradizionali, T1-, T2- o DP-pesati. L'innovazione da loro introdotta è la capacità di rappresentare le differenze di suscettività magnetica tra i tessuti in un contrasto di immagine. Fino a tempi piuttosto recenti, le informazioni di fase ricavate dal segnale erano scartate come non utili nell'ambito dell'imaging RM, se si eccettuano la quantificazione del flusso nei grossi vasi o le Inversion Recovery, e si utilizzavano soltanto le informazioni di ampiezza per costruire le immagini. Le informazioni di fase sono ricche di informazioni anche sulle disomogeneità di campo magnetico causate dalle differenze di suscettività tra i tessuti, che contribuiscono ad accelerare i fenomeni di perdita di coerenza di fase responsabili del rilassamento trasversale. L'immagine SWI è un'immagine che, oltre alle informazioni di intensità, tiene conto anche delle informazioni relative alla fase. Il sangue venoso, le emorragie e i depositi ferrosi all'interno dei tessuti in alcune patologie alterano localmente la suscettività magnetica dei tessuti circostanti, poiché per motivi diversi essi rappresentano delle disomogeneità locali di campo magnetico. Utilizzando congiuntamente i dati RM di ampiezza e fase, è possibile produrre immagini particolarmente sensibili alla suscettività magnetica. La rappresentazione del sangue venoso con la sequenza SWI sfrutta l'effetto BOLD, e basa il suo funzionamento sulle proprietà paramagnetiche dell'emoglobina nel suo stato de-ossigenato, presente con elevata concentrazione nel sangue venoso (motivo per il quale alcuni costruttori chiamano la sequenza venous-BOLD o simili). Grazie a questo particolare tipo di sensibilità, le SWI possono essere utilizzate con successo nelle lesioni cerebrali traumatiche, ove si possono verificare micro-sanguinamenti altrimenti difficilmente o non rilevabili in altre sequenze, o anche per rappresentare ad alta risoluzione mappe del circolo venoso intracranico. La SWI viene utilizzata nelle emorragie intracraniche, traumi cranici, malformazioni cerebrali vascolari, stroke, trombosi dei seni venosi, ischemie ipossiche, infezioni, tumori, malattie neurodegenerative e disordini metabolici, sclerosi multipla ed infine danni ipossici neonatali.

Materiali e Metodi

L'obiettivo di questo lavoro è di far vedere come sono state ottimizzate le sequenze SWI per le diverse fasce di età pediatrica presso due centri che sono l'azienda Ospedaliero Universitaria Meyer di Firenze ed il Presidio Ospedaliero San Donato di Arezzo. L'obiettivo principale è far sì che tra l'ospedale di riferimento per il pediatrico della Toscana e l'ospedale di riferimento della provincia di Arezzo ci siano protocolli uguali per un miglior flusso in caso di centralizzazione del paziente. Inoltre l'obiettivo di questo studio è la riduzione delle limitazioni dell'imaging RM convenzionale che includono: la mancanza di una valutazione quantitativa della mielinizzazione, l'impossibilità di determinare l'orientamento delle fibre dei fasci di sostanza bianca, la frequente instabilità nei confronti di eventi in fase ipercuti, e la insufficiente correlazione con lo stato metabolico dei tessuti. L'applicazione delle cosiddette «tecniche RM avanzate» e ciò è un insieme di tecnologie (perfusione, spettroscopia e BOLD) che, grazie all'impiego di moderne apparecchiature di RM ad alto campo dotati di elementi hardware e opportuni software, rende possibili studi sofisticati in vivo della struttura anatomico-funzionale del cervello umano, consente di superare tali limitazioni, ottenendo informazioni sia «strutturali», tramite l'uso di sequenze speciali e di tecniche di elaborazioni delle immagini in fase di postprocessing. L'applicazione clinica di tali metodiche consente un marcato incremento delle possibilità di pianificazione terapeutica nei tumori cerebrali d'inoltre importantissime possibilità diagnostiche nell'ambito della patologia neuropsichiatrica, metabolica e degenerativa del sistema nervoso centrale. Sono state confrontate le sequenze SWI tra 4 diversi tomografi di Risonanza magnetica. Presso il Meyer sono presenti 2 macchinari Philips uno a 1,5T ed uno a 3T; mentre al San Donato di Arezzo ci sono 2 tomografi a 1,5 T uno Siemens e l'altro GE. Sono stati confrontati vari pazienti di diverse fasce di età che sono: 1-2 mesi, 2 mesi- 6 mesi, 6 mesi-24 mesi, 24 mesi-6 anni, 6 anni-12anni, adulto.

Risultati



SWI 6 mesi 1,5

T SWI 2 anni 1,5 T

Conclusioni

A seconda della diversa fascia di età cambiano i vari di acquisizione della SWI per una serie di motivi che sono dovuti al diverso grado di mielinizzazione della sostanza bianca e grigia encefalica; ed all'accrescimento del parenchima encefalico fino ad arrivare i 15 anni dove i parametri sono gli stessi degli adulti. Il futuro di questa sequenza sarà di fare una mappa quantitativa per determinare il contenuto di ferro nei nuclei profondi della materia grigia e nelle strutture contenenti mielina nella sostanza bianca. Ciò a sua volta può consentire di studiare il normale sviluppo cerebrale e può anche aiutare a identificare precocemente le malattie degenerative in modo da limitare od impedirne la progressione.

Bibliografia

- [1] "Susceptibility-weighted imaging in pediatric neuroimaging" Autori A. Poretti et Al. Journal of Magnetic Resonance Imaging Volume 40, Issue 3
- [2] "Elementi di risonanza magnetica: dal protone alle sequenze per le principali applicazioni diagnostiche" Autori M. Coriasco et Al. Springer-Verlag Italia 2014
- [3] "Susceptibility-weighted imaging: technical aspects and clinical applications" Autori Haacke EM, Mittal S, Wu Z et al Part I. AJNR Am J Neuroradiol 30:19-30
- [4] "MRI in Clinical Practice" Autori Gary Liney et Al. Springer-Verlag London Limited 2006
- [5] "MRI Handbook MR Physics, Patient Positioning, and Protocols" Autori et Al. Muhammed Elmaoglu Springer Science+Business Media, LLC 2012



Creazione di un network per lo sviluppo delle soft skills di teamwork mediante microsimulazioni nel Setting Territoriale dei Distretti

La Rosa L, Montomoli M*, Mando' M*, A.Beltrano

Dipartimento del Territorio, della Fragilità e delle Dipendenze, *Dipartimento Emergenza-Urgenza. Az.USL Toscana Sud-Est

Introduzione

Il Sistema sanitario è un sistema ad elevata complessità e tuttavia la formazione tradizionale dei professionisti è centrata prevalentemente su un approccio individualistico. Negli attuali scenari un approccio individualistico presenta dei limiti che ne riducono l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza. Il lavoro collaborativo, di squadra, ha un valore aggiunto ed è divenuto uno degli obiettivi organizzativi fondamentali anche in Sanità essendo uno degli elementi essenziali per il Governo Clinico. Vi è sempre maggiore consapevolezza che nei sistemi complessi e ad alta intensità di relazioni umane sia necessario un mix equilibrato fra competenze tecniche e non-tecniche (o soft skills). Il percorso di sviluppo delle soft skills non è lineare e non è sufficiente l'utilizzo di metodologie formative improntate solo alle conoscenze teoriche, mentre la pratica deliberata e riflessiva e il simulation training risultano più efficaci. Abbiamo avviato una esperienza pluriennale per l'addestramento delle competenze di team-work connesse alla conduzione di interventi di soccorso in caso di emergenza (modello dell'arresto cardiaco improvviso extraospedaliero) in setting come quelli distrettuali, non specificamente deputati alla patologia acuta.

Metodologia

In un arco temporale di 5 anni è stato avviato un programma formativo centrato su microsimulazioni in situ a bassa fedeltà. Il programma ha preso avvio dalla collaborazione tra formatori del Dipartimento del Territorio e del Dipartimento Emergenza-Urgenza della Azienda USL Toscana Sud-Est. Come modello funzionale all'addestramento alle skill di lavoro in team è stato preso in considerazione il caso dell'arresto cardiaco improvviso nel setting distrettuale. Il programma ha preso avvio dapprima nella provincia di Siena nel 2017 e successivamente è stato esteso a Distretti nelle province di Arezzo e Grosseto. Le microsimulazioni sono state condotte da esperti facilitatori di Simulazione Sanitaria del DEU per i primi 4 anni del programma. Ogni simulazione è stata seguita da un debriefing volto ad approfondire sia gli aspetti tecnici del primo soccorso sia le soft skills connesse al lavoro in team. L'osservazione delle skill tecniche BLS è stata condotta con check-list standardizzata. La focalizzazione sulle soft skills è stata ottenuta con l'impiego delle check-list validate secondo il modello TeamSTEPPS : Team-Leadership, Comunicazione, Monitoraggio della Situazione, Supporto Reciproco. Nell'anno 2022 ha preso avvio la formazione di facilitatori di microsimulazioni in situ afferenti al Dipartimento del Territorio.

Risultati

Dal 2017 al 2021 hanno partecipato alle microsimulazioni 201 sanitari provenienti da una serie di setting operativi differenti (Distretti, Vaccinazioni, Consultori, Medicina del Lavoro, Salute Mentale Adulti, Salute Mentale Infanzia e Adolescenza). Nel periodo dal 2020 al 2021 tutte le sessioni di addestramento sono state condotte con utilizzo dei DPI per la protezione dei rischi contro il Covid-19. Nell'anno 2022 sono formati 26 Facilitatori per le microsimulazioni in situ.

Le schede di assessment delle competenze tecniche BLS hanno evidenziato che tutti i partecipanti hanno ottenuto un miglioramento della performance grazie all'effetto allenante delle microsimulazioni ripetute. Le check-list TeamSTEPPS sulla percezione relativa al Teamwork hanno dimostrato risposte orientate allo sviluppo di consapevolezza delle singole skills in tutti i partecipanti.

La creazione di ulteriori 26 facilitatori conferisce alla rete un potenziale di sviluppo, secondo il validato modello di training dei trainers.

Conclusioni

Il network formativo si è dimostrato utile per l'addestramento delle competenze tecniche specifiche del primo soccorso e delle competenze di teamwork, secondo un modello di train the trainer, sostenibile sia dal punto di vista economico sia dal punto di vista organizzativo.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i Partecipanti alle simulazioni.





“ FIBROMIALGIA E MEDICINA INTEGRATA: PANORAMICA E STUDIO CLINICO DI VITA REALE (RLS) IN PAZIENTI AMBULATORIALI”

Ferreri R¹, Cracolici F¹, Bocci C.¹, Piazzini M.²

1-Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Integrata nei percorsi ospedalieri- AslSudEst Toscana
2- Responsabile Servizio Ambulatoriale di Reumatologia AslSudEst Grosseto

Integrated Chronic Care Model



Obiettivi della terapia integrata

- Incrementare l'analgesia centrale e periferica
- Migliorare i disturbi del sonno
- Ridurre i disturbi del tono dell'umore
- Ridurre la contrattura muscolare
- Attenuare la stanchezza
- Migliorare lo stato funzionale generale

- La Fibromialgia è un problema di larga diffusione in Europa, interessando fino al 3,7% della popolazione adulta, mentre poco meno del 3% della popolazione con patologie reumatiche rientra in questa casistica
 - Si distinguono una forma "primitiva" o isolata, e una forma "associata" o concomitante ad altre patologie, reumatiche o di altra natura.
 - Tra le malattie reumatiche a cui si può associare la fibromialgia vi sono l'osteartrosi, le spondiloartriti sieronegative, l'artrite reumatoide, la sindrome di Sjogren e il Lupus Eritematoso Sistemico.
 - La fibromialgia rispetta tutte le caratteristiche di una cronicità: un elemento di innesco ambientale lontano nella storia clinica del paziente che attiva una predisposizione costituzionale e una conseguente risposta dell'individuo, causa della sintomatologia.
- È un contesto nel quale la EBM (Evidence Based Medicine) riesce solo, quando ci riesce, a limitare l'intensità dei sintomi che caratterizzano la fase acuta della patologia, consentendo una remissione dei sintomi fino alla successiva riacutizzazione
- L'esigenza di associare un piano di trattamento integrato (adeguata educazione del paziente, esercizi aerobici e terapia cognitivo-comportamentale) si è già fatta sentire a livello di terapia convenzionale e può essere efficace per alleviare i sintomi, così come tutta una serie di strategie utilizzate in questo contesto e ben descritte nel lavoro di Wahner-Roedler et al: esercizio fisico specifico (48%), stimolo spirituale e/o preghiera (45%), massaggio (44%), trattamenti chiropratici (37%), vitamina C (35%), vitamina E (31%), magnesio (29%), complesso vitaminico B (25%), tè verde (24%) e programmi di perdita di peso (20%).



Dietlind L. Wahner-Roedler et al., "Use of Complementary and Alternative Medical Therapies by Patients Referred to a Fibromyalgia Treatment Program at a Tertiary Care Center," Mayo Clinic Proceedings 80, no. 1 (September 27, 2005): 55-60.

PROTOCOLLO INTEGRATO

- OMEOPATIA:** nel nostro studio abbiamo preferito utilizzare una formulazione omeopatica complessa, combinando estemporaneamente i seguenti farmaci omeopatici: RHUS TOX, RUTA, IGNATIA
- Protocollo fibromialgia agopuntura:** 34GB - 3LI- 5SJ- 41GB- 26LI- 27KI- 9KI- 9SP- 21GB (aghi pulce)
- SCHEMA NUTRIZIONALE /NUTRACEUTICO (EVITARE/PREFERIRE):**

Approccio integrato nutrizionale al paziente con fibromialgia, secondo un elenco di alimenti da "evitare/preferire" che mira a:

- Eliminare/ridurre il consumo di alimenti ad elevato contenuto di acido arachidonico (precursore delle prostaglandine proinfiammatorie) come latte e derivati, zuccheri semplici (che stimolano anche l'insulina), uova, carni rosse, arachidi e frutta secca (tranne noci, nocciole)
- Eliminare/ridurre alimenti di origine industriale e soprattutto grassi idrogenati, alimenti questi che, oltre a favorire la produzione delle prostaglandine infiammatorie, aumentano la produzione dei ROS (radicali liberi dell'ossigeno) che sono tra le cause principali dell'innesco doloroso.
- Preferire/consumare alimenti contenenti nutrienti (vitamine, oligoelementi e altri componenti) antiossidanti: in primis frutta e verdura, legumi, carboidrati non amidacei, pesce azzurro (che contiene acidi grassi antagonisti dell'acido arachidonico) e olio di oliva (alimento ricco di polifenoli e di sostanze definite "ibuprofen-like").

Si sottolinea come non stiamo parlando di quantità ma di qualità, sono anche scoraggiati atteggiamenti del tipo: «ne mangio solo un pezzettino...»

CASISTICA

- CASISTICA DEL CENTRO DI MEDICINA INTEGRATA DI PITIGLIANO
- La casistica ha riguardato il periodo 2011-2018 ed è stata elaborata su 2482 pazienti ambulatoriali:
- 462 pazienti (18,61% sul totale) avevano diagnosi di patologia artroreumatica e 113 pazienti (24,4% su 462) avevano come prima diagnosi la fibromialgia.
- Erano 34 maschi (30,1%) e 79 femmine (69,9%), di età compresa tra 28 e 85 anni, così suddivise per fasce di età:
- 16% tra 28 e 45 anni, 58% tra 45 e 65 anni, 26% tra 65 e 85 anni
- Nei pazienti con fibromialgia, il dolore era il primo sintomo (95,0%), seguito da astenia (85%, spesso concomitante al primo sintomo).

COMORBIDITA'

- Il 45,1% PAZIENTI con fibromialgia avevano comorbidity:
- 37,5% PSICOEMOTIVE
- 25% GASTROINTESTINALI
- 25% METABOLICHE (DIABETE, DISLIPIDEMIE, IPERURICEMIA)
- 12,5% ONCOLOGICHE

Ecco i risultati del nostro studio: li illustreremo in dettaglio a voce, vi aspettiamo!



EDMONTON SCALE

- DOLORE
- MOBILITA'

Interpretazione dei risultati	Range di documento (d.a., d.b.,...)
Nesun cambiamento	15%
Leve miglioramento	5%
Miglioramento	6%
Buon miglioramento	68%
Miglioramento molto buono / Risoluzione completa	6%

Presenza del dolore durante l'attività lavorativa	1° visita	Follow up dopo 2 mesi
Non molto	11,00%	46,20%
molto poco	16,30%	40,30%
un po'	25,00%	11,60%
molto	23,00%	1,90%
moltissimo	24,20%	0

QUESTIONARIO SF-12

	PRIMA VISITA	PRIMO FOLLOW-UP	SECONDO FOLLOW-UP
SCADENTE	40%	0%	0%
PASSABILE	50%	31,2%	8,7%
BUONA	10%	33,3%	20,3%
MOLTO BUONA	0	24,4%	48,2%
ECCELLENTI	0	11,1%	22,8%

Tabella 1 - Percezione dello stato di salute generale da parte del paziente

	PRIMA VISITA	PRIMO FOLLOW-UP	SECONDO FOLLOW-UP
SI	70%	35%	10%
NO	30%	65%	90%

Tabella 2 - Rendimento fisico sul lavoro e in altre attività

	PRIMA VISITA	PRIMO FOLLOW-UP	SECONDO FOLLOW-UP
SI	65%	35,5%	14,5%

La registrazione è avvenuta a tempo 0, dopo 2 mesi e dopo 6 mesi di terapie integrate nelle tabelle è riassunto il risultato: per ciò che concerne lo stato generale di salute si è passati dal 90% dei pazienti che avevano una percezione tra "scadente" e "passabile" al 91,3% che mostravano una percezione da "buona" ad "eccellente" (tab 1)

Per quanto riguarda il rendimento fisico, i pazienti avevano reso meno di quanto avrebbero voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa della loro salute fisica nel 70% all'inizio della terapia integrata e solo nel 10% a 6 mesi (tab 2).

Per quanto riguarda la sfera emotiva, i pazienti esaminati all'inizio dello studio mostravano un notevole coinvolgimento della sfera emotiva (depressione/ansia) nello svolgimento delle attività quotidiane e nella loro vita sociale, pari al

CONCLUSIONI

La Medicina Integrata è una realtà nella Regione Toscana che ha formulato un percorso dedicato ai pazienti fibromialgici che include la medicina complementare e si avvia a redigere un PDTA dedicato

Il percorso del paziente

Valutazione dei sintomi ed eventuale diagnosi	Conferma diagnostica e attribuzione del codice di malattia ed esercizi	Presenza in carico dei casi più difficili	Gestione del paziente fibromialgico non complesso	Approccio multidisciplinare con altri specialisti
MMG	Reumatologo Allogio	Reumatologo Allogio	MMG	Psichiatra Psicologo Neurologo Medico complementare

Il ruolo della MEDICINA INTEGRATA in ogni caso è un ruolo centrale in grado di:

- Ripristinare l'equilibrio dinamico e metabolico del soggetto fibromialgico
- Contribuire all'efficienza del suo sistema immunitario per arrestare o rallentare la progressione della sindrome
- Ridurre l'impatto delle comorbidity, così importanti nella prognosi a lungo termine



CREAZIONE DI UN WORKFLOW AUTOMATICO PER LA REGISTRAZIONE ELASTICA MULTIMODALE NEL TRATTAMENTO RADIOTERAPICO DELLA PROSTATA

A.LASTRUCCI¹, E. SERVENTI¹, L. MARCIELLO², S. MARZANO², S. MORETTI¹, R. RICCI¹

1. DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI TECNICO-SANITARIE, AZIENDA USL TOSCANA CENTRO, PRATO, ITALIA

2. SOS RADIOTERAPIA, AZIENDA USL TOSCANA CENTRO, PRATO, ITALIA

INTRODUZIONE

La Radioterapia rappresenta una delle opzioni terapeutiche curative per il trattamento del tumore della prostata. Nel contouring del volume target e degli Organi a Rischio sono utilizzate le immagini acquisite mediante TC di Centraggio. A livello prostatico vi sono molteplici strutture anatomiche caratterizzate da modeste differenze in densità, a causa di ciò l'interfaccia tra la prostata e le altre strutture risulta essere difficilmente definibile in TC. Le immagini di Risonanza Magnetica (RM) sono ritenute il gold-standard per la definizione del volume prostatico poiché permettono di discriminare chiaramente le interfacce tra i tessuti molli.

In letteratura vi sono molti studi che confermano l'utilità della fusione multi-modale TC-RM per la delineazione del volume prostatico. Presso la Radioterapia di Prato è stato creato sul software MIM un apposito workflow automatico, ossia un flusso di elaborazione di immagini programmato dal software, che mediante l'algoritmo Multimodality effettua la registrazione elastica multimodale, evitando eventuali variabilità inter-operatore. Per valutare la correttezza dell'elaborazione dei dati di imaging ottenuti è stato effettuato un confronto tra il volume prostatico definito nelle immagini TC, in quelle RM ottenute mediante sequenza T2-Weighted Turbo Spin-Echo ed infine nelle immagini RM deformate dal workflow (RM_{DEF}) su di una popolazione reclutata.

MATERIALI E METODI

Per questo studio monocentrico osservazionale retrospettivo sono stati reclutati 20 pazienti sottoposti a trattamento radioterapico radicale della prostata. L'arruolamento è avvenuto nel rispetto di appositi criteri di inclusione ed esclusione per rendere omogenea la popolazione in studio. Per ciascun paziente è stato effettuato il confronto tra il volume prostatico definito nelle immagini RM, ritenute il gold-standard per la delineazione prostatica, con quello contornato in TC e RM_{DEF}.

RISULTATI

I volumi dei contorni effettuati sui 3 dataset di immagini sono stati analizzati, sia in ml che in differenza percentuale, e riportati in tabella 1. Dai valori riportati in tab.1 per quanto concerne il confronto tra i volumi definiti in RM e TC emerge che il volume prostatico definito nelle immagini TC risulta essere sovra-stimato in media di circa il 30%; inoltre è emersa una differenza statisticamente significativa tra i volumi contornati in TC e in RM ($p\text{-value} < 0.05$). Per quanto riguarda il confronto tra volumi prostatici delineati nelle immagini RM e RM_{DEF} è possibile affermare che vi è una sovrapposibilità dei dati e non vi è differenza statisticamente significativa tra le due distribuzioni ($p\text{-value} > 0.05$).

	Confronto RM - TC		Confronto RM - RM _{DEF}	
	ml	%	ml	%
Media	9.33	29.77	-0.29	-1.07
Deviazione Std.	± 7.54	± 18	± 2.70	± 7
Range min - max	1.31 - 34.75	-4.11 - 77.71	0.11 - 4.73	0.84 - -13.21

Tabella 1: Confronto tra volumi prostatici contornati in RM, TC e RM_{DEF}

CONCLUSIONI

Il workflow ideato per la fusione TC-RM ha permesso di ottenere immagini ottimali per il contouring del volume prostatico, che se delineato nelle sole immagini TC risulta essere notevolmente sovra-stimato, ed essendo completamente automatico, non user-guided, ha permesso di eliminare eventuali variabilità inter-operatore nella registrazione elastica.



**Motivare verso scelte consapevoli:
Il professionista Assistente Sanitario nella casa di comunità!**

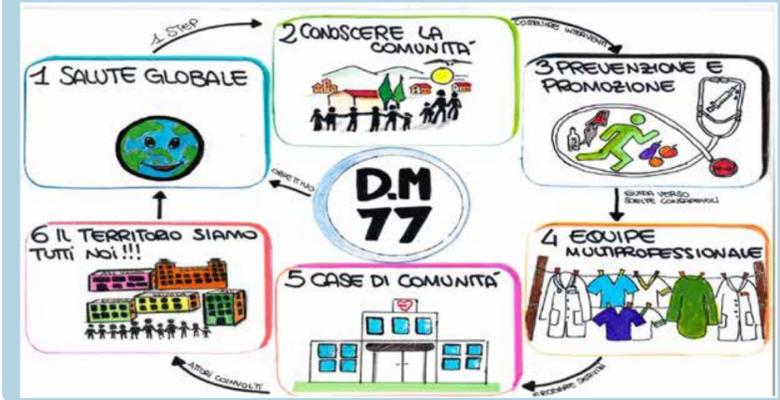
Assistente sanitario AUSL Toscana Centro: dott.ssa Elisa Bonchi
Dirigente SOSD Attività assistenza sanitaria Area Fiorentina Ausl Toscana Centro: dott.ssa Giovanna Mereu
Direttore SDS area Fiorentina sud-est AUSL Toscana Centro: dott. Simone Naldoni
I.F Dipartimento del decentramento Anagrafe sanitaria AUSL Toscana Centro: dott.ssa Claudia Corsini
AUSL TC DPTS- SOSD Attività Assistenza Sanitaria Area Fiorentina: Dirigente Dott.ssa Giovanna Mereu



INTRODUZIONE

Nell'ottica del **Planetary Health** il più alto livello di salute si ottiene attraverso una equilibrata governance dei sistemi politici, umani, economici e sociali. Quanto enunciato nel 1986 nella carta di Ottawa diventa adesso l'obiettivo del DM 77: "costruire un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale con un approccio orientato alla SALUTE GLOBALE". L'obiettivo del progetto è evidenziare le competenze del **professionista assistente sanitario** per offrire servizi mirati in grado di soddisfare il bisogno di salute di I e II Livello previsto dal DM 77, relativi ad interventi di prevenzione e promozione della salute.

Il progetto parte da un'analisi della comunità del territorio Fiorentino sud-est, rilevando le coperture vaccinali dell'obbligo previste dalla Legge n.119 31/07/17(2), le coperture per HPV e la prevalenza di patologie correlate a stili di vita non corretti.



RISULTATI

Le coperture dimostrano un trend in crescita, **nonostante la pandemia**, ma non raggiungono i livelli previsti dal calendario Regionale per alcuni obiettivi(4). Nel target 14-18 aa nel 2021 il 58% ha ricevuto la 5 dose DTP e il 53% IPV. Nella coorte 2008-2009 relativa alla chiamata attiva per HPV la copertura si aggira intorno al 51% per le femmine e al 33% per i maschi.

OBIETTIVI DI COPERTURA REGIONALE. REGIONE TOSCANA

VACCINO	1 ANNO DI VITA	2 ANNO DI VITA	5-6 ANNI	11-18 ANNI
DTPa		95%	95%	90%
HIB		95%		
EP. B		95%		
Poliomelite		95%	95%	90%
MPR		95%	95%	
Varicella		95%	95%	
HPV				95%

Tab 4 obiettivi copertura regione toscana

I dati estrapolati dall'anagrafe sanitaria rilevano una **sottostima della prevalenza**: nel totale delle esenzioni non sono inclusi i **soggetti a rischio**, in trattamento farmacologico, **che potrebbero sviluppare patologia grave**. Ciò viene evidenziato con il confronto dei risultati dello studio passi Regione Toscana(5).

Tab 5 Indicatori PASSI 2017-2020

Diabete riferito	Misurato pressione negli ultimi 2 anni	Iperensione riferita	Misurato colesterolemia almeno 1 volta nella vita	Ipercolesterolemia riferita
3.8%	84.7%	16.4%	82%	21.9%

METODOLOGIA

Studio descrittivo pilota di prevalenza

Calcolo coperture ciclo completo per: DTP-IPV, HIB, EP.B, MPR-V (tab1). Verifica copertura 5 dose target 14-18 DTP-IPV. Periodo di analisi: 2019-2021(3)

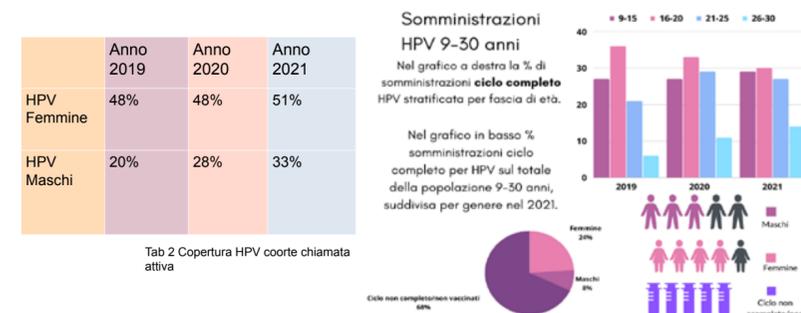
VACCINO	1 ANNO DI VITA	2 ANNO DI VITA	5-6 ANNI	11-18 ANNI
DTPa		2019: 77% 2020: 93% 2021: 93%	2019: 90% 2020: 87% 2021: 88%	2019: 78% 2020: 73% 2021: 73%
HIB		2019: 87% 2020: 84% 2021: 84%		
EP. B		2019: 86% 2020: 93% 2021: 93%		
Poliomelite		2019: 77% 2020: 93% 2021: 93%	2019: 90% 2020: 87% 2021: 88%	2019: 30% 2020: 49% 2021: 49%
MPR		2019: 79% 2020: 92% 2021: 92%	2019: 90% 2020: 89% 2021: 90%	
Varicella		2019: 78% 2020: 91% 2021: 91%	2019: 83% 2020: 82% 2021: 85%	

DTP-IPV 14-18 ANNI

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Copertura DTP	60%	58%	58%
Copertura IPV	34%	41%	53%

Tab 1 Coperture vaccinali 0-18 anni

Somministrazioni ciclo completo HPV 9-30 aa. Stratificazione per fascia d'età nel target 9-30. Calcolo coperture chiamata attiva(tab2). Periodo di analisi: 2019-2021(3)



Tab 2 Copertura HPV coorte chiamata attiva

Rilevazione residenti 40-60 e >60 aa. Rilevazione anagrafe sanitaria del totale esenzioni per ipercolesterolemia, ipertensione, diabete. Anno di analisi: 2021

Tab 3 % soggetti con esenzione per patologia

Popolazione residente	Anno 2021	Ipercolesterolemia	Iperensione	Diabete
40-60	54448	1.1%	8.7%	6.7%
>60	63292			
Totale >40	117740			
Popolazione generale (>40 anni)				
40-60 anni		0.6%	3.3%	2.3%
>60 anni		1.5%	13%	10.7%

Comuni di analisi:
-Bagno a Ripoli;
-Barberino Tavarnelle;
-Figline e incisa Valdarno;
-Greve in chianti;
-Impruneta;
-Pelago;
-Pontassieve;
-Reggello;
-Rignano sull'Arno;
-Rufina;
-San Casciano Val di Pesa

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti evidenziano la necessità di nuovi servizi governati da **professionisti competenti** quale il **professionista assistente sanitario**, che in **equipe multiprofessionale** concorre ad aiutare la popolazione a fare scelte consapevoli di salute.

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita

Tab 6 Classificazione bisogno di salute DM 77

Il professionista Assistente Sanitario nella casa di comunità



RIFERIMENTI

- 1) Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN
- 2) DL 7/6/17 n. 73: disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. Art.1 e Art 1Bis
- 3) Piattaforma SISPC
- 4) Calendario vaccinale della Regione Toscana 2019, all.1
- 5) <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/cardiovascolare?tab-container-1=tab1>.



SALTARE LA BARRIERA DELLA LINGUA in Ospedale e nel Territorio

La tecnica di apprendimento veloce (metodo PAV) della lingua inglese

Rosseti R., Pelagani E., Mantovani C.

ASL TOSCANA CENTRO- Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata



**SI PUO' PARLARE DI PROGRESSO SOLO QUANDO I VANTAGGI DI UNA
NUOVA TECNOLOGIA DIVENTANO ACCESSIBILI A TUTTI.**
Henry Ford

RISULTATI

Dal 2016 al 2021 si sono svolti corsi di tecniche di memoria nella SOS Assistenza Infermieristica zona sud-est, tenuto da un esperto di tecniche di apprendimento veloce, il corso rivolto al personale infermieristico, con l'obiettivo di estendere la conoscenza anche ad altre categorie di operatori sanitari, gli argomenti trattati sono stati:

- 1) le tecniche di lettura veloce;
- 2) le mappe mentali;
- 3) le mnemotecniche;
- 4) impara a osservare per memorizzare;
- 5) costruisci la memoria con metodo PAV (Paradosso Azione Vivido).
- 6) Strategie di apprendimento della lingua inglese.

Una strumento semplice, che ha consentito di acquisire strategie di apprendimento veloce a tutto il personale infermieristico coordinatore dei reparti e servizi ospedalieri e territoriali, consentendo di leggere velocemente qualunque documento, procedura, linea guida, memorizzare percorsi e processi importanti nella pianificazione assistenziale.

Le tecniche di apprendimento veloce potenziano le facoltà di archiviare e recuperare qualsiasi informazione, creare collegamenti concettuali e ricordare facilmente cifre, nomi, visi, termini tecnici e vocaboli stranieri.

Proprio sulle strategie di apprendimento della lingua inglese, si concentra la formazione rivolta al personale che deve gestire una popolazione multiculturale, in modo da facilitarne la comunicazione.

INTRODUZIONE

La conoscenza e la comunicazione sono alla base della continuità assistenziale del paziente, nella qualità delle cure del percorso clinico assistenziale ospedale-territorio.

Un grosso sbarramento nella percorso assistenziale è la comunicazione con pazienti e con i caregiver di altra nazionalità, con l'applicazione delle tecniche di apprendimento veloce sull'apprendimento della lingua inglese, consentono di acquisire velocemente la conoscenza di un'altra lingua, fondamentale, in un ambiente sanitario multiculturale.

Il personale sanitario viene formato con la tecnica del P.A.V. ad acquisire nuove conoscenze sull'apprendimento di tecniche veloci di memoria sulla lingua inglese, che può essere applicata anche ad altre lingue.

OBIETTIVI

Garantire e migliorare l'accesso alle cure per gli utenti stranieri.

Uniformare le strategie di apprendimento veloce per la gestione del paziente straniero nella continuità ospedale-territorio

Utilizzare le mnemotecniche per facilitare l'apprendimento delle lingue straniere.

Aumentare per il personale sanitario, il livello di qualità delle cure agli utenti stranieri ed agli utenti con caregiver di altra nazionalità, facilitando la comunicazione in lingua inglese.

METODO

Potenziamento delle tecniche di memoria con possibilità di migliorare ogni singola fase del processo di apprendimento, Potenziando le capacità di Memorizzazione della lingua inglese con utilizzo delle mnemotecniche. Metodologia didattica con lezioni interattive on the job ed utilizzo del sistema di rinforzo tecniche di memoria per 30 minuti per 21 giorni.

Utilizzo di strumenti:

- 1) XMIND8 Per la costruzione delle mappe mentali
- 2) Video tutorial per apprendimento lingua inglese



CONCLUSIONI

L'utilizzo di tecniche di memoria consente l'ottimizzazione della pianificazione assistenziale ai pazienti ricoverati in ospedale, estendendo e garantendo la continuità assistenziale anche nel territorio.

Inoltre, nella realtà sanitaria dove la multiculturalità è importante per la percentuale di popolazione straniera che accede ai servizi sanitari, l'apprendimento di lingue straniere, facilita la gestione del processo assistenziale prevenendo gli errori di comunicazione.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Il segreto di una memoria prodigiosa. Tecniche di memorizzazione rapida. Matteo Salvo
- 2) Metti il turbo alla tua mente con Le Mappe mentali- Matteo Salvo
- 3) Allena la tua mente in 5 minuti. Matteo Salvo
- 4) Impara l'inglese in un mese. Matteo Salvo
- 5) Come leggere un libro al giorno. Matteo Salvo
- 6) Tecniche di memoria e lettura veloce. Maurizio Possenti, Paola Cuppini.
- 7) Genio in 21 giorni. Giacomo Navone, Massimo de Donno
- 8) Inglese in 21 giorni. Giacomo Navone, Massimo de Donno, Luca Lorenzoni
- 9) Fenomeno in 21 giorni. Giacomo Navone, Massimo de Donno, Luca Lorenzoni





Manutenzione predittiva in ambito homecare: l'esperienza dell'Azienda Sanitaria Toscana Nord Ovest



Stefano Bellucci e Ilenia Foti, Università di Pisa Scuola di Ingegneria
Cristina Laddaga, Dipartimento di Riabilitazione Azienda USL Toscana Nord Ovest

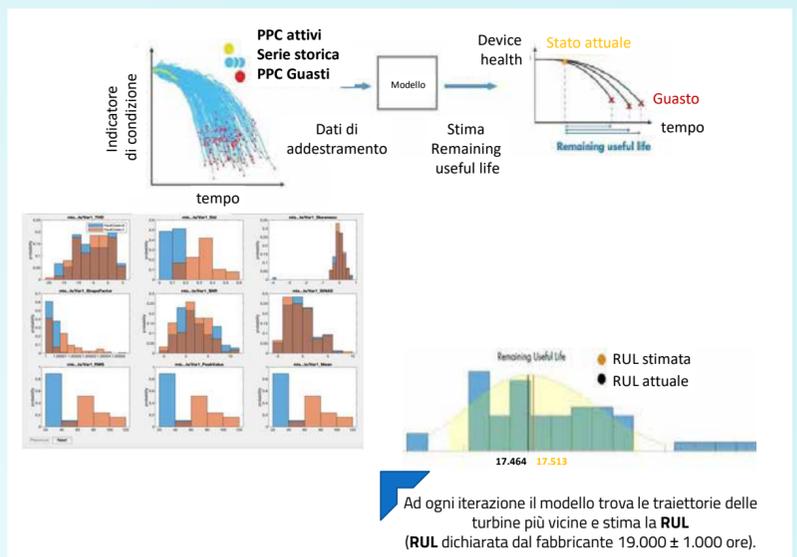
Introduzione

Uno dei pilastri del paradigma Industria 4.0 è la manutenzione predittiva (MP) che si adopera per rivelare in anticipo l'insorgenza di un guasto. La MP contribuisce a migliorare i tempi di fermo macchina, i costi e la qualità della produzione. Questo vale ancora di più per le tecnologie sanitarie mission critical. Il progetto, nato con la volontà di sviluppare una web app per osservare l'affidabilità delle apparecchiature a pressione positiva (CPAP e BIPAP) in ambito homecare, ha permesso di mettere a punto un modulo di MP per calcolare la Remaining Useful Life (RUL).



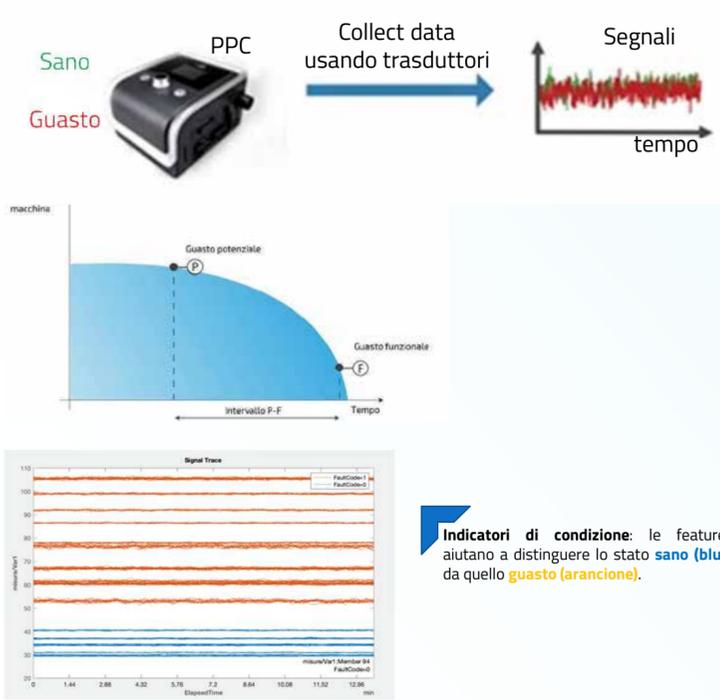
Risultati

L'applicazione Diagnostic Feature Explorer dell'ambiente Matlab ha consentito di visualizzare l'efficacia di più feature nel separare i dati provenienti da apparecchiature sane o guaste e tracciare istogrammi per apprezzarne la capacità di discriminazione. Le feature estratte sono state usate poi per addestrare i modelli ad apprendere. La RUL è stata ricavata tramite modelli di degradazione: stimando i parametri del modello di vita si ottiene la RUL. Il modello, addestrato attraverso i valori storici, descrive il comportamento su base probabilistica.



Materiali e metodi

Operativamente si ricorre a sensori collocati a bordo macchina per esaminare grandezze fisiche ad alto valore predittivo. Non si interviene fintanto che i parametri di usura non raggiungano il livello considerato critico: una volta superato, il modello di MP dice quando programmare una manutenzione nel futuro. La teoria fondamentale è rappresentata dalla curva P-F. Essa mostra l'evoluzione nel tempo di un tipo di guasto ed è definita dal punto P (guasto potenziale, ovvero il momento in cui il guasto produce alterazioni della condizione rilevabili attraverso il monitoraggio parametrico) e dal punto F (guasto funzionale, che accade quando l'attrezzatura non è più capace di svolgere la sua funzione a causa del guasto stesso). Lo studio ha preso in esame circa 3.000 interventi su apparecchiature in uso, occorsi tra il 1999 ed il 2020, permettendo di identificare 133 guasti causati da usura rilevabile ed evidente per l'utente domiciliare o caregiver. Considerando la segnalazione di guasto più ricorrente (turbina rumorosa), l'attenzione si è focalizzata su questa parte, usando l'emissione acustica come grandezza predittiva dopo aver verificato la sussistenza di una correlazione tra livelli di emissione acustica e degrado della turbina (della performance dell'apparecchiatura). Con un fonometro a bordo delle apparecchiature è stato raccolto un set di dati per confermare la correlazione tra livelli acustici e stato di sano o difettoso. Il passo successivo ha permesso di ridurli ad un insieme di feature utilizzabile come indicatore di condizione.



Conclusioni

I modelli ottenuti, sebbene ancora sperimentali, rappresentano un buon punto di partenza per mantenere device poiché contribuiscono ad innalzare l'affidabilità e la continuità di servizio a favore del principale beneficiario, il paziente in terapia domiciliare.

Bibliografia

- Foti G., Sangalli, F., Berra, L., Sironi, S., Cazzaniga, M., Rossi, G.P., et al. Is helmet CPAP first line pre-hospital treatment of presumed severe acute pulmonary edema? Intensive care medicine, vol. 35 num. 4, 656-662, april 2009.
- Kallio T, Kuisma M, Alaspää A, Rosenberg PH, The use of prehospital continuous positive airway pressure treatment in presumed acute severe pulmonary edema, Prehosp Emerg Care. 2003, Apr-Jun 7(2):209-13.
- Application of Predictive Maintenance in Hospital Heating, Ventilation and Air Conditioning Facilities, Gonzalo Sánchez-Barroso, Justo García Sanz-Calcedo, Emerging Science Journal, 1 October 2019, DOI:10.28991/esj-2019-01196.
- UNI EN 13306:2018, Manutenzione - Terminologia di manutenzione, 2018, Italia.





Market Sounding sulla Chirurgia Robotica: esperienza di procurement “value based”



Ing. Francesca Gavazzi, Ing. Marco Niccolai, Dott.ssa Donella Racheli, Ing. Elena Sladojevich
ESTAR – Ente di supporto Tecnico Amministrativo Regionale



Regione Toscana

Introduzione - Quando l’“Assessment” incontra il “Procurement”

Le procedure di gara “ordinarie”, come noto, comportano limitazioni progettuali che si coniugano male con le innovazioni, che per ovvie ragioni sono inizialmente dotate di pochi dati ed evidenze e comportano una limitazione della concorrenza: pertanto i percorsi ordinari non sempre permettono un’idonea valutazione di appropriatezza e di benefici clinici e assistenziali.

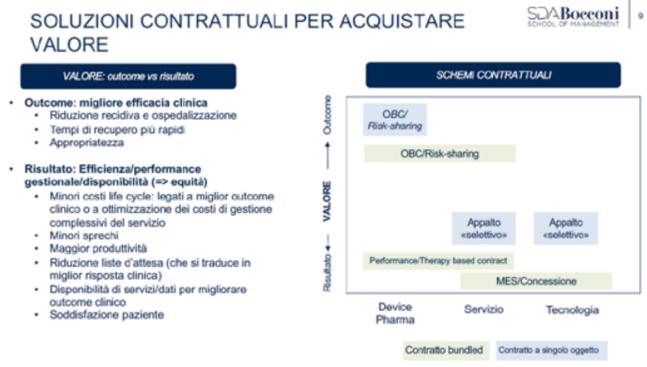
Obiettivo

Trovare un terreno condiviso su cui costruire gli elementi di valutazione del «valore» associato alla tecnologia che tenga conto dei vari punti di vista e di tutti gli stakeholders.

ESTAR avvia la procedura sperimentale del **MARKET SOUNDING** sulla **chirurgia robotica**.



Valutare innovazione sulla base degli outcome: cosa è il valore per noi nel caso della chirurgia robotica?



Organizzazione del lavoro

- Fase 1**
 - Raccolta esigenze cliniche
 - Incontro con i professionisti sanitari
- Fase 2**
 - Incontro con ditte specialistiche
 - Analisi dei dispositivi disponibili nel mercato
- Fase 3**
 - Collegio tecnico regionale
 - Predisposizione Progetto Tecnico di Gara

In ogni fase sono stati coinvolti attori diversi a seconda delle attività svolte e degli obiettivi delle singole attività.

Nella seconda fase sono stati coinvolti i fornitori e i professionisti sanitari in un evento formale, il «market sounding», per condividere i vari punti di vista e per individuare le potenziali innovazioni tecniche del settore.

Le informazioni raccolte durante il «market sounding» potranno essere utilizzate dal collegio tecnico regionale per la stesura del capitolato tecnico.

Conclusioni

- Con Determina ESTAR 569/2022 ha nominato il Collegio Tecnico Regionale per la “FORNITURA IN SERVICE DI SISTEMI ROBOTICI CON MATERIALE DEDICATO”
- In seguito all’evento di Market Sounding ESTAR 1227/2022 il Collegio Tecnico Regionale è stato integrato con i professionisti sanitari delle Aziende Sanitarie Territoriali.
- Predisposizione di una gara, che preveda prove cliniche e monitoraggio sull’uso, con l’obiettivo di confrontare gli effettivi benefici dei prodotti disponibili nel mercato.
- Possibilità di avviare un contratto di “risk sharing” con i fornitori, per gli aspetti innovativi emersi durante il market sounding, fino a quando non saranno confermati i benefici attesi.

Bibliografia

- HTA Report AGENAS – Chirurgia robotica - Marzo 2017
- D.G.R.T. n. 1038 del 11/12/2021
- D.G.R.T. n. 318 del 28/04/2008



L'importanza della Simulazione nel percorso di cura del pz pediatrico

Autori: L. Lelli¹, S. Quaglierini¹, L. Malatesti²
¹ AOU Meyer

² ASL Toscana Sud Est PO Arezzo

Abstract

L'Attività di preparazione e simulazione psico- educativa all'interno della Radiologia Pediatrica della Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer permette di conoscere e sperimentare anticipatamente tutti gli oggetti, ambienti e modalità dell'indagine medica a cui si dovrà sottoporre il bambino/a. *"Il diritto dei bambini/e di essere a conoscenza delle pratiche terapeutiche e diagnostiche alle quali verranno sottoposti non è tutelato"* (riferimento Carta dei diritti del bambino, del 20/11/89 dell'ONU). I bambini che vivono l'esperienza di un esame diagnostico spesso manifestano elevati livelli di ansia e paura causati dall'affrontare un'esperienza sconosciuta che chiederà loro di stare immobili, in una posizione poco confortevole e spesso per un lungo periodo di tempo. Curare l'aspetto **relazionale** anche attraverso la simulazione riduce la ripetizione di indagini radiologiche e l'impiego dell'anestesia diminuendo così lo stress dell'assistito e dei familiari oltre a garantire risultati diagnostici migliori (maggiore compliance, riduzione degli artefatti da movimento ecc.).

Introducing

OBIETTIVI

- Permettere ai bambini e alle bambine di conoscere preventivamente la procedura, l'ambiente e gli operatori per garantire la massima collaborazione durante l'indagine
- Permettere al **bambino** e ai **genitori** di potersi adattare all'ambiente ospedaliero, solitamente fonte di paura;
- Creare un percorso a misura di bambino nei casi in cui la capacità di collaborazione e la complessità del caso richieda un'attenzione maggiore.
- Ridurre il rischio relativo alle prestazioni diagnostiche: evitare la ripetizione di esami per scarsa collaborazione dell'assistito
- Formare in maniera continua il personale e migliorare il lavoro di squadra riducendo le criticità su eventi rari o routinari

METODI PERIODO PRE PANDEMIA

Realizzazione di Ambulatorio Simulazione RM/TC esami odontoiatrici.
 Realizzazione TEST Gioco/adattamento Formazione Personale



PERIODO POST PANDEMIA

Utilizzare l'esperienza acquisita per integrare lo strumento della Simulazione nel

- percorso di **accoglienza** e cura del bambino / bambino clinicamente complesso
- impiegare questo strumento nella formazione continua del personale.
- Mantenere l'ambulatorio della Simulazione RM/TC esami odontoiatrici.
- Utilizzo della **stampa 3d** per la simulazione di prototipi necessari alla pianificazione di interventi di Neurochirurgia e Ortopedia .
- Creare nuovi **progetti di ricerca** come App o giochi interattivi dove il bambino possa conoscere preventivamente la procedura

Results

Utilizzare la simulazione nella Formazione della radiologia della AOU Meyer è sostituito da un sofisticato manichino interattivo ad "alta fedeltà", in grado cioè di riprodurre le reazioni fisiologiche e vitali del paziente reale. Avere un manichino al posto di un paziente reale permette al gruppo di infermieri e medici e TSRM che affronta il caso clinico di intervenire in tutta sicurezza, senza rischi per il paziente, permette di testare nuovi percorsi e risolvere criticità non solo legate al paziente ma spesso anche all'**Ergonomia**

RISULTATI

Abbiamo creato un percorso a misura di bambino basato su **esperienza e formazione** nella gestione dei casi clinicamente più complessi. Abbiamo negli anni ridotto il numero di sedazioni, la ripetizione di esami diagnostici per scarsa collaborazione. Il nostro scopo come reparto è di portare sul territorio questo progetto diffondere la cultura la Professionalità e la Formazione delle Professioni Sanitarie in Ambito Pediatrico .



Conclusion

SVILUPPI FUTURI

- Simulazione ad alta fedeltà dei percorsi diagnostici complessi in ambito pediatrico per lo sviluppo di **modelli organizzativi** efficaci, efficienti e sicuri per la persona assistita: Valutazione del rischio e scelta delle tecniche e tecnologie più appropriate in relazione ai bisogni di salute della persona
- Promozione della **multidisciplinarietà** nei percorsi di cura e della cultura del cambiamento a supporto della rete pediatrica

Bibliografia sitografia:

Joosten M, de Blaauw I, Botden SM
Validated simulation models in pediatric surgery: A review. J Pediatr Surg. 2022 Jun 28;50(22):00435-3. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2022.06.015. Online ahead of print. PMID: 35871858 Review - Disponibile qui: [hOps://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871858](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871858)
 Czyżewski W, Jachimczyk J, Hoffman Z, Szymoniuk M, Litak J, Maciejewski M, Kura K, Rola R, Torres K
Low-Cost Cranioplasty-A Systematic Review of 3D Printing in Medicine. Materials (Basel). 2022 Jul 6;15(14):4731. doi: 10.3390/ma15144731. PMID: 35888198
 - Disponibile qui: [hOps://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35888198](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35888198)



Prevenzione e gestione orale dalla gravidanza alla prima infanzia nell'era tecnologica moderna



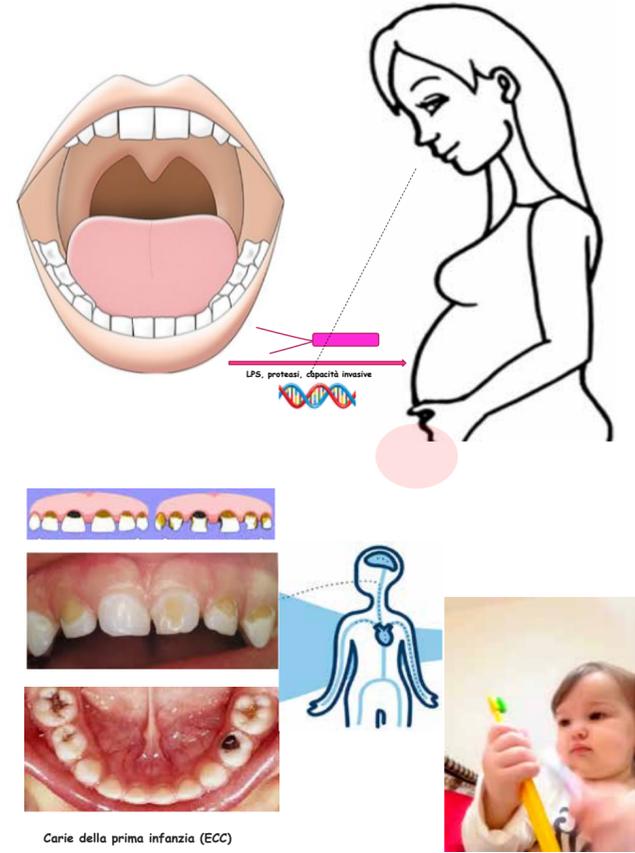
- 1) Giovanna Mosaico, Igienista dentale libera professionista
- 2) Antonia Sinesi, Igienista dentale libero professionista

Keyword: **fficina delle Idee**
Il cambiamento nasce dai professionisti

Introduzione

La **gravidanza** è un periodo unico e vulnerabile nella vita della donna con cambiamenti ormonali e metabolici che si riflettono in maniera significativa sul cavo orale, aumentando la **suscettibilità alla malattia parodontale e alla carie**, inoltre, la nausea e il vomito, favoriscono la demineralizzazione dello smalto dentale e limitano l'igiene orale. Gli studi suggeriscono che **una cattiva salute orale in gravidanza può portare a complicazioni perinatali, come basso peso alla nascita e parto pretermine, nonché scarsa salute orale nei nascituri**. Le gestanti con carie attiva trasmettono il maggior rischio di carie della prima infanzia (ECC) ai figli dopo la nascita. **L'ECC è un problema di salute pubblica globale, è la malattia cronica più comune al mondo che colpisce dal 5 al 94% dei bambini tra 1 e 5 anni.**

Molto spesso la salute orale durante la gravidanza viene trascurata, in particolare tra le donne di basso status socioeconomico. La pandemia da COVID-19 ha influenzato l'assistenza sanitaria in generale, comprese le cure prenatali e postnatali. In questo contesto la **telemedicina** ha offerto servizi per la salute e l'assistenza dei pazienti.



Carie della prima infanzia (ECC)

GRAVIDANZA E SALUTE ORALE		GRAVIDANZA E SALUTE ORALE	
<p>L'evidenza scientifica sottolinea l'importanza della salute orale durante la gravidanza per diversi motivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 I cambiamenti ormonali durante la gravidanza possono alterare in maniera esagerata le risposte immunitarie verso i batteri e provocare malattie gengivali/parodontali. Le gengive possono sanguinare più facilmente e i denti potrebbero andare incontro a mobilità. 2 L'acido da reflusso gastrico e il vomito frequente può causare l'erosione dello smalto dei denti. Spuntare frequenti con cibi e bevande zuccherate/acidiche possono aumentare il rischio di carie. 3 Ci sono prove crescenti che le parodontiti durante la gravidanza possono essere associate a parto di neonati pretermine e di basso peso alla nascita e pre-eclampsia. 4 I batteri implicati nella carie tra cui S. mutans, utilizzano gli zuccheri negli alimenti e nelle bevande per produrre acidi. Questi acidi, possono essere trasmessi al bambino dalla madre in due modi (sangue/latte) con carenza non trattata dopo la nascita. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavarsi i denti almeno 2 volte al giorno con uno spazzolino morbido e dentifrici al fluoro, utilizzare la lingua con spazzolino o con pastiglia di fluoro, prestare il fluoro topico e idratare la bocca vigorosamente con acqua corrente, successivamente ripulire sul davanti una piccola quantità di dentifricio senza risciacquare il cavo orale. 	<p>Consigli per la prevenzione orale in gravidanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitare cibi e bevande zuccherate, prediligere frutta verdura, latticini, cereali integrali, legumi e mandorle o noci. Se presenti le "voglia" è consigliabile associare cibi e bevande dolci nel pasto principale, evitando tra pasti. Curare le carie: se presenti è dall'assunzione generale per prevenire la trasmissione dei batteri al bambino dopo la nascita alle parodontiti favorisce la comparsa della carie della prima infanzia (ECC). Se presenti reflusso e vomito, per prevenire l'erosione dello smalto causata dai succhi gastrici di natura acida, sciacquare subito dopo aver vomitato la bocca con acqua tiepida con aceto e bicarbonato (1 cucchiaino di bicarbonato da sciogliere in un bicchiere d'acqua). 	<ul style="list-style-type: none"> Attendere almeno 30 minuti prima di spazzolare i denti con un dentifricio e un collutorio al fluoro. Se il fluoro salivare risulta molto medicare una gomma senza zucchero per stimolare la saliva.

Brochure: gestione orale e prevenzione in gravidanza

Risultati

I continui progressi nello sviluppo delle **tecnologie sanitarie** rendono disponibili nuovi strumenti che, se adeguatamente utilizzati e integrati, **possono migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria contenendo i costi**. La telemedicina può fornire qualsiasi servizio correlato alla salute creando una rete che consente agli operatori sanitari di comunità di lavorare insieme oltre i confini tradizionali per fornire assistenza e prevenzione alle donne in gravidanza e durante la prima infanzia.

Materiali e metodi

Il progetto **"Salute orale gravidanza e prima infanzia"** ha l'intento di avviare servizi di teleconsulenza medico-sanitaria con applicazioni dedicate alla salute orale e alla gestione del cavo orale della donna in gravidanza sviluppando percorsi perinatali preventivi volti a **prevenire la carie della prima infanzia nella fascia da 0 a 5 anni**, attraverso un'app per smartphone che consente all'igienista dentale di fornire protocolli preventivi con la possibilità di condivisione dei dati a livello multidisciplinare.



Bibliografia

1. Finlayson TL, Gupta A, Ramos-Gomez FJ. Prenatal Maternal Factors, Intergenerational Transmission of Disease, and Child Oral Health Outcomes. Dent Clin North Am. 2017 Jul;61(3):483-518.
2. Marsh PD, Do T, Beighton D, Devine DA. Influence of saliva on the oral microbiota. Periodontol 2000. 2016 Feb;70(1):80-92. doi: 10.1111/prd.12098. PMID: 2666248
3. Alazmah A. Early Childhood Caries: A Review. J Contemp Dent Pract. 2017 Aug 1;18(8):732-737.
4. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R, Midwives' oral health recommendations for pregnant women, infants and young children: results of a nationwide survey in Germany. BMC Oral Health. 2016 Mar 18;16:36.
5. Zork NM. Telehealth for the Management of Diabetes in Pregnancy. Curr Diab Rep. 2022

Conclusioni

La gravidanza e il postpartum sono i periodi ottimali per l'educazione sanitaria in quanto le donne sono attente al benessere dei loro neonati. L'assistenza prenatale e postnatale per la salute materna e neonatale è raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ma per risultare efficiente necessita di essere standardizzata, specialistica e di alta qualità.



Nuovi ruoli e nuove prospettive per il Servizio Sociale Professionale nella Sanità che cambia alla luce del PNRR: la realtà della Regione Toscana



Dott.ssa Erika Viligiardi
Assistente Sociale Specialista

Missione 5 e Missione 6 del PNRR

Le due missioni sono fortemente connesse tra loro e vanno a definire un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza socio-sanitaria territoriale, volto a definire modelli e standard di assistenza ai sensi della Legge n. 234/2021 sulla base dei LEPS negli ATS, per favorire l'integrazione tra ambiti sanitari, socio-sanitari e sociali.

Allo stesso tempo rafforzano la capacità di optare con un approccio vicino alla comunità, progettando per e con le persone.

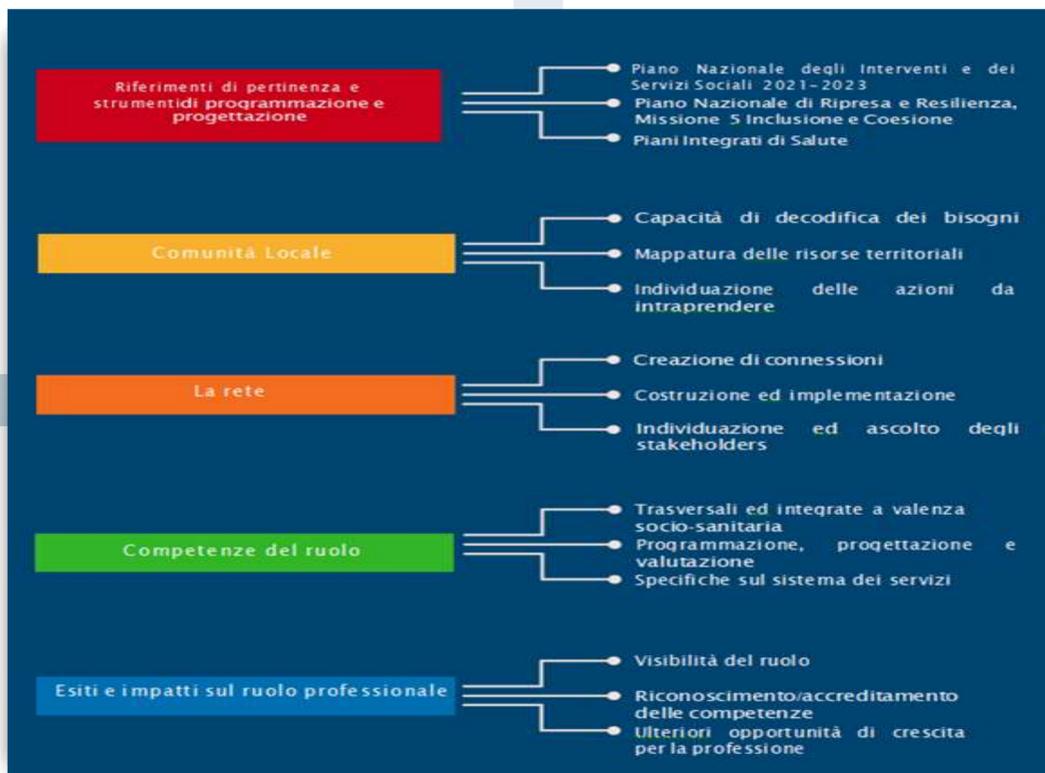
Le due missioni vanno a potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, attraverso un modello di erogazione di servizi condiviso ed omogeneo, in collaborazione tra le equipe multiprofessionali, pazienti e caregiver nell'ottica di promozione e di protezione della salute e garanzia dei diritti di cittadinanza sociale.

Diventa pertanto ancora più importante il ruolo del Servizio Sociale Professionale per la co-programmazione e per la co-progettazione all'interno di politiche multilivello in un'ottica di amministrazione condivisa e partecipata.

Le innovazioni:

il Progetto di Salute, il Modello di Stratificazione e l'Equipe Multiprofessionale

- Strumento di programmazione, gestione e verifica
- Associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard delle risposte cliniche socio-assistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione
- Il modello di stratificazione si basa sulle informazioni relativi ai bisogni clinici, assistenziali e sociali della persona per l'individuazione di interventi, appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute
- Il PdS si basa sulla valutazione costante del bisogno attraverso la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, con l'individuazione di una equipe multiprofessionale minima
- La Legge n. 234/2021 individua l'integrazione con i servizi sociali come cardine del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle Case di Comunità



- **Linee di attività previste**
- **Numero di progetti Individuati**
- **Risorse allocate**



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Attività	numero progetti	budget in €
1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	20	4.230.000
1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti	8	19.680.000
1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione	13	4.290.000
1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori	12	2.520.000
1.2 percorsi di autonomia persone con disabilità	42	30.030.000
1.3 povertà estrema. Housing first	20	14.200.000
1.3 povertà estrema. Centri servizi	20	21.800.000
TOTALE		96.750.000

PNRR – Missione 5 – Componente 2 – Sottocomponente “Servizi Sociali, disabilità e marginalità sociale nella Regione Toscana

- Avvio raccolta manifestazione di interesse: Gennaio 2022
- 7 linee di attività previste
- Avvio Progetti: Giugno 2022
- Conclusione Progetti: Primo Semestre 2026
- Linee programmate discusse nelle Conferenze dei Sindaci o in Conferenza Integrata per mettere in linea i finanziamenti previsti nelle Zone Distretto/Società della Salute
- Ottica di rafforzamento degli interventi di domiciliarità e rafforzamento delle progettualità di housing
- Possibilità di presentare progettualità sovra-zonali

Sviluppo della sanità territoriale nel SSN e regionale

- Sviluppo di strutture di comunità: le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria attraverso:
- Potenziamento delle cure domiciliari
- Integrazione tra assistenza sanitaria e sociale
- Valorizzazione della co-progettazione e co-programmazione con gli utenti con il coinvolgimento dei diversi attori locali (ASL, EE.LL., associazioni/organizzazione del Terzo Settore)



**SUPPORTO ALLA FRAGILITA' DEI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI
SOSTANZE: PROGETTO ABITARE FRAGILE**

Dott.ssa Fabrizia Giusti Responsabile Ser.D Zona Distretto Valdichiana Aretina Usl Toscana Sudest

Introduction

Nella società attuale i Servizi per le Dipendenze e i Servizi Psichiatrici si trovano ad affrontare una **problematica di natura socio-sanitaria** che in passato si manifestava , soprattutto nelle grandi città , come emergenza sociale sotto la forma dei "senza fissa dimora" in povertà , esperti della vita in strada e senza supporti socio-familiari. L'emergenza attuale differisce, almeno in parte, da quella precedente in quanto , seppure con numeri esigui, è presente anche in realtà provinciali e rurali ; spesso è conseguenza, non tanto di scelte di vita, quanto del venire meno dei supporti familiari per invecchiamento e morte dei genitori , del peggioramento organico e psichico per le conseguenze delle Dipendenze e delle Patologie Psichiatriche e della minore funzione supportiva del tessuto sociale .
A fronte di questa emergenza non ci sono risposte adeguate per un bisogno che è quello dell'abitare supportato con **livelli diversificati di intensità assistenziale**



Results

Abbiamo pensato che le risposte ai bisogni **B** dovessero essere cercate all'interno del Sistema Sanitario , prevedendo all'interno di RSA moduli specifici per utenti giovani ma molto compromessi mentre le risposte ai bisogni **C** cercate nella collaborazione con I Comuni per la messa in campo di soluzioni abitative anche temporanee di supporto.

Per quanto attiene ai bisogni **A** abbiamo pensato che dovesse essere co-costruito un **progetto con una forte integrazione socio-sanitaria** In questo caso infatti sono necessari interventi socio-riabilitativi ed educativi finalizzati alla cura della casa , a inserimenti occupazionali e alla gestione del tempo libero con attività ludico, creative e culturali .



Methodology

Abbiamo suddiviso I bisogni dei nostri pazienti a seconda del grado di assistenza che richiedessero rispetto all'abitare e abbiamo individuato tre tipologie

- A) **bisogni di assistenza media alta** per persone con patologie internistiche o psichiatriche senza evidenza di scompenso, spesso dopo l'uscita dalle Comunità e il superamento della Dipendenza ma non delle criticità residue
- B) **bisogni di assistenza alta** con patologie internistiche o psichiatriche gravi
- C) **bisogni abitativi temporanei** di persone autosufficienti con problematiche prevalentemente sociali



Conclusion

Abbiamo pensato ad un Progetto Zonale o Provinciale che prevedesse l'accoglienza abitativa di più persone supportata dalla presenza nelle 24 ore di un operatore addetto all'assistenza di base che monitora le attività quotidiane e la presenza contemporanea di 2 educatori per 8 ore ciascuno per promuovere attività ricreative, formative, occupazionali e di attività fisica da utilizzarsi anche per utenti inviati dai Servizi in un **Centro Diurno Integrato**.

Le risorse sociosanitarie da mettere in campo sono:

- Affitto e pagamento delle spese di una dimora con camere singole o a due , cucina , soggiorno , lavanderia , bagni. Potrebbe andare bene un albergo di medie dimensioni
- Costo di 1 operatore di base per 24 ore
- Costodi 2 educatori per 10 ore coordinati dagli educatori Ser.D e Psichiatria
- Passaggio da parte degli infermieri del territorio 1 ora mattina e 1 ora pomeriggio per le terapie
- Visite settimanali degli Specialisti dei Servizi



Acknowledgements

Piano Sanitario Sociale Integrato Regione Toscana 2018-2020 . Obiettivo 2 e Focus 3

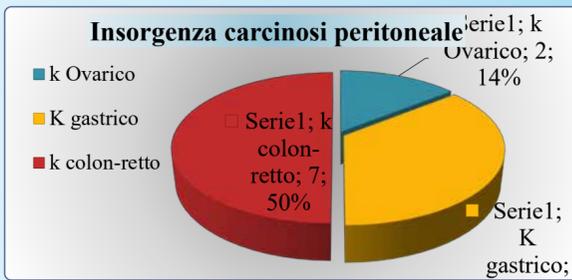


Il ruolo della riabilitazione precoce nel paziente sottoposto ad HIPEC

Dott.ssa Rita Monico, Dott. Flavio Feri, Fkt Elena Corti
Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" Perugia- Area Riabilitativa
Unipg-Corso di Laurea in Fisioterapia (studente)

Introduction

La citoriduzione chirurgica in ipertermia è una tecnica di chemioterapia intraoperatoria ad alta temperatura (41-42°) utilizzata nel trattamento delle carcinosi peritoneali (C.P.) da carcinoma dello stomaco, del colon-retto, dell'ovaio e dell'appendice ciecale. L'HIPEC permette l'uso di dosi più elevate di chemioterapico (oxiplatino, cisplatino e mitomicina) rispetto alla somministrazione endovenosa, ne garantisce una maggiore penetrazione e un maggior assorbimento, minimizzandone gli effetti collaterali. Gli svantaggi di tale procedura sono: necessità di ricovero per 24-36 ore in UTI, rischio di insufficienza renale, TVP ed embolia polmonare. La riabilitazione precoce del pz sottoposto ad HIPEC inizia nel reparto di terapia intensiva e prosegue in chirurgia ed ha l'obiettivo di ridurre le complicanze respiratorie post operatorie, favorire il recupero dell'autonomia nelle ADL e nel cammino migliorando la qualità di vita.

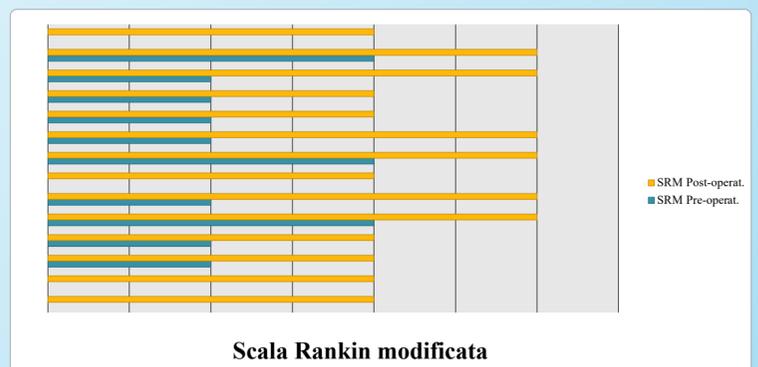
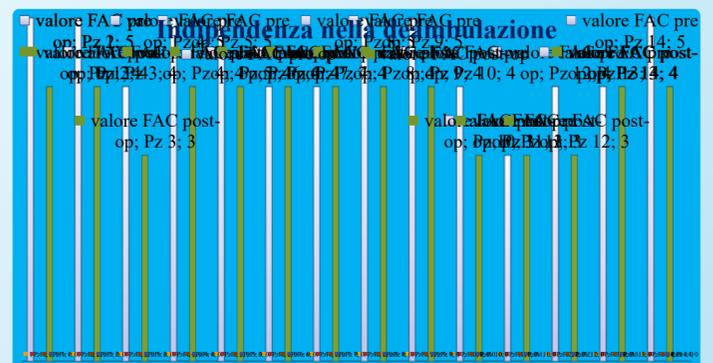
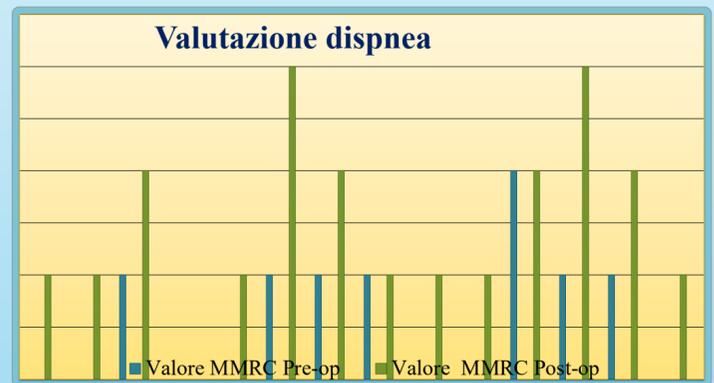


Methodology

Nel periodo Febbraio 2021 - Luglio 2022 sono stati trattati in Azienda Ospedaliera di Perugia n.14 pz con C.P. di cui n.2 pz secondaria a k ovarico, n.5 pz secondaria a k gastrico e n.7 pz secondaria k colon-retto, dell'età compresa tra 45-60 anni di cui 8 maschi e 6 femmine. I pz sono stati presi in carico nell'immediato post-weaning e sono stati trattati quotidianamente per 30' con programmi di riabilitazione respiratoria e motoria fino alla dimissione. Il programma riabilitativo comprendeva esercizi di breath control, tecniche di espansione toracica, esercizi di endurance time aass ed aaii, esercizi di disostruzione bronchiale, assistenza alla tosse, riaddestramento ai passaggi posturali ed alla deambulazione. I pz venivano posizionati seduti a bordo letto all'arrivo nel reparto di degenza ordinaria, eseguivano il passaggio in stazione eretta in IV° gpo e il riaddestramento al cammino il V° gpo. Gli outcome sono stati misurati attraverso la Scala di Rankin Modificata, la FAC per la deambulazione, la scala MMRC per la valutazione della dispnea sia nel pre che nel e post chirurgico

Results

I risultati mostrano che in dimissione i pz presentavano livelli di autonomia nei passaggi posturali e nella deambulazione quasi sovrapponibili a quelli pre-operatori e sensazione di dispnea lievemente aumentata senza necessità di supporto di ossigeno; le complicanze respiratorie post chirurgiche insorte erano versamenti pleurici di dimensioni minime che non necessitavano di drenaggio. A sei settimane dalla dimissione i pazienti rivalutati in follow up riferiscono una buona qualità di vita e un recupero completo della autonomia nelle ADL.



Acknowledgements

Rosa F, Galiandro F, Ricci R, Di Miceli D, Quero G, Fiorillo C, Cina C, Alfieri S. *Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) for colorectal peritoneal metastases: analysis of short- and long-term outcomes.* Langenbecks Arch Surg. 2021 Oct 18.

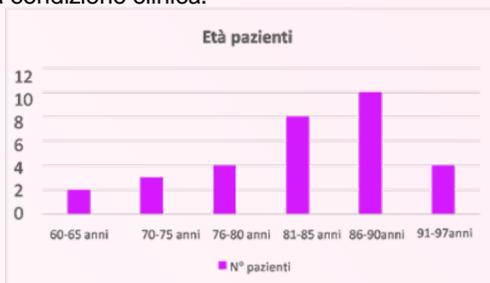


**Criticità nell'assistenza domiciliare al paziente con Morbo di Alzheimer:
analisi questionario somministrato ai caregiver**

Dott.ssa Rita Monico, Dott. Flavio Feri, Fkt Giorgia Sanasi
Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" Perugia- Area Riabilitativa
Unipg- Corso di Laurea in Fisioterapia (studente)

Introduction

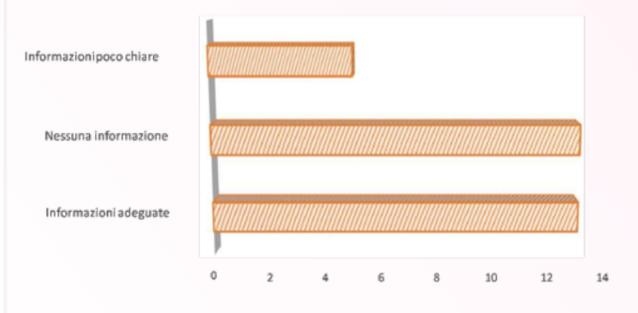
La demenza è una sindrome clinica caratterizzata da un grave processo di deterioramento, persistente e progressivo, delle facoltà cognitive. Compromette non solo la memoria, ma anche l'attenzione, il linguaggio, la prassia, la gnosis e le funzioni esecutive. Tale declino cognitivo non riguarda la vigilanza (che rimane integra), compare in soggetti con funzioni cognitive in precedenza integre, interferisce con la vita quotidiana e le relazioni sociali. Nel 2015 il numero di persone al mondo che convivevano con demenza era di 46,8 milioni. Secondo le stime dell'*Alzheimer's Disease International* (ADI), questa cifra è destinata quasi a raddoppiare ogni 20 anni raggiungendo 74,7 milioni di persone nel 2030 e 131,5 milioni nel 2050. L'obiettivo di questo studio è quello di individuare le criticità nella presa in carico del paziente con demenza a livello nazionale e di indagare le principali differenze tra le varie Regioni italiane nelle strategie adottate per gestire questa condizione clinica.



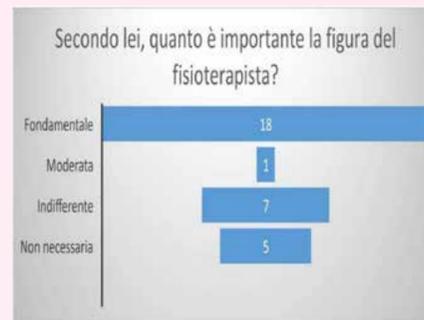
Methodology

E' stato realizzato un questionario di 26 domande suddivise in tre sezioni con dati relativi al paziente, al caregiver ed agli aspetti riabilitativo-assistenziali. I criteri di inclusione sono stati i seguenti: il paziente doveva avere diagnosi di demenza accertata, doveva vivere nel proprio domicilio, la compilazione del questionario era affidata al caregiver. In totale sono stati somministrati 31 questionari, di cui: 10 in Puglia presso l'Onlus Alzheimer Bari, 9 in Umbria presso il CDCD della S.C. Geriatria dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria della misericordia", 12 in Piemonte Presso Presidio Ospedaliero Riabilitativo Beata Vergine della Consolata (To).

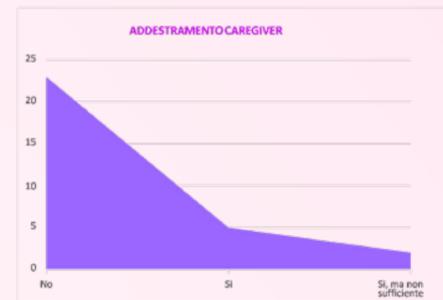
Percorso riabilitativo-assistenziale



Results



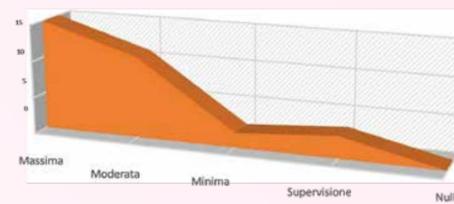
Dai risultati emerge che le informazioni relative al percorso riabilitativo-assistenziale sono risultate inadeguate, così come il ruolo del fisioterapista. La maggior parte dei pazienti non segue un percorso riabilitativo, e l'addestramento del caregiver è risultato inadeguato; i pazienti che hanno avuto necessità di ausili o adattamenti ambientali, ha incontrato difficoltà nel percorso della fornitura degli stessi.



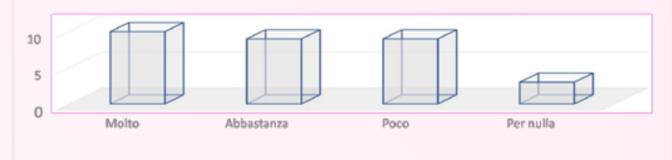
Conclusion

Il caregiver gestisce il paziente con assistenza moderata per circa 12-24 ore con importanti cambiamenti. Le differenze più sostanziali si riscontrano tra Nord e Sud Italia.

Livello assistenza necessaria al pz



La sua vita sociale e/o lavorativa ne ha risentito?



Acknowledgements

G. Livingston et al, *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*, The Lancet Commission, July 2020, 396: 413-46





RETE CLINICA INTEGRATA UMBRIA SUD PER LA CHIRURGIA DI MEDIA-BASSA COMPLESSITÀ



C. Nazzaro, A. De Sol, M. Tempobuono, M. Rizzo, M. Francucci, G. D. Tebala (A.O. S. Maria Terni)

INTRODUZIONE

Il Covid19 ha incrementato le liste d'attesa chirurgica. Il DGR 1006-02/11/2020 ha definito la rete chirurgica umbra attribuendo ai Dea di II livello l'attività chirurgica a complessità elevata in elezione e in emergenza/urgenza e la media bassa complessità alle case di cure e agli ospedali dell'USLUmbria2 Sospesa l'attività a medio/bassa complessità con la chiusura temporanea dell'Unità di Day Surgery multidisciplinare. L'ASL 2 mette a disposizione sale operatorie e reparto di degenza del P.O. di Narni per trattare in day surgery, pazienti dell'Azienda Ospedaliera. Tale modello non integrato però non garantisce gli outcome raggiunti dall'Unità di Day Surgery dell'A.O. di Terni. Il nuovo P.S.R. individua spazi dedicati a modelli organizzativi ad alta efficienza e basso utilizzo di risorse (Day/Week Surgery) negli ospedali periferici, la convenzione tra Università di Perugia e Regione e il Piano di Efficientamento del SSR legittimano tale progetto.

MATERIALI E METODI

Nell'A.O. di Terni è difficile avere risorse per l'attività di media-bassa complessità a causa della commistione di flussi tra urgenza/emergenza e programmata e tra percorsi Covid e Covid free. A Narni l'articolazione delle risorse umane e strutturali garantisce l'implementazione di una Day Week Surgery. L'Ufficio Controllo di Gestione ha misurato l'indice di trasferibilità dell'attività di media bassa complessità presso Narni estraendo i dati dal gestionale condiviso dalle due strutture, stratificando il campione in funzione della complessità, classe di priorità, tempo d'attesa e case mix. L'ufficio controllo di gestione ha individuato indicatori di processo specifici per il progetto. Sono stati definiti e condivisi con i professionisti PDTA partendo da linee guida validate e percorsi di "Tutela" a garanzia del processo anche in caso di complicità.

RISULTATI ATTESI

Implementazione di un modello organizzativo confacente alla normativa nazionale (Accordo Stato Regioni 2001) alle indicazioni delle Società Scientifiche (ACOI, SICADS, CUDS) secondo l'assistenza per intensità di cura. Sviluppo di tecniche chirurgiche, anestesologiche e di nursing per patologie eleggibili in Day-Week Surgery, per la chirurgia di parete, vascolare, colonproctologia e urologia. Abbattimento delle liste d'attesa della media-bassa complessità e recupero del procrastinato.



CONCLUSIONI

La realizzazione del progetto consentirebbe all'A.O. di Terni di ridefinire la propria mission investendo sull'alta complessità e identificerebbe l'ospedale di Narni come polo di eccellenza per la media-bassa complessità. Tutto ciò con miglioramento degli outcome, incremento della qualità percepita ed erogata, aumento della mobilità attiva regionale ed extraregionale grazie alla realizzazione di una rete clinica chirurgica d'eccellenza.

