

L'OSPEDALE

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

**POSTER
48° CONGRESSO
NAZIONALE
A.N.M.D.O**





GRUPPO

CONSOLI

CLEAN | FOOD | FACILITY



Gruppo Consoli. Metteteci alla prova!

Dal 1953 leader nella sanificazione,
ristorazione e assistenza socio sanitaria.



www.consoli.it

4 Poster 48° Congresso Nazionale A.N.M.D.O

62 ORIZZONTI



L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 76 - Numero 3 - luglio settembre 2023

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

EDICOM s.r.l.
Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)

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

Direttore responsabile: G. Serranò

Direttore editoriale: G. Finzi

Segretario scientifico: I.I. Mura

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

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

Abbonamenti

Italia annuo € 31,00

Europa

Paesi Extra Europei € 103,00

Copia € 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

Fotolito e stampa:

Aziende Grafiche Printing - Peschiera Borromeo (MI)

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

associato a:

ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA DI SETTORE



ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI DEL PERSONALE SANITARIO IN MATERIA DI IGIENE E PREVENZIONE.

Dr.ssa S. Bizzarri¹, Dr.ssa S. Rosati¹, Dott.ssa C. Peconi², Dott.ssa A. Lucesoli³, Dr.ssa E. Martini⁴

¹Medico in Formazione Specialistica, Dipartimento Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italia

²Dottoranda in Biomedical Sciences, facoltà di Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche

³Ingegnere Biomedico, SOO Igiene Ospedaliera - Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche

⁴Ortogente Medico SOO Igiene Ospedaliera - Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche

PAROLE CHIAVE

Igiene, Formazione, Prevenzione.

INTRODUZIONE

L'aderenza alle pratiche di infection control è una delle misure fondamentali per il contenimento del rischio infettivo e per la qualità dell'assistenza sanitaria. A tal proposito gli operatori sanitari hanno in media una buona conoscenza, acquisita durante il percorso di studi, che rischia però di affievolirsi se non rafforzata nel tempo. Inoltre, la limitata percezione del rischio influenza direttamente l'adesione dei professionisti alle misure raccomandate e può essere una delle cause di carenza nella loro adozione.

MATERIALI E METODI

Il progetto europeo HYGEIA (hygeiaproject.eu) nasce nel 2020 con una partnership di enti pubblici (Università Politecnica delle Marche per l'Italia; la Fundacion para la Formacion e investigacion sanitarias de la Region de Murcia per la Spagna; la Linkoping University per la Svezia), e di aziende private italiane, turche e svedesi attive nei campi di informatica e servizi per la sanità digitale.

Il progetto prevede la creazione di un videogioco a quiz, di un manuale per l'igiene personale e ambientale e di un questionario per valutare e analizzare le conoscenze del personale, con l'obiettivo di fornire strumenti per una formazione professionale aggiornata, affidabile e facilmente accessibile nei contesti socio-sanitari.

Nella tabella sono illustrati i risultati del questionario per il monitoraggio delle conoscenze del personale sulla prevenzione delle infezioni e l'analisi delle relative necessità formative.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Dai risultati del questionario somministrato agli operatori sanitari emerge che pur avendo avuto una formazione specifica sulle infezioni correlate all'assistenza, la necessità di aggiornamento è comunque molto sentita dato il rapido evolversi della situazione epidemiologica e la sempre maggiore attenzione posta al fenomeno anche dal punto di vista medico-legale.

Gli argomenti messi in evidenza dal questionario costituiranno la base di partenza per i programmi dei corsi di formazione/aggiornamento previsti nell'ambito delle attività di formazione continua del personale da parte del Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere.

Il progetto HYGEIA giocherà un ruolo importante per il miglioramento della consapevolezza e delle conoscenze degli operatori sanitari e non sanitari nei paesi coinvolti, attraverso strumenti semplici da utilizzare, tarati per i vari profili e, nel caso del videogioco, anche divertenti da utilizzare.

Tabella riassuntiva			
Conoscenze specifiche	molto buone %	buone %	scarse %
Precauzioni standard	22	63	15
Igiene delle mani	62	36	2
DP	67	43	10
Dispositivi medici/Prodotti sanitari	47	45	8
Gestione di taglienti/pungenti	39	45	16
Tecniche di disinfezione e sterilizzazione degli strumenti	20	46	34
Agenti che causano infezione	20	52	29
Modalità di infezione	25	59	16
Suscettibilità dell'ospite	17	52	32
Serbatoi	13	49	38
Misure di sterilizzazione e disinfezione	18	47	35
Misure preventive	26	54	20
Formazione	Si	No	non so - non ricordo
Intenzione a voler partecipare a corsi di formazione su igiene e misure preventive	89	11	
Ha partecipato a corsi di formazione sull'igiene in passato	67	21	11
Interessi formativi			
Igiene e misure preventive e protettive			34
Come mantenere l'igiene e applicare le misure di igiene e prevenzione in spazi comuni o situazioni di gruppo			18
Misure preventive e protettive quando si assiste un paziente			22
Buone pratiche e suggerimenti			26



L'ERRORE MEDICO DA DIFETTI DI COMUNICAZIONE IN AREA CRITICA



Papa M.¹³, Ciaburro S.¹, Pescane G.¹, Cucurullo P.², Rea T.³, Carbone C.³, Capuano A.³, Vozzella E.⁴, Longanella W.⁴, Lanzetta R.⁵, Mansi L.⁶, Fiore B.⁷, Schiavone B.⁸, Riganti C.⁹, Matarazzo G.¹, Zamparelli E.¹, D'Onofrio G.¹⁰, Pecci F.¹, Barbarino A.⁹, Manzi C.¹¹, Vittorioso L.¹², Corvino M.¹⁴, Verdoliva C.¹⁵, Zamparelli B.¹ SIRiC¹, Direzione medica Clinica Center, Napoli¹, Ordine delle Professioni Infermieristiche, Napoli¹, Direzione sanitaria AOU Ruggi, Salerno⁴, Direzione sanitaria AO Moscato, Avellino⁹, CIRPS Centro Interuniversitario di Ricerca per lo Sviluppo Sostenibile⁶, Dip.Sc. Soc. Univ. Federico II di Napoli⁷, Direzione medica Pineta Grande Hospital, Castel Volturno (CE)⁸, Direzione medica Policlinico Federico II di Napoli⁹, Direzione sanitaria AO Cardarelli, Napoli¹⁰, Direzione sanitaria AO Caserta¹¹, Direzione medica PO San Giovanni Bosco, Napoli¹², UOC Programmazione e Pianificazione ASL Napoli 1 Centro,¹³ Direzione Sanitaria ASL NA 1 Centro,¹⁴ Direzione generale ASL NA 1 Centro¹⁵

INTRODUZIONE: DONALDSON,OMS: "il 50% degli errori medici è collegato a difetti della comunicazione"



BIBLIOGRAFIA
 Steiner A, et coll. "Changes in Medical Errors after implementation of a Handoff Program", New Engl. Med.J. 2015
 Hansmann AF, Günther Jostir: Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation - Evidenzbasierte Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der medizinischen Praxis. GMS / Med Educ. 2017;
 Street L, Manor K, Arora N. "Assessing Patient-Centered Communication in Cancer care: Measures for Surveillance of Communication Outcomes." J Oncol Pract. 2016
 -Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disservizi sanitari - relazione di fine legislatura. Gennaio 2013
 -John Overreist, "Quali interventi sono efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti? Una revisione della ricerca sulle prove d'efficacia". KAROLINSKA INSTITUTET 2008
 -Iacono. Associazione Internazionale per le Scienze della Comunicazione e la Medicina. "The golden bridge: communication and patient safety". Firenze 2015.

CONTENUTI

Vengono esaminati i vari aspetti della comunicazione in ambiente ospedaliero: "medico-paziente", le comunicazioni "difficili", la comunicazione tra professionisti sanitari, la comunicazione scritta.

<p>La comunicazione medico - paziente</p> <p>Le informazioni ricevute e fornite, così come quelle comprese non sono sempre sufficienti, dobbiamo assicurarci che lo siano.</p>		<p>La comunicazione istituzionale</p>
<p>Le aggressioni in corsia</p> <p>Il linguaggio del corpo: saper riconoscere le condotte sentinella</p>		<p>La comunicazione scritta</p>

La comunicazione tra professionisti sanitari in ospedale: Le quattro criticità

<p>La complessità</p> <p>il paziente con pluripatologie</p>	<p>IL VALZER DELLE CONSULENZE</p>	<p>LA SOLITUDINE DEL CONSULENTE</p>
--	--	--

Il passaggio delle consegne (Handover)

<p>S SITUATION B BACKGROUND A ASSESSMENT R RECOMMENDATION</p>	<p>SITUATION and STATUS</p> <p>BACKGROUND and HISTORY</p> <p>ASSESSMENT and ACTION</p> <p>RESPONSIBILITY and RISK MANAGEMENT</p>	<p>HANDOVER APP</p>	<p>CONCLUSIONI: viene promossa l'adozione di modelli comunicativi in grado di migliorare la qualità della comunicazione "medico-paziente" e tra professionisti sanitari e di tecnologie e strumenti informatici utili a ridurre errori connessi a difetti di comunicazione scritta e verbale.</p>
---	--	----------------------------	--

Use S.B.A.R. to improve Communication



Istituti Clinici
Zucchi
Ospedale San Raffaele



48° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
QUALE OSPEDALE PER IL FUTURO DELL'OSPEDALE: DA SEMPRE FULCRO
DELL'INNOVAZIONE.



UniSR
Università Vita Salute
San Raffaele

Alla ricerca dell'appropriatezza: un percorso riabilitativo ambulatoriale ad alta complessità

Carpinelli L.¹, Lume A.², De la Rosa M.J.³, Corbetta P.³, Signorelli C.⁴

¹Direttore Sanitario, Istituti Clinici Zucchi di Monza;

²Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva, Università Vita Salute San Raffaele;

³Medico Fisiatra, Istituti Clinici Zucchi di Monza;

⁴Professore Ordinario in Igiene e Medicina preventiva.

Parole Chiave: Rehabilitation, Macroattività ambulatoriale ad alta complessità, Patient satisfaction

INTRODUZIONE

Seguendo i principi dell'appropriatezza clinica ed organizzativa nel 2022 gli Istituti Clinici Zucchi di Monza hanno introdotto nell'ambito della Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) un percorso riabilitativo per pazienti sottoposti a intervento di protesi di anca o ginocchio. Dopo una breve degenza nel reparto di Riabilitazione, i pazienti hanno continuato il loro programma riabilitativo ambulatorialmente in un ambiente protetto, con il coinvolgimento di diversi professionisti, diminuendo il periodo di ricovero da 3 a 1 settimana.

CONTENUTI

I pazienti arruolati in questo percorso hanno ottenuto un recupero completo della funzionalità con ottima gestione del dolore. Non si sono registrate cadute durante l'attività riabilitativa a livello MAC in confronto a 4 cadute registrate in reparto di riabilitazione nello stesso periodo. Si sono ridotti al minimo gli adempimenti amministrativi a carico del paziente oltre a garantire un servizio di trasporto senza costi aggiuntivi. La valutazione della soddisfazione del paziente è stata misurata attraverso il questionario validato PTOPS-I (Physical therapy Outpatient satisfaction survey-Versione Italiana) composto da 32 domande relative a 4 domini (Inaccessibility, Depersonalization, Ambiente, Cost) a cui abbiamo aggiunto 3 domande sul servizio di trasporto. È stato somministrato a 27 pazienti afferenti al percorso riabilitativo MAC. L'87% delle risposte sono state positive, mentre solo il 2% sono state negative. Riguardo alle domande riferite al rapporto col fisioterapista e la struttura, il tasso di risposte positive è stato maggiore del 90% come il tasso di gradimento sul servizio di trasporto con il 99% di risposte positive. Dal punto di vista gestionale si è verificata una riduzione della degenza ospedaliera media (**14,96 giorni** nel 2022 vs **20,95 giorni** nel 2019), un aumento dell'output chirurgico del 30% (**1104 protesi** nel 2022 vs **780** nel 2019) ed una riduzione del costo medio di produzione (il percorso MAC di 4 settimane di trattamento, pari a **28,5 ore** di fisioterapia, costa in media **1738,73€** vs il costo medio di **2495,43€** per **18 ore** di trattamento in 3 settimane di degenza).



CONCLUSIONI

L'implementazione di questo percorso ha consentito di raggiungere gli obiettivi prefissati sia in termini di appropriatezza clinica che organizzativa, oltre al conseguimento di un alto livello di soddisfazione.



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo



Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

L'Admission Room nella gestione del boarding in PS: modello strategico nella criticità nazionale

Cutti S.¹, Ambrosio A.G.¹, Crescenzi G.¹, Di Sabatino A.¹, Gentile L.^{1,2}, Girardi D.², Matena C.¹, Miceli E.¹, Muzzi A.¹, Novelli V.¹, Odone A.², Perlini S.^{1,2}, Rettani M.¹

¹ Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia; ² Università degli Studi di Pavia

INTRODUZIONE

Regione Lombardia con DGR 6893/2022 ha approvato un documento tecnico per l'ottimizzazione del flusso dei pazienti che accedono in PS. Tra gli strumenti previsti, viene indicata l'adozione di una Admission Room (AR), utile a separare i pazienti "in uscita" dal PS verso l'Unità Operativa (UO) di destinazione, rispetto a chi deve completare l'iter di valutazione oppure essere dimesso.

Con l'obiettivo di attuare il modello organizzativo sperimentale di AR, l'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia ha riorganizzato la presa in carico dei pazienti in attesa di essere ricoverati.

CONTENUTI

Pazienti in carico al medico internista gestiti in collaborazione con gli specialisti di area medica: nefrologi, reumatologi, infettivologi, pneumologi e cardiologi. Regole di gestione dell'AR:

- valutazione pro-attiva due volte al giorno da parte degli specialisti di riferimento;
- permanenza in AR per un massimo di 24-36 ore;
- nella 2° fase vincolo sulla fascia oraria di ricovero (8.00-19.00).

1° FASE dal 09/11/2022

- presa in carico anticipata presso i locali del PS;
- 10 postazioni gestite da medici internisti;
- riduzione del numero di pazienti in boarding in carico al PS: su 23 presenti in media, solo 13 in carico al PS;
- tempi di boarding non risultano modificati, i pazienti non sono ricoverati, ma in attesa di ricovero fino al trasferimento presso l'UO di afferenza;
- il tempo massimo di boarding in media raggiunge le 85 ore.

2° FASE dal 21/12/22

- area di degenza con 16 posti letto;
- saturazione elevata, numero medio di nuovi ingressi giornalieri pari a circa un terzo dei letti (5,6);
- 567 pazienti transitati fino al 31/03/2023 di cui 139 dimessi direttamente dall'AR. Il volume di ricoveri urgenti non transitati dall'AR è pari a 3259;
- i pazienti risultano a tutti gli effetti ricoverati, con impatto sui tempi di boarding e sul sovraffollamento del PS;
- il tempo massimo di boarding in media è 50 ore;
- degenza mediana e media pre-trasferimento (vedi grafico).



CONCLUSIONI

Il modello è risultato efficiente e utile per separare i percorsi dei pazienti, riducendo la pressione sul PS. La seconda fase del progetto ha consentito di realizzare un reparto ad elevata performance con intervallo di turnover di circa un giorno e tasso di saturazione superiore al 90%. La degenza media inferiore ai due giorni e l'indice di rotazione di circa 11-12 ricoveri per posto letto nell'arco di ogni singolo mese, hanno consentito di garantire un numero di posti letto maggiormente adeguato alle necessità di ricovero da PS. Il maggiore indice di successo è rappresentato dalla riduzione del tempo massimo di boarding passato da 80 a 50 ore complessivamente e a 30 ore per i ricoveri in AR.

48° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



FORMAZIONE SUL CAMPO: l'esperienza della Direzione Medica del P.O. Di Venere ASL BARI

Guerra R.*, Mangieri A°, Fino L.A.°, Annoscia I.**, Ardito M.***, Dotti P.***, Lupelli F.***, Marangelli A.***, Montrone G.***, Triggiani A.***, Fortunato V.****

- * Dirigente Medico UOC Direzione Medica – PO Di Venere – ASL BA
- ** Coordinatore Infermieristico – UOC Direzione Medica – PO Di Venere – ASL BA
- *** CPS Infermiere - UOC Direzione Medica – PO Di Venere – ASL BA
- **** Direttore Tf. - UOC Direzione Medica – PO Di Venere – ASL BA
- ° Medico in Formazione Specialistica – Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

INTRODUZIONE

La formazione è strumento fondamentale e strategico per la preparazione degli operatori e per il miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei Servizi Sanitari.

Il D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.ll.mm. definiscono la formazione del personale del S.S.N. elemento irrinunciabile per garantire la qualità di erogazione delle prestazioni sanitarie in favore dell'utenza vista l'ampia domanda di salute, la crescente complessità assistenziale e le innovazioni organizzative e sociali che richiede ai professionisti competenze e tecniche elevate, capacità di interpretazione, di relazione e di adattamento a funzioni e ruoli nuovi.

CONTENUTI

L'Ospedale di Venere della ASL BA nell'ambito del piano formativo aziendale (PAF) 2023 ha previsto per il personale della Direzione Medica, attività di "formazione sul campo" per le attività igienico sanitarie e di gestione del rischio clinico su specifiche tematiche tese a valorizzare e accrescere il patrimonio professionale degli operatori, a motivarli e a migliorare le tecniche lavorative in relazione all'utilizzo di nuove metodologie e tecnologie al fine di assicurare l'operatività dei servizi migliorandone qualità ed efficienza.

Lo studio degli argomenti ha previsto quattro fasi sequenziali:

1. analisi dei bisogni formativi in relazione alle necessità organizzative ed alle professionalità interessate;
2. pianificazione e programmazione delle attività con la definizione degli obiettivi e del percorso logico dei contenuti;
3. attuazione concreta delle attività formative;
4. valutazione dei risultati della formazione e ricaduta nell'attività quotidiana.

Sono stati previsti pertanto sei eventi accreditati con i seguenti argomenti:

- Cartella Clinica
- Radioprotezione
- Legionella
- ICA
- PEIMAF
- Notifica malattie infettive ai sensi del D.M. 15/12/1990

Gli indicatori considerati sono stati:

- La partecipazione di personale medico ed infermieristico
- Questionario di verifica finale
- Acquisizione di crediti formativi

Le attività, svolte durante le ore di servizio sono realizzate all'interno del Presidio e destinate a tutto il personale della Direzione Medica, coinvolgendo l'operatore in attività di ricerca e gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza e delle procedure sanitarie ovvero di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni.

CONCLUSIONI

La formazione continua rappresenta un momento fondamentale di crescita e un elemento strategico per il cambiamento, la riprogettazione degli assetti organizzativi, la definizione di percorsi di valorizzazione e promozione del personale sanitario. Rappresenta uno strumento necessario per l'erogazione di prestazioni sanitarie in linea con le conoscenze scientifiche e tecnologiche, i più elevati standard di qualità assistenziali nell'interesse del paziente e della collettività. L'obiettivo è diffondere innovazione del lavoro, mettendo in atto approcci, metodologie e interrelazioni che incidono positivamente sul percorso di cura.

Il personale della Direzione Medica ha accolto con interesse ed entusiasmo questo percorso formativo mostrando l'importante bisogno di formazione del sistema.

Le aziende sanitarie potrebbero fare della formazione sul campo uno strumento efficace, considerando le problematiche lavorative come opportunità, e riconoscendo nell'azione professionale un elevato valore formativo, esito del confronto con i colleghi, con sé stessi, con l'organizzazione e con la letteratura scientifica.

Parole chiave: formazione, operatori sanitari, PAF

QUALE OSPEDALE PER IL FUTURO DELL'OSPEDALE: DA SEMPRE FULCRO DELL'INNOVAZIONE

NAPOLI, 17-18-19 MAGGIO 2023



ASL Bari

PugliaSalute



4 ANNI DI ATTIVITÀ LUDICA GUIDATA *FAMILY CENTERED CARE*: TENUTA NEL TEMPO E SVILUPPO NELLO SPAZIO

Incasa L.¹, Spezia E.², Bergonzini P.², Iughetti L.³, Colelli A.⁴, Garzia A. R.⁵, Callegaro A.⁶, Nicastro O. A.⁷

1. Borsista Terapista Occupazionale Struttura Complessa di Pediatria Policlinico, AOU Modena;
2. Pediatria Neurologica, Struttura Complessa di Pediatria Policlinico, AOU Modena;
3. Direttore Struttura Complessa di Pediatria e Dipartimento Materno Infantile Policlinico, AOU Modena;
4. Direzione Professioni Sanitarie, AOU Modena;
5. Direttore Professioni Sanitarie AOU Modena;
6. Direzione Sanitaria AOU Modena;
7. Direttore Sanitario AOU Modena.

Parole chiave: Pediatria, Attività, Setting

Introduzione

Riconoscendo l'importanza del garantire al bambino con disabilità, con la sua famiglia, un percorso di cura che abbia tra i suoi riferimenti la *qualità della vita*, si è ritenuto di proseguire con la proposta di un'Attività ludica guidata di Terapia Occupazionale, già precedentemente verificata, nella sua utilità, *prima e durante* la pandemia da Covid-19. Questo, con la finalità di *continuare* a sostenere la "propositività" del bambino e il suo *equilibrio* funzionale durante la sua presa in carico ambulatoriale-ospedaliera.

Contenuti

La continuità nel tempo dell'Attività proposta, da considerarsi anche in termini di "tenuta" rispetto all'evento pandemico da Covid-19, ha riguardato poi, post-pandemia, uno sviluppo dell'Attività stessa nello spazio (dal setting ambulatoriale-ospedaliero all'aggiunta di uno spazio di prossimità a completamento).

Ciò, è stato pensato riconoscendo l'importanza, per il *benessere* del bambino, di una continuità della Attività proposta, anche in termini spaziali: tra l'Ospedale (ambulatorio) e un ambiente prossimo all'Ospedale, simile all'ambiente casa.

La realizzabilità di questa continuità spaziale è stata possibile grazie alla disponibilità di uno spazio ludico offerto dalla "Casa di Fausta", struttura adiacente al Policlinico che, a supporto della Pediatria, offre regolarmente ospitalità ai bambini e alle loro famiglie, provenienti dal territorio nazionale e dall'estero, che afferiscono all'Ospedale per il loro percorso di cura.

Il setting ludico di prossimità è stato così predisposto per l'attuazione di cicli di Attività personalizzata; considerati, ad oggi, per 15 bambini con epilessia (sintomatica o idiopatica) e in monitoraggio EEG, in condizioni cliniche stabili, di età 4-12 anni seguiti dall'Ambulatorio di Neuropediatria.

Tenendo presente la *versatilità* ed *essenzialità utile* del materiale di gioco scelto e delle costanti per l'Attività (l'uso del tablet come strumento di gioco, la presenza del genitore durante le sedute e l'utilizzo complementare della *modalità da remoto*).

Le proposte di gioco poi, quando possibile, sono state abbinate ad obiettivi di autonomia, significativi per la vita quotidiana del bambino e sostenibili anche dalla famiglia in termini di riproducibilità a casa.

Conclusioni

Questa *tenuta nel tempo e sviluppo nello spazio*, dell'Attività ludica guidata di Terapia Occupazionale così attuata, testimonia l'attenzione e la cura (*care*), mantenuta e rinnovata, verso quell'*unità complessa* rappresentata dal bambino con la sua famiglia.

Con la finalità di favorire la crescita del bambino attraverso un'Attività cooperativa (Tomasello) che, considerando la "giusta sfida" (Ayres) per *quel* bambino, e inserendosi adeguatamente nel tempo del suo percorso di cura ospedaliero-ambulatoriale e rispetto alla sua "storia naturale" (Ferrari), valorizzi i punti di forza del bambino (Bandura) e sappia sostenerlo nella *partecipazione* (Ceccarelli e Blundo), con le sue strategie funzionali, spendibili anche nella sua azione quotidiana a casa.



Bibliografia

- Ferrari A., Cioni G., *Le forme spastiche della Paralisi Cerebrale Infantile* (2005);
 Tomasello M., *Dalle lucertole all'uomo. Storia naturale dell'azione* (2023);
 Bandura A., *The role of imitation in personality development* (1963);
 Ayres A. J., *Il bambino e l'integrazione sensoriale* (2005);
 Ceccarelli M., Blundo C., *Il contributo della neurobiologia alla costruzione di un modello biopsicosociale della mente* (2008).



INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, ONERI PROBATORI: "CHECKLIST OPERATIVA" UN METODO DI PREVENZIONE?

Autori: V.M.B. Abbasciano¹, M. Benevento², R. Dario³, F. Mele⁴, N. Signorile⁵, D. Rizzi⁶, C. Navazio⁷, E. Valente⁸, A. Daleno¹, L. Melpignano⁹.



¹ DMPO "Giovanni XXIII" Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari, ² Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Bari Aldo Moro, ³ Scuola di specializzazione in Medicina Legale - Università degli Studi di Bari Aldo Moro, ⁴ Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari, ⁵ U.O.C. Medicina Legale, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari

Key words: Infezioni correlate all'assistenza, oneri probatori

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza sono state oggetto negli ultimi anni di grande attenzione e controllo a causa di un trend epidemiologico in crescita con un importante impatto in termini di morbilità e mortalità, con un aumento considerevole dei costi per il sistema sanitario anche, in particolar modo in questo ultimo periodo, correlato all'aumento delle richieste risarcitorie.

La sentenza n. 6386 del 3 marzo 2023 dalla Terza Sessione della Corte di Cassazione è intervenuta delineando in maniera chiara con un elenco puntuale quali siano gli oneri probatori e gli oneri soggettivi in carico alla struttura sanitaria, descrivendo un quadro specifico di responsabilità suddivise tra dirigente apicale, Direttore di struttura, Direttore Medico di Presidio e Direttore Sanitario.



CONTENUTI

La sentenza n. 6386/2023, della Corte di Cassazione, illustra gli obblighi di prova in capo alle Aziende Sanitarie, per neutralizzare le richieste risarcitorie, individuando una puntuale "Checklist -operativa" costituita da:

- a) L'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;
- b) L'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;
- c) L'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami;
- d) Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;
- e) Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;
- f) La qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;
- g) L'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica;
- h) L'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;
- i) Le procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e le profilassi vaccinali;
- j) L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;
- k) La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;
- l) La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti a comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella;
- m) L'indicazione dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

L'individuazione chiara del decalogo operativo da parte della Corte Suprema, che è al vertice della giurisdizione ordinaria, obbliga la struttura sanitaria ad uniformarsi e/o a rivalutare la documentazione con un team di esperti direttamente o indirettamente coinvolti nella prevenzione del rischio quali: igienista, microbiologo, medico del lavoro, infettivologo, clinical risk manager, epidemiologo, sollecitando così alla verifica dello "stato di attuazione" della "Checklist-operativa" ed alle azioni di miglioramento volte al soddisfacimento dei requisiti richiesti.

CONCLUSIONI

Edotti dell'autorevolezza della fonte (Corte di Cassazione) e consapevoli che secondo un ragionamento clinico e non meramente legislativo, non esiste il "metodo" o il "modo giusto" per eludere in modo definitivo le Infezioni correlate all'assistenza, in quanto sussiste un rischio incompressibile di contrarre un'infezione correlata all'assistenza; sarebbe opportuno pensare ad un sistema di "safety del paziente" che includa: 1) piano scritto con indicazione dei piani di sorveglianza, metodo e tempi; 2) costanza e rigore nella sorveglianza; 3) azioni che dimostrino l'applicazione delle procedure preventive; 4) risorse adeguate alle sorveglianza quali epidemiologi; 5) valido supporto informatico; ai fini di un'azione di miglioramento della sicurezza del paziente e di risposta ai requisiti richiesti della sentenza 6386/2023.



LA CARTELLA CLINICA: UNO STRUMENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Amicosante R. ¹, Cimino E. ¹, Golini R. ¹, Proia A.S. ², Galassi F. ¹, Micolucci G. ³, Lepore A.R. ², Gentile F. ¹, Muselli M. ⁴, Necozone S. ², Fabiani L. ³

¹Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi dell'Aquila;
² Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva – Università La Sapienza Roma;
³Dirigente medico, direzione sanitaria P.O. "San Salvatore" L'Aquila - ASL 1 Abruzzo;
⁴ Ricercatore universitario - Università degli Studi dell'Aquila;
⁵ Professore ordinario- Università degli Studi dell'Aquila.

Parole chiave: cartella clinica, rischio clinico

INTRODUZIONE

La cartella clinica rappresenta la parte principale della documentazione sanitaria all'interno delle strutture ospedaliere, la cui redazione risponde a due specifiche esigenze: sanitaria in quanto rappresenta una raccolta organica e funzionale di notizie riguardanti il paziente e giuridica, in quanto costituisce un atto pubblico di fede privilegiata. Il presente lavoro rappresenta uno studio preliminare di un progetto più ampio che si sta svolgendo presso il Presidio Ospedaliero "S. Salvatore" di L'Aquila che riguarda la valutazione della qualità delle cartelle cliniche mediante uno strumento standardizzato, con l'obiettivo di rilevare eventuali criticità, finalizzata a eventuali azioni correttive.

CONTENUTI

Sono state selezionate il 10% di tutte le cartelle cliniche del 2021 comprensive dei ricoveri ordinari, day hospital e day surgery. La selezione è stata fatta in modo casuale. Abbiamo deciso di svolgere uno studio preliminare sui dati attualmente a disposizione, considerando le prime 700 cartelle analizzate. Sono stati analizzati per ogni cartella clinica 18 items, tra cui la scheda cadute, la scheda privacy e il consenso all'intervento/procedura invasiva. Ogni item è stato valutato in base a cinque criteri di giudizio:

- 0 completo
- 1 non previsto
- 2 non presente
- 3 non completo
- 4 non leggibile
- 5 non firmato

Su 700 cartelle, 72 erano day hospital, 485 ricoveri ordinari e 143 day surgery.

Per quanto riguarda la scheda cadute, il 26,8% risultava completa, nell' 2,9% non prevista, nell' 60% non presente, nell' 9,5 % non completa e nell'0,8% non risultava firmata.

Per quanto riguarda la scheda privacy, il 64% risultava completa, il 34,7% non presente e 1,3% non firmata.

Il consenso all'intervento/procedura invasiva su 398 cartelle in cui era previsto un intervento chirurgico, risultava completo in 89,9% cartelle, non presente nell' 2,8% e nell' 7,3% non firmato.

STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA - ANNO 2021

NUMERO NODOLOGICO	USCITA DIAGNOSTICA				
	COMPLETA	NON PREVISTA	NON PRESENTE	NON COMPLETA	NON FIRMATA
DECOMPOSIZIONE PROPRIO DI PROTEZIONE DEL RIZIENZO					
DIAGNOSI					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
SCHEDE DI TRASCRIZIONE					
DIAGNOSI ANGIOSIANGORICA					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL TITO					
OGGI OPERAZIO					
OGGI DEL PRATO					
OGGI DEL					

Innovazione nella logistica ospedaliera del farmaco: strumento di efficientamento e potenziamento delle risorse.

M.C.Azzolina¹, C.Carcieri², C.Marengo², A.Gasco³, M.G.Dall'Acqua⁴, V. Bordino⁵, A.Vitale⁶

1. Direttore Sanitario A.O. Ordine Mauriziano di Torino

2. Dirigente Farmacista, SC Farmacia Ospedaliera, A.O. Ordine Mauriziano di Torino

3. Direttore, SC Farmacia Ospedaliera, A.O. Ordine Mauriziano di Torino

4. Direttore Generale A.O. Ordine Mauriziano di Torino

5. Dirigente Medico – In Formazione Specialistica, SC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, A.O. Ordine Mauriziano di Torino

6. Dirigente Medico, SC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, A.O. Ordine Mauriziano di Torino

Parole chiave: automazione logistica, innovazione tecnologica, efficienza organizzativa



INTRODUZIONE

La carenza di operatori sanitari è un problema che sta crescendo e la World Health Organization (WHO) prevede un deficit di 10 milioni di operatori sanitari entro il 2030 [1]. La mancanza di organico e carichi di lavoro eccessivi sono fattori che influenzano negativamente la sicurezza dei pazienti [2-5]. L'innovazione tecnologica può aiutare a sviluppare una nuova cultura professionale in grado di rispondere alle sfide della salute, ma richiede una valutazione adeguata per garantire la sicurezza e l'efficienza dei servizi offerti ai pazienti.

CONTENUTI

La Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino ha coordinato una sperimentazione di una tecnologia innovativa di automazione della logistica del farmaco, l'Automated Pharmacy Warehouse (APW), come prima esperienza insourcing su territorio regionale, per valutarne l'efficacia in termini organizzativi ed economici. L'analisi dell'implementazione tecnologica è stata sottoposta al comitato HTA Aziendale e Regionale per garantire una valutazione appropriata.

La sperimentazione ha coinvolto la SC Farmacia Ospedaliera dell'A.O. Ordine Mauriziano, che ha aderito al progetto LIFEMED (Logistica Integrata del Farmaco e dei Dispositivi Medici) nel 2019. Un Gruppo di Progetto multidisciplinare, composto da sei differenti aree di competenza, ha collaborato nella progettazione e nel monitoraggio di 19 indicatori specifici. Le analisi sono state condotte in collaborazione con ingegneri logistici del Politecnico di Torino e pubblicate come tesi di laurea [6]. Il software gestionale del sistema robotico (GPI) è stato informaticamente integrato con il software aziendale (Babele) per le elaborazioni.

I risultati della sperimentazione sono stati molteplici. Il tempo medio di allestimento di ciascun basket di approvvigionamento per i reparti è stato ridotto da 35 a 9,5 minuti. Il tempo per la generazione delle proposte d'ordine è stato ridotto da 1-2 giorni a un'operazione just-in-time. Gli errori di referenza dispensate sono stati azzerati e il numero di operatori coinvolti nel processo è stato ridotto di 6 unità, con conseguente riallocazione di un valore pari a 277.116€/anno. Inoltre, l'automazione ha migliorato la qualità dell'ambiente di lavoro, permettendo al personale di dedicarsi ad attività a "valore aggiunto". Gli operatori di magazzino sono stati riallocati a supporto dei farmacisti clinici operanti nei reparti per la gestione degli armadi di reparto e le attività bed-side del farmacista clinico sono state potenziate a beneficio di clinici, infermieri e pazienti.

Nella sperimentazione condotta la capienza robotica consentiva la gestione di circa il 70% delle referenze necessarie per il presidio ospedaliero. Inoltre, il sistema richiede una costante manutenzione e verifica della calibrazione del robot.

CONCLUSIONI

L'implementazione del sistema APW ha permesso di ottenere importanti miglioramenti in termini di efficienza, sicurezza e sostenibilità del processo logistico del farmaco presso l'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino. La riduzione del tempo medio di allestimento dei basket di approvvigionamento, la riduzione dei ritardi nelle consegne dei farmaci ai reparti e la riduzione del numero di operatori coinvolti nel processo sono solo alcuni dei risultati ottenuti.

Tuttavia, l'implementazione di un sistema simile richiede un investimento iniziale significativo e una costante manutenzione del robot. Inoltre, è necessario tener conto della variabilità della curva di apprendimento degli operatori e della resistenza al cambiamento, fattori che potrebbero limitare l'attuazione trasversale dell'innovazione sperimentata.

In generale, l'innovazione tecnologica può rappresentare un'opportunità per migliorare l'organizzazione e la qualità dei servizi sanitari, ma richiede un'attenta valutazione di appropriatezza e un piano di implementazione mirato e ben strutturato.

Bibliografia

- [1] https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab_1
- [2] Ministero della Salute. Risk Management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica Rischio Clinico. 2004. Allegato 5.
- [3] Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari. Roma, 2006, pag. 49.
- [4] Watkins J. et al. "The Effect of health and social care spending constraints on mortality in England: a time trend analysis". *BMJ open*. 2017.
- [5] Daniel S. Towfi, Joshua Profile, Timothy L. Mergenthaler et al. "Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors". *Mayo Clinic Proceedings*. 2018.
- [6] <http://orobaccois.biblio.polito.it/id/eprint/21027>

PROGETTO REGIONALE SPERIMENTALE PER IL RECUPERO DELLA MOBILITA' PASSIVA IN CARDIOCHIRURGIA: L'ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Bardini F , Venditti A , Sommella L

Direzione Sanitaria Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

INTRODUZIONE

La mobilità sanitaria passiva identifica le prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza: in termini di performance esprime il cosiddetto "indice di fuga" e in termini economici identifica i debiti di ciascuna regione. Al 2020 il Lazio rappresentava la Regione con maggiore indice di fuga (13,8% del totale). Per le sole prestazioni di cardiocirurgia, la mobilità passiva regionale ha subito un incremento dell'8% dal 2011 al 2019: è per arginare tale fenomeno, che la regione ha avviato nel 2021 il "Progetto sperimentale quadriennale (2021-2024) di recupero della mobilità passiva in Cardiocirurgia" approvato definitivamente il 24 giugno 2022. Il piano prevede un budget aggiuntivo annuale di 6,85 mln€ da distribuirsi equamente tra le tre strutture private accreditate facenti parte della rete di emergenza cardiocirurgica regionale e rivolto esclusivamente alla remunerazione del volume aggiuntivo di attività riferite ai primi tre DRG chirurgici ad alta complessità (104,105 e 548) su cui si concentra la maggior quota di mobilità passiva al 2019, erogati ai residenti nel Lazio.

CONTENUTI

Per la definizione dei target annuali da assegnare ad ogni struttura, si è fatto riferimento all'anno, compreso nel periodo 2018-2020, in cui è avvenuto il maggior numero di ricoveri di pazienti laziali per singolo DRG 104,105 e 548. Le regole di remunerazione prevedono che alle singole strutture venga riconosciuto: il 60% del budget aggiuntivo qualora non raggiungano i target fissati per ognuno dei tre DRG, l'80% del budget aggiuntivo qualora raggiungano i target fissati per singolo DRG, mentre il 100% del budget aggiuntivo verrà riconosciuto qualora il saldo di mobilità regionale migliori di 2,28 mln€ nel 2022, di 4,56 mln€ nel 2023 e di 6,85 mln€ nel 2024 rispetto al VdP dei DRG di Cardiocirurgia dell'anno 2019 (baseline). Negli anni 2017-2019 la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico (FPUCBM) è stata l'azienda regionale di diritto privato con il maggior incremento di produzione relativamente alle prestazioni di cardiocirurgia (CAGR +24%).

CONCLUSIONI

Il coordinamento del progetto, in fase di programmazione ed esecuzione, su base settimanale, ha visto coinvolti: la Direzione Sanitaria, la UOC di Cardiocirurgia (relativamente alle procedure "open" realizzate in sala operatoria) e la UOS di Emodinamica (per le procedure di cardiologia interventistica strutturale). Se durante il 2021, complice la coda della pandemia da Sars Cov2, non è stato possibile raggiungere nessuno dei target assegnati, nel 2022 l'obiettivo è stato ampiamente superato per il solo DRG 104 (+23% rispetto al target e +37% rispetto al 2021). Relativamente alla distribuzione % per UO dimittente, è interessante notare il riequilibrio avvenuto tra 2021 e 2022 per DRG 104 tra procedure open eseguite in sala operatoria e procedure endovascolari eseguite in emodinamica.

Tabella 1. Volumi di dimessi target, volumi raggiunti a consuntivo per singolo DRG e distribuzione % per UO di dimissione; anni 2021/2022

DRG	2021					2022					
	Target	CNS	% CCH	% EMO	Δ% target	Target	CNS	% CCH	% EMO	Δ% target	Δ% 2021
104											
<i>interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco</i>	206	185	70%	30%	-10%	206	254	51%	49%	23%	37%
105											
<i>interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco</i>	142	91	96%	4%	-36%	142	96	100%	0%	-32%	5%
548											
<i>bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore</i>	150	101	100%	0%	-33%	150	73	100%	0%	-51%	-28%

Piano Direttorio Presidio Ospedaliero «E. Agnelli» Pinerolo – ASL To3, Piemonte

Autori: M. Bergalla¹, I. Vigna², D. Minniti³, G. Scialoi^{1,4}, F. Bert^{1,5}, R. Siliquini¹

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

² Direttore Medico di Presidio di Pinerolo, ASL To3

³ Direttore Sanitario, ASL To3

⁴ Dirigente Medico S.C. Pianificazione Strategica, ASL To3

⁵ Direttore SSDU Igiene Ospedaliere e Governo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, ASL To3



Parole Chiave: Ospedale di Pinerolo, Edilizia sanitaria, Riqualficazione

Introduzione:

Il Piano Direttorio è lo strumento di sintesi delle strategie di indirizzo progettuale e definisce le linee di sviluppo di una organizzazione in rapporto agli obiettivi. Il Presidio Ospedaliero «E. Agnelli» di Pinerolo è stato oggetto negli anni di vari interventi di riorganizzazione, riqualficazione, umanizzazione, ampliamento e ristrutturazione generale, ma sono ancora necessari diversi lavori per la sua completezza. L'ultimo Piano Direttorio risale all'anno 2007 e prendeva in considerazione tutto il PO mentre l'aggiornamento dell'anno 2023 prende in esame le aree del presidio che non sono state ancora oggetto di interventi precedenti. L'obiettivo dell'elaborato è quello di presentare i punti cardine di questo progetto di rinnovamento della struttura.



Fig. 1: Presidio Ospedaliero di Pinerolo

Contenuti:

Il PO di Pinerolo è dotato di Specialità ad ampia diffusione territoriale e di un DEA di 1° livello.

Il Piano Direttorio dell'anno 2023 prevede le seguenti azioni:

COMPLETAMENTO CORPO G

Primo piano: realizzazione dei locali per il Servizio di Anatomia Patologica e per il Servizio Immuno-trasfusionale e annesso Centro Donatori
Secondo piano: realizzazione dei locali per la Direzione Medica di Presidio e servizi generali di supporto

PRONTO SOCCORSO E RIANIMAZIONE CORPO A

Costruzione di un nuovo corpo di fabbrica di dimensioni più ampie in sostituzione dell'attuale per la Rianimazione
Ampliamento dei locali del Pronto Soccorso, dell'OBI e della Medicina d'Urgenza con ristrutturazione e riqualficazione degli stessi

PIANO RIALZATO CORPO D2-D3-D4

Realizzazione degli Ambulatori di Cardiologia
Ristrutturazione del Poliambulatorio di Area Chirurgica

PIANO RIALZATO CORPO D1

Realizzazione degli Ambulatori di Endoscopia Digestiva con i vari servizi (sale endoscopia, locali di servizio, ecc.)
Ristrutturazione degli Ambulatori di Nefrologia

PIANO RIALZATO CORPO D5

Realizzazione della nuova Area di Accettazione Ambulatoriale e Ricoveri

PIANO QUARTO CORPO D1-D5

Ristrutturazione e riqualficazione dei locali da destinare a Servizi Generali di Presidio non dedicati all'utenza (spogliatoi, uffici, servizio farmaceutico, ecc.)

TETTO CORPO E

Realizzazione di nuova copertura impermeabile del tetto con installazione di impianto fotovoltaico

SEMINTERRATO CORPO D-E-G

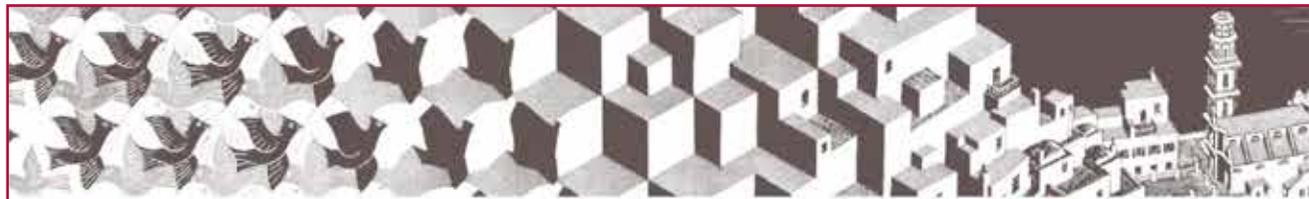
Ristrutturazione e ridistribuzione dei locali seminterrati di deposito e attività di supporto (lavanderia, magazzino farmaceutico, ingegneria clinica, spogliatoi, ecc.)

Fig. 2: Planimetria Presidio Ospedaliero di Pinerolo



Conclusioni:

Il Piano Direttorio presentato ha tenuto conto delle modifiche strutturali già eseguite nel corso del tempo, cercando di correggere le criticità attualmente presenti. Per ottimizzare i tempi di realizzazione delle opere si dovrà valutare la possibilità di effettuare contemporaneamente gli interventi previsti. Permangono tuttavia alcuni limiti non superabili dovuti alla natura stessa della struttura, costituita da più corpi di fabbrica realizzati in tempi successivi e sottoposti negli anni a diversi interventi di riorganizzazione e riqualficazione. Lo scopo rimane però quello di cercare di realizzare una struttura quanto più efficace ed efficiente, al fine di garantire elevati livelli di qualità delle cure per i pazienti che ad essa afferiscono.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Direzioni Ospedaliere

GRUPPO MULTIDISCIPLINARE ALLA REGIA DEI PERCORSI DI RICOVERO PER INTENSITÀ DI CURA

Dott.ssa Aura Brighenti¹, Dott.ssa Annalisa Prati², Dott. Francesco Savelli³, Dott.ssa Vittoria Bevilacqua⁴, Dott. Pierpaolo Casalini⁵, Dott.ssa Federica Sfogliareri⁶,
Dott.ssa Alessandra Biagi⁷, Dott.ssa Maria Giulia Conficconi⁸, Dott. Davide Tellarini⁹

¹ U.O.C. Direzione Medica Ospedale degli Infermi di Faenza
² U.O.C. Pronto Soccorso e Medicina D'Urgenza Ospedale degli Infermi di Faenza
³ U.O.C. Medicina Interna Ospedale degli Infermi di Faenza
⁴ U.O.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale degli Infermi di Faenza
⁵ Direzione Infermieristica Ravenna, Servizio Bed Management Ospedale degli Infermi di Faenza

Introduzione

Nell'ambito di un piano di aggiornamento dell'assetto del Presidio Ospedaliero di Faenza (DEA I Livello) secondo il principio dell'intensità di cura, è emersa la necessità di alimentare e diffondere, parallelamente alla riorganizzazione logistica e assistenziale delle nuove piattaforme di ricovero, una cultura che superi le prospettive delle discipline di appartenenza, fra i professionisti che più di altri intervengono nella regia dei percorsi di ricovero, in particolare per i setting a medio-alta intensità.

Contenuti

E' noto che il confronto fra professionisti nell'ambito di gruppi multidisciplinari sia un'ottima occasione di apprendimento mediato dalla discussione fra i partecipanti e dall'ascolto reciproco (Nisbet et al., 2015), migliora la collaborazione tra i professionisti e migliora gli outcome di salute dei pazienti (Bell et al., 2016).

In previsione dell'imminente allestimento logistico e funzionale delle piattaforme di ricovero secondo un principio d'intensità di cura, la Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale degli Infermi di Faenza, con la collaborazione dei Direttori di Unità Operativa e i Referenti Infermieristici Dipartimentali, ha individuato un gruppo di professionisti dirigenti medici e operatori del comparto afferenti alle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, Pronto Soccorso e Medicina D'Urgenza, e Medicina Interna, facendo particolare riferimento a coloro che hanno incarichi di responsabilità di Struttura Semplice o Alta Specialità per la dirigenza e ruoli di case manager o coordinamento per il comparto. Al gruppo partecipano come invitati permanenti un operatore del servizio di Bed Management e il medico di Direzione Medica svolgendo il ruolo di moderatore. Si è dunque proceduto a presentare nel corso di un primo incontro a cui sono stati invitati anche i Direttori di Unità Operativa, gli obiettivi e la metodologia adottata. A partire dal successivo, prima dell'incontro il moderatore invita i professionisti a proporre massimo due casi clinici che sono stati oggetto di controversia fra operatori dei reparti diversi che saranno oggetto di discussione da parte del gruppo. Il numero degli incontri è stabilito a priori e fatto salvo peculiari criticità dei casi specifici, solo al termine dello svolgimento di tutti gli incontri in calendario, il moderatore guiderà il gruppo nell'identificazione di possibili aree di intervento e quindi azioni di miglioramento.

Conclusione

Sebbene si tratti di un impegno ulteriore che si chiede ai professionisti, sia in termini organizzativi che di tempo la proposta di lavoro è stata accolta molto positivamente. Una prospettiva auspicabile al termine di questa prima fase è quella di estendere la metodologia sia a un livello di confronto di Unità Operativa, fino a un livello di Presidio. In entrambi i casi saranno i clinici coinvolti in questa prima fase a svolgere il ruolo di moderatori.

Parole chiave: competenze e qualità manageriali, formazione





Studio dei Germi Sentinella per macroaree nell' Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

P. Buonvino¹, A. Pastori¹, L. Polidoro¹, E. Tornari¹, S. Tardivo²

¹Medico in formazione specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

²Direttore Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Verona

Introduzione

I Microrganismi Sentinella (MS), rilevanti sotto il profilo epidemiologico, rappresentano una categoria di germi in grado di diffondersi rapidamente. Il loro isolamento e la loro diffusione sia in strutture nosocomiali, sia in strutture extra ospedaliere, sono coadiuvati da un elevato uso di antibiotici (con conseguenti multiple resistenze) e dall'aumentato impiego, in particolare in reparti come le Terapie Intensive o i centri trapianti, di presidi invasivi su pazienti considerati ad alto rischio, soprattutto se già colonizzati o infetti. È obiettivo dell'azienda diminuire il rischio di epidemie, adottando misure di prevenzione e di controllo attraverso l'identificazione e la segnalazione delle fonti e dei meccanismi di trasmissione. Nella lista dei germi sentinella sono compresi germi di rilievo epidemiologico e *Multidrug-Resistant Organism* (MDRO) correlati ad elevata mortalità (*Acinetobacter baumannii* MDR, Enterobatteri produttori di Carbapenemasi-CPE) per i quali sono possibili azioni di controllo efficaci.

Contenuti

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUIVR) si suddivide nelle sedi di Borgo Roma e Borgo Trento. Da una prima analisi dei dati del 2022, il totale complessivo dei ricoveri è stato di 57373, di cui 22962 in area medica, 19087 in area chirurgica, 1716 in area intensiva e 13608 in area materno-infantile. Nel corso del 2022 sono state raccolte 3615 segnalazioni di MS, di cui 1988 provenienti dall'area medica, 870 dall'area chirurgica, 639 dall'area intensiva e 118 dall'area materno-infantile. Correlando i dati, risultano colonizzati da MS l'8,6% dei pazienti in area medica, il 4,4% in area chirurgica, il 37,2% in area intensiva e lo 0,8% in area materno-infantile. Di questi, il 74,7% dei pazienti in area medica risulta solo colonizzato, così come l'83,1% in area chirurgica, il 64,4% in area intensiva e il 75,4% in area materno-infantile, i restanti pazienti avevano caratteristiche ascrivibili ad Infezioni correlate all'Assistenza (ICA).

Conclusioni

L'AOUI VR garantisce un sistema di controllo e prevenzione attraverso il Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) che, collaborando con il Gruppo di infezioni ospedaliere (G.I.O.) e la DMO attua un programma aziendale per la sorveglianza verificandone l'efficienza e l'efficacia e favorendo nuovi modelli organizzativi. Tutti i cluster microbiologici vanno sottoposti a valutazione da parte del C.I.O. ex DGR n. 1912/2018 che garantisce il supporto in tutte le fasi decisionali di sviluppo o modifica di attività correlate ad un potenziale rischio infettivo.

Il monitoraggio dei MS rappresenta quindi, uno dei principali strumenti volto alla prevenzione e al contenimento di possibili epidemie perché spesso la colonizzazione è il primo segnale per un successivo sviluppo d'infezione.



Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata
Verona



Clinical Governance nel Percorso Chirurgico: il progetto sperimentale di AOUI Verona

¹L.F. Carpagno, ²M. Dalle Carbonare, ³C. Carluccio, ⁴S. Priolo, ⁵S. Tarfivo, ⁶G. De Manzoni, ⁷V. Rado, ⁸C. M. Bravi, ⁹M. Carlucci
¹Direzione sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ²Dipartimento di Diagnostica e Sanità pubblica, Università degli Studi di Verona
³Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ⁴Chirurgia Generale e dell'Esofago e Stomaco, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ⁵Direzione Amministrativa, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ⁶Direzione generale, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Parole chiave : Clinical Governance, Innovazione digitale, Percorso chirurgico

Introduzione

Sicurezza delle cure e gestione del rischio, diritto costituzionale (art. 32 Costituzione). La chirurgia è una delle attività più complesse dal punto di vista organizzativo svolte all'interno degli ospedali, genera il maggior numero di eventi avversi evitabili rappresentando l'attività potenzialmente a maggior rischio per il paziente ed è pertanto fortemente correlata al tema della sicurezza. Inoltre, il costante aumento di innovazioni tecnologiche disponibili, il complesso insieme di risorse umane che ruota intorno al percorso peri-operatorio, le condizioni cliniche del paziente in condizioni di emergenza-urgenza, oltre ad elezione urgente e/o programmabile, rendono necessario l'efficientamento dell'intero percorso chirurgico. AOUIVR ha così avviato nel 2022 un processo di Clinical Governance applicato al percorso chirurgico aziendale.

Contenuti

Il governo del processo chirurgico è elemento strategico per AOUIVR, la quale dispone di 45 SO interdisciplinari che costituiscono riferimento a livello regionale, nazionale ed europeo. È mission aziendale garantire il più elevato livello di risposta alla domanda di salute ottimizzando le risorse disponibili, affinando tecniche scientifiche e didattiche innovative e integrando professionalità, qualità, sicurezza, innovazione, tecnica, ricerca e formazione al fine di migliorare l'outcome clinico. AOUIVR ha avviato un percorso di efficientamento organizzativo che verte su due elementi fondanti: ottimizzazione dei processi e sicurezza delle cure nelle SO. È stato redatto un documento strategico che, non solo anticipa e recepisce le Linee guida regionali marzo 2023, ma suggella le indicazioni strategiche organizzative sul percorso chirurgico e le azioni intraprese in tema di Process Mining, sicurezza e gestione del rischio e indicatori di monitoraggio relativamente al percorso peri-operatorio. AOUIVR con tale progetto: traccia la strategia sanitaria di riorganizzazione del percorso chirurgico; individua elementi essenziali quali attività, ruoli, tempi, responsabilità, elementi di rischio e strumenti di lavoro per garantire il corretto funzionamento del percorso; implementa un sistema sperimentale innovativo di monitoraggio continuo della sicurezza e gestione del rischio in SO utile a verificare l'aderenza alle procedure operative da parte degli operatori sanitari e a porre in essere azioni correttive tempestive. Priorità di AOUIVR è un'organizzazione che permetta di efficientare qualità e sicurezza. Azioni proattive intraprese: progetto SAVE, Digital Surveillance, Documento strategico percorso chirurgico, progetto R-IGI-BO e doodle informatico che supera il concetto di checklist. Risultati: riduzione dei consumi di antibiotici fino al 30%; riduzione di consumo farmaci, degenza media, infezioni da MDR e Clostridium. Trend in decremento di ISC dal 15.3% nel 2019 al 7.8% nel 2022.

Conclusioni

AOUIVR, in coerenza con PNCAR, Linee guida sul percorso chirurgico, PNGLA, applica la Clinical Governance al percorso di miglioramento delle SO con una trasversalità e integrazione di elementi basati sulla digitalizzazione dei dati. Ottimizzazione di processi e di risorse, Process Mining, strategia organizzativa, gestione liste di attesa, Digital Surveillance, AMS, ricerca, gestione del rischio, monitoraggio continuo aderenza alle procedure di sicurezza, prevenzione ICA-AMR, formazione, sono tutti gli ingredienti essenziali della sperimentazione organizzativa.



ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E BED MANAGEMENT PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DI UN OSPEDALE SPOKE



Cautero P.¹, Scarpis E.², Grassi D.², Fabris F.², Forte A.², Guerra A.², Pellizzari M.², Rossi A.², Strizzolo L.², Giuliani C.²

¹Università degli Studi di Udine, Udine

²Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine

INTRODUZIONE

A causa della sempre maggiore carenza di organico e di un bisogno di salute in costante aumento dovuto all'invecchiamento della popolazione, i Pronti Soccorso nazionali stanno affrontando un periodo critico caratterizzato da frequenti episodi di sovraffollamento. In questo contesto risulta necessario integrare al meglio i servizi già presenti per efficientare il sistema. In quest'ottica, e seguendo quanto previsto dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, è stata istituita presso il Pronto Soccorso di Palmanova la figura dell'Infermiere di Continuità Assistenziale (ICA).



MATERIALI E METODI

L'ICA è una figura deputata alla presa in carico del paziente fragile con problematiche di tipo socio-assistenziale. Questa figura gestisce il percorso di continuità assistenziale di questi pazienti al fine di garantire una miglior integrazione tra il Pronto Soccorso ed i Servizi Sociali e Sanitari Territoriali attivando un percorso di cura successivo alla dimissione. A questa funzione si è sommata quella di Bed Manager (BM), ovvero quella di facilitazione al ricovero del paziente in ambito ospedaliero tramite interfaccia con i Servizi di Bed Management Aziendale e dei singoli reparti. Dalla metà del 2022 è stato necessario inserire un secondo operatore per incrementare la copertura del servizio a 12 ore giornaliere.

RISULTATI

Dal 16/11/2020, data di attivazione dell'ICA, fino al 21/10/2022, ultimi dati attualmente reperibili, sono state inviate un totale di 668 segnalazioni ai Servizi Territoriali. Di questi il 51.2% (342) erano donne e il 48.8% (326) uomini. Le segnalazioni sono state inviate principalmente ai Servizi Sanitari (80%) seguiti dai Sociali (20%). Dall'attivazione di questa figura i ricoveri presso lo stesso ospedale di accesso sono progressivamente calati, passando dal 12.9% (3812/29656) del 2019 al 9.6% (2306/24072) del 2022. Includendo nel calcolo i ricoverati presso altri ospedali è comunque osservabile un calo (13.8% [4085/29656] del 2019 vs 13.2% [3186/24072] del 2022) benché più contenuto.



CONCLUSIONI

Nel Pronto Soccorso, la precoce valutazione e presa in carico del paziente è indispensabile per il tempestivo ricovero e attivazione dei servizi territoriali. L'introduzione della figura di ICA/BM si è dimostrata in grado di rispondere a questo bisogno permettendo, oltre che una miglior risposta ai bisogni del cittadino, anche una riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso verosimilmente imputabile ad un calo di ospedalizzazioni improprie.

PAROLE CHIAVE: Continuità Assistenziale, Pronto Soccorso, Bed Management

cautero.peter@spes.uniud.it



48° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
NAPOLI, 17-18-19 MAGGIO 2023



Azienda ospedaliero-universitaria Senese

Coinvolgimento di pazienti e volontariato per co-produrre valore pubblico: Il Progetto di AOU Senese

De Marco M.¹, Centauri F.², Lipari D.³, Barretta A.D.⁴

¹Direttore Sanitario, AOU Senese; ²Direzione Generale, AOU Senese; ³Direzione Sanitaria, AOU Senese; ⁴Direttore Generale, AOU Senese

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni si sono affermati un quadro legislativo e ampia letteratura scientifica a supporto dell'importanza del coinvolgimento dei pazienti e del volontariato come co-produttori nei processi di erogazione dei servizi sanitari, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata e la sostenibilità del sistema.

L'AOU Senese, a partire dal 2021, ha fortemente orientato la propria azione organizzativa allo sviluppo e all'adozione sistematica di approcci partecipativi volti a porre i pazienti e le organizzazioni di volontariato al centro dei processi aziendali di pianificazione, progettazione e valutazione dei servizi, attraverso una intensa e continua attività di comunicazione, dialogo e confronto.

Nel 2022 è stato adottato un **Progetto per istituzionalizzare il coinvolgimento dei pazienti e del volontariato nei percorsi di cura e nei processi organizzativi e di governo aziendale con l'obiettivo di co-produrre valore pubblico.**

Progetto aziendale



Framework per lo sviluppo delle iniziative di coinvolgimento



CONTENUTI

Il Progetto garantisce una cornice unitaria alle iniziative di coinvolgimento in azienda, già in corso o da avviare, riconducendole a "linee guida" di sviluppo comune, attraverso l'applicazione di un **framework di riferimento** che individua tre tipologie (informazione, consultazione, collaborazione) e due livelli (processo di cura individuale, organizzazione e governance) di coinvolgimento. Sono state formalizzate **24 iniziative** di informazione, di consultazione e/o di collaborazione, proposte dalla Direzione Aziendale, dai professionisti, da organizzazioni rappresentative dei pazienti, interessando sia la dimensione individuale dell'esperienza di cura sia il livello collettivo di co-partecipazione nel disegno, erogazione e sviluppo dei servizi. Il Progetto è sottoposto a valutazione e revisione annuale, in funzione dei risultati raggiunti, con l'aggiornamento delle iniziative di coinvolgimento inserite.

Nell'ottica dello sviluppo continuo e sostenibilità del Progetto, è stata istituita la **Giornata del Coinvolgimento di pazienti e volontariato nei percorsi di cura** che si svolge l'11 febbraio di ogni anno, in occasione della Giornata Mondiale del Malato, con il duplice obiettivo di promuovere la conoscenza e l'interesse da parte di pazienti, mondo del volontariato e altri portatori di interesse istituzionali e socio-comunitari nei confronti delle iniziative realizzate e di confrontarsi con altre aziende sanitarie per l'individuazione e la condivisione di buone pratiche.

Ambiti di applicazione delle iniziative di coinvolgimento

Indicizi strategici, valutazione delle performance aziendali e processi di erogazione dei servizi	Qualità, appropriatezza ed efficacia dei servizi offerti
Cultura sanitaria, formazione e informazione	Esperienze individuali di cura e assistenza

CONCLUSIONI

Sempre più attenzione deve essere posta sui processi di facilitazione e rafforzamento del ruolo di coloro che usufruiscono dei servizi come co-produttori di salute all'interno dei percorsi di cura e nelle scelte organizzative. La sfida della sanità è quella di creare ambienti organizzativi fertili per l'adozione di approcci organici funzionali a coinvolgere i diversi co-produttori nel perseguimento di obiettivi comuni rendendoli consapevoli dell'impatto del coinvolgimento sui processi di erogazione dei servizi.

Il Progetto dell'AOU Senese risponde a questa esigenza coordinando e orientando l'azione di tutti gli attori del sistema verso il comune obiettivo di migliorare il livello di risposta alla domanda di salute.

Giornata del Coinvolgimento di pazienti e volontariato 2023



Iniziative di coinvolgimento all'interno del Progetto (aggiornamento a maggio 2023)

- Focus AOU Senese: - Trasporto sanitario: intesa a tavolo permanente con ANPAS e Siena Soccorso; - Protocollo d'intesa nell'ambito delle donazioni di sangue; - Agori AOU Senese; - Apnea della Salute; - Pagina web dedicata al progetto di coinvolgimento in AOUS; - Arte e Psiche; - Il trapianto di cuore: le storie dei pazienti per un miglior percorso di cura; - Il PDTA del trapianto di rene: un percorso condiviso con ANED; - Il PDTA del trapianto di polmone: un percorso condiviso con le Associazioni di pazienti; - Presa in carico integrata dei pazienti con insufficienza renale cronica; - Diffondere la cultura sul tema del trapianto di polmone; - Vedere come lavoro e previdenza post trapianto di cuore; - Azione sinergica tra ACTI e AOU Senese per la ricerca clinica; - La struttura di accoglienza ACTI per la fototerapia dei pazienti trapiantati di cuore e polmone; - La struttura di accoglienza ACTI accoglie i cardiopatiti per i controlli ambulatoriali; - Revisioni efficaci in Pronto Soccorso: accogliere, ascoltare, informare, comunicare; - Unificazione delle cure in Terapia Intensiva cardiologica e in cardiologia; - I discorsi del neurosviluppo: conoscere per prevenire e sviluppare terapie innovative; - Le malattie neurologiche rare: conoscerle per prevenirle o sviluppare terapie innovative; - Le malattie oncologiche rare: conoscerle per prevenirle e sviluppare terapie innovative; - Coinvolgimento dei pazienti oncologici nei percorsi di cura: accoglienza, supporto, informazione e divulgazione per creare valore insieme; - Il benessere oltre la cura della malattia; - Casa di accoglienza il «Bucarevere» per pazienti affetti da malattie ematologiche non residenti a Siena; - L'Ospedale è un click: sale di attesa tecnologiche; - Coinvolgimento dei pazienti nei percorsi di odontostomatologia; - Colazioniamo le stagioni





UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA



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

GESTIONE DI UN CLUSTER DI CLOSTRIDIODES DIFFICILE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO «SAN SALVATORE»



ANMDO
Associazione Nazionale dei Medici
delle Emergenze Ospedaliere



Azienda
Sanitaria
Locale
Avezzano, Sulmona,
L'Aquila

**Cimino E. ¹, Amicosante R. ¹, Golini R. ¹, Proia A.S. ², Galassi F. ¹, Micolucci G. ³, Lepore A.R. ³,
Gentile F. ³, Muselli M. ⁴, Necozone S. ⁵, Fabiani L. ⁵**

¹Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente - Università degli Studi Dell'Aquila; ² Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive - Università La Sapienza Roma; ³ Dirigente medico, Direzione Sanitaria P.O. "San Salvatore" L'Aquila - ASL 1 Abruzzo; ⁴ Ricercatore Universitario, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente - Università degli Studi Dell'Aquila; ⁵ Professore Ordinario, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente - Università degli Studi Dell'Aquila.

PAROLE CHIAVE: CLOSTRIDIODES DIFFICILE, INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

INTRODUZIONE

Il Clostridioides Difficile (C.D.) è un batterio di rilevante importanza in quanto responsabile di infezioni di differente gravità, tipicamente di origine nosocomiale e si manifesta con discreta frequenza anche con carattere epidemico. Per una tempestiva gestione dei focolai è di fondamentale importanza l'indagine epidemiologica.

Nel mese di dicembre 2022, sono stati segnalati casi di Clostridioides Difficile nel reparto di Medicina Covid presso il Presidio Ospedaliero "San Salvatore" dell'Aquila. La Direzione medica ha attivato un'inchiesta epidemiologica orientata ad individuare la presenza di un eventuale cluster.

CONTENUTI

Sono state raccolte le informazioni riferite dalla coordinatrice infermieristica e revisionata la documentazione clinica disponibile. Infine si è proceduto alla descrizione dell'evento epidemico con la caratterizzazione dei casi e la ricostruzione della cronologia per evidenziare eventuali caratteristiche comuni a tutti i casi di infezione.

Sono state diagnosticate 6 infezioni da Clostridioides Difficile. È emerso che i pazienti in media avevano 95,3 anni ed erano metà donne e metà uomini. I letti di degenza erano in stanze differenti. La maggior parte non aveva contratto precedenti infezioni da C.D., metà proveniva dal proprio domicilio e metà da altre Unità Operative; la maggioranza aveva discrete condizioni generali all'ingresso e la patologia pregressa in comune era principalmente il diabete. Tutti erano allettati, con doppia incontinenza e 5 su 6 portatori di catetere. A tutti i pazienti veniva effettuata l'igiene a letto e tutti avevano assunto antibiotici (soprattutto Levofloxacina e Metronidazolo) per un periodo in media superiore ai 10 giorni. Solo uno dei sei pazienti non assumeva Inibitori di pompa protonica.

I risultati ottenuti nel corso dell'inchiesta epidemiologica, sebbene non abbiano consentito di individuare il caso indice, hanno fornito informazioni utili a formulare alcune considerazioni e precisare appropriate modalità di controllo attuabili al fine di prevenire ulteriori eventi infettivi. Nel reparto veniva già utilizzata la tuta monouso con visiera e guanti durante la normale gestione del paziente, si è ritenuto opportuno innalzare il livello di protezione: è stato richiesto di indossare anche il grembiule monouso durante le attività con contatto diretto con il paziente (per esempio igiene quotidiana, medicazioni, etc.). Infatti, è stata ipotizzata una contaminazione da parte del personale sanitario durante l'igiene a letto dei pazienti. È stato sollecitato inoltre il rispetto categorico di tutte le norme previste nella "Procedura operativa: prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni da C. Difficile" n. 1565 del 12 settembre 2017.

CONCLUSIONI

Sebbene inizialmente, secondo più studi, la pandemia di Covid-19 abbia contribuito ad una diminuzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), probabilmente per un maggiore e migliore utilizzo dei dispositivi di protezione dettato dalla paura che ogni paziente fosse un potenziale pericolo di trasmissione di malattia infettiva, poi vi è stato un cambio di prospettiva: tutti i ricoverati nel reparto Covid sono stati considerati come fossero un unico paziente. Dalla descrizione del caso in esempio, si può concludere che la lotta alle ICA necessita in primis dell'attenzione al singolo paziente, oltre alla presenza di interventi di controllo e prevenzione di base delle infezioni e alla sensibilizzazione del personale sanitario.



Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta: La digitalizzazione dei processi clinici alla luce del PNRR



A. Cirrone Cipolla¹, F. Di Rosa², G. Bartoluccio³

¹ Responsabile Direzione Medica di Presidio P.O. Saver Cecilia Basarocco - Niscemi;
² Direttore UOC Coordinamento Staff Direzione Aziendale;
³ Dirigente Amministrativo Distretto Sanitario di Gela.

PAROLE CHIAVE

PNRR, Ospedale e Territorio, Digitalizzazione

INTRODUZIONE. Piano di Ripresa e Resilienza prevede investimenti e un pacchetto di riforme. Sono allocate risorse per : - 191,5 miliardi di euro dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (70 Sovvenzioni a fondo perduto e 121 Prestiti) - 30,6 miliardi attraverso il Fondo complementare predisposto dal Governo Italiano e finanziato con uno scostamento di bilanci.

Il PNRR è pienamente coerente con i sei pilastri del NGEU sia strategicamente che finanziariamente • Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura 40,32 mld • Rivoluzione verde e transizione ecologica 59,47 mld • Infrastrutture per una mobilità sostenibile 25,40 mld • Istruzione e ricerca 30,88 mld • Inclusione e coesione 19,81 mld • Salute 15,63 ml.

•Campo di Applicazione

•La struttura del PNRR: MISSIONE 6: Stanziamento:15,63 mld RF - 2,89 mld Fondo complementare • M6C1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale • M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

•Il piano prevede di "digitalizzare tutti i processi clinico-assistenziali ospedalieri delle strutture sede di DEA di I e II livello, con particolare riferimento ai sistemi di Blocco Operatorio, Laboratory Information System, Servizi di Farmacia, Pronto Soccorso, Sistemi di accettazione/dimissione/trasferimento, Prescrizione e Somministrazione farmaci, Diagnostica per immagini, Repository e order entry. INTEGRARE OSPEDALE E TERRITORIO (anche attraverso i processi di telemedicina).

M6C2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (investimento 4,05 mld)

Una spesa pari a 1,45 miliardi di euro per la digitalizzazione dei processi clinici per i DEA di I e II livello (di cui 1,09 miliardi destinati alla digitalizzazione di 210 strutture entro il primo trimestre del 2024 e 0,36 miliardi per la digitalizzazione di altre 70 strutture entro la fine del 2025). Entro il terzo trimestre del 2022 si prevede la pubblicazione della procedura di gara e la stipula dei contratti con i fornitori θ Una spesa di 1,19 miliardi di euro per la sostituzione delle apparecchiature sanitarie. Tali spese riguardano circa 0,60 miliardi destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e altri circa 0,60 miliardi per la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024 θ Una spesa complessiva pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre del 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari (progetto già avviato)



Conclusioni

Si esprimono di seguito alcune considerazioni generali sulle criticità e le sfide da affrontare. Innanzitutto, è sperabile che la distinzione tra gli aspetti prescrittivi e quelli descrittivi del Regolamento non conduca le Regioni a ignorare i secondi nella fase di recepimento nell'ambito dei SSR. Si tratta infatti di elaborazioni comunque importanti e utili ai fini della costruzione di un sistema di assistenza sanitaria territoriale, e in molti casi vengono richiamate disposizioni di legge precedenti, che devono comunque essere rispettate



L'ESPERIENZA DEI RICOVERI FAMILIARI NEL REPARTO DI PEDIATRIA A INDIRIZZO INFETTIVOLOGICO DEL P.O. "LUIGI SACCO" DI MILANO

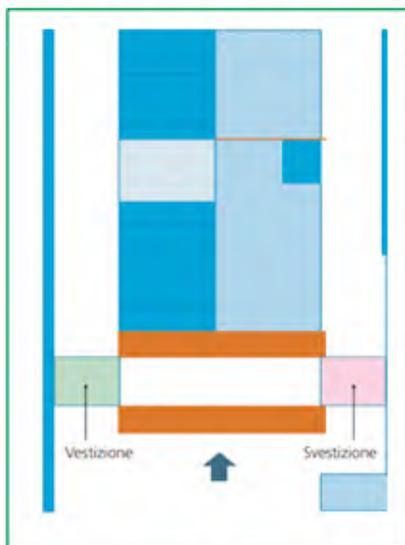
Clemente F.¹, Iovine M.¹, Stracuzzi M.², Giacomet V.³, Olivieri P.⁴

¹ Dirigente Medico, SC Direzione Medica di Presidio, P.O. Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco
² Dirigente Medico, SC Pediatria ad Indirizzo Infettivologico, P.O. Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco
³ Direttore SC Pediatria a Indirizzo Infettivologico, P.O. Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco
⁴ Direttore SC Direzione Medica di Presidio, P.O. Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco

Parole chiave: Pediatria, Sars-CoV-2, famiglia

INTRODUZIONE

Il P.O. Sacco, durante la pandemia, è diventato centro di riferimento per i pazienti Sars-CoV-2 positivi: l'esperienza maturata nel reparto di Pediatria ha contribuito all'integrazione di nuove strategie nel contesto della quotidianità assistenziale, come la presa in carico dei ricoveri familiari. La positività di uno o più componenti del **nucleo familiare**, infatti, ha necessitato di un approccio clinico multidisciplinare parallelamente alla gestione del paziente pediatrico, il quale necessita di particolari attenzioni sia a livello sanitario sia da un punto di vista assistenziale e logistico.



CONTENUTI

Durante i mesi da febbraio 2020 a giugno 2021 sono stati ricoverati **116 bambini, 42 mamme e 2 papà** con infezione da SARS-CoV-2: i genitori hanno avuto quadri più severi, mentre la maggior parte dei bambini ha presentato un decorso paucisintomatico, sebbene in alcune circostanze si sia dovuti ricorrere a cure più intensive per insufficienza d'organo o altre co-infezioni. Il problema principale è stato mantenere l'unità del nucleo familiare, con uno o più componenti positivi e con esigenze cliniche differenti.

La tutela, per quanto possibile, della routine quotidiana è stata possibile grazie alle caratteristiche della degenza di Pediatria a Indirizzo Infettivologico che comprende una parte ad alto isolamento con 5 stanze dotate di filtro e *switch* pressorio e una parte con 5 stanze doppie con filtro. Tutte le stanze hanno servizio igienico interno e poltrona allungabile per il genitore. I degenti sono stati seguiti da un'*équipe* multispecialistica e il reparto si è inoltre dotato di *tablet* per favorire i contatti con le persone care, nonché con **gli educatori e gli psicologi** per un sostegno tramite attività ludico-ricreative da remoto.

Il *team* di operatori sanitari specializzati ha offerto supporto ai genitori ricoverati sia a livello clinico, sia aiutandoli nell'elaborazione e gestione dello stress, nel trovare il giusto linguaggio per la comunicazione con i figli e suggerendo loro strategie volte ad un migliore dialogo interfamiliare senza trasmettere preoccupazioni ai piccoli pazienti.

CONCLUSIONI

Questo modello di ricovero è una strategia assistenziale in grado di tutelare l'**unità familiare** durante l'isolamento per patologie infettive, con l'obiettivo di superare le delicate fasi della degenza. Infatti, le necessarie misure di isolamento dei pazienti, soprattutto pediatrici, rischiano di tradursi in difficoltà sociali, anche all'interno della realtà di reparto.

È pertanto auspicabile che questa esperienza sia applicata anche ad altre realtà di **ricovero pediatrico**.





TREND DELLE COLONIZZAZIONI DA VRE AL MOMENTO DEL RICOVERO IN OSPEDALE: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Agnese Cremona¹ Valerio Bordino¹, Costanza Vicentini² Michele Morandi³ Renata Gabriella Vecchietti⁴, Carla Maria Zotti⁵

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina preventiva – Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

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

³ Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio – Ospedale San Giovanni Bosco

⁴ Infermiera Specialista Rischio Infettivo - Ospedale San Giovanni Bosco

⁵ Direttrice della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

parole chiave: ICA, Enterococchi Vancomicina Resistenti, colonizzazioni.

INTRODUZIONE: Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano un evento sanitario avverso comune ed un problema di salute pubblica con importante impatto negativo su morbilità, mortalità e qualità della vita. Gli Enterococchi stanno emergendo come importanti agenti patogeni responsabili di infezioni nosocomiali che, seppur appartenenti alla normale flora microbica intestinale, sono in grado di causare quadri clinici complessi per via della loro resistenza agli antibiotici. In particolare, le colonizzazioni da Enterococchi Resistenti alla Vancomicina (VRE), essendo asintomatiche, possono aumentare il rischio di trasmissione tra pazienti, e quindi anche di infezione. Per questo motivo identificare le colonizzazioni è fondamentale per prevenire le infezioni. Lo scopo di questo studio era quello di valutare l'andamento delle colonizzazioni da VRE sui tamponi rettali eseguiti tra Gennaio il 2019 e Febbraio 2022 e determinare quanti di questi fossero colonizzazioni già presenti al momento del ricovero.

CONTENUTI: È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo sulla base dei tamponi rettali relativi al periodo compreso tra Gennaio 2019 e Febbraio 2022 eseguiti per lo screening al momento del ricovero nei quattro presidi ospedalieri facenti parte dell'ASL Città di Torino. Sono state effettuate analisi descrittive dei dati per le quali non sono stati considerati i campioni duplicati.

Da Gennaio 2019 a Febbraio 2022 abbiamo raccolto 5025 tamponi rettali eseguiti al momento del ricovero in ospedale, di cui 3037 sono stati eseguiti nel 2019 (60%), 741 nel 2020 (15%), 611 nel 2021 (12%) e 636 nei primi due mesi del 2022 (13%). La positività per VRE è stata riscontrata in 162 (3%) tamponi rettali, di cui 2 casi sia nel 2019 (0,1%) che nel 2020 (0,3%), 95 nel 2021 (15,5%) e 63 nei primi due mesi del 2022 (9,9%), e di questi 162/162 (100%) erano positivi per *Enterococcus faecium*. Inoltre, il 52% (84/162) dei tamponi rettali positivi sono stati eseguiti entro 48h dal momento del ricovero, mentre il restante 48% (78/162) sono stati effettuati dopo 48 ore dal ricovero.

CONCLUSIONI: Lo studio ha rilevato un trend in crescita delle colonizzazioni da VRE durante la pandemia da Sars-CoV-2 nella popolazione oggetto del nostro studio, confermando quanto riportato a livello nazionale ed europeo. Ciò pone l'attenzione sull'importanza dello screening per individuare preventivamente le colonizzazioni da VRE evitando la trasmissione tra pazienti e la contaminazione ambientale.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA



Potenziamento del piano strategico ed operativo nella gestione del rischio infettivo: l'esperienza dell'Ospedale S.Marta e S. Venera di Acireale

Cunsolo R.^o, Cantarella A.^{oo}, Gallotta R.^{ooo}, Cappello R.^{*}, Barbagallo G.^{*}, Colombo D.^{*}, Pulvirenti L.^o, De Giorgio F.^o, Liseni L.^o, Milazzo M.^{*}, D'Agata A.^o, Scala S.^{*}, Rapisarda A.^{*}

^oDirettore Medico UOC Direzione Medica PO S.Marta e S. Venera di Acireale e Coordinatore Gruppo Operativo (GO) CIO - ^{oo}Dingente Medico UOC Direzione Medica e Componente GO - ^{ooo}Dingente Medico UOC Direzione Medica - ^{*}Dingente Biologo UOC Patologia clinica e Componente GO - ^oResponsabile Attività infermieristiche PO di Acireale e Componente GO - ^oCPSI UOC Medicina e Componente GO - ^oCPSI UOC Direzione Medica e Componente GO - ^oCPSI Blocco Operatorio e Componente GO - ^{*}TSLB UOC Patologia clinica - ^{*}Responsabile UOS Rischio clinico e Qualità - ^{*}Direttore Dipartimento del Farmaco - ^{*}Direttore Dipartimento Ospedalità pubblica e privata - ^{*}Direttore Sanitario, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania - ^{*}Commissario Straordinario ASP di Catania: **Dr. M. Lanza**

INTRODUZIONE

- **ICA:** sono tra le complicanze più rilevanti per i pazienti assistiti in vari contesti e livelli di intensità di cure.
- **Media prevalenza degli ospedali: 6,5%** (Studio ECDC, 2016/2017, condotto in 35 ospedali, su oltre 28.000 pz).
- **Politiche dell'ASP di Catania vs rischio infettivo:**
 - **Adesione** al Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 con Deliberazione n.263/2022.
 - **Partecipazione** a Studi nazionali e regionali di Sorveglianza (SPIN-UTI, indagini PPS-3).

Sintesi delle Infezioni Correlate all'Assistenza

La prevalenza di infezioni correlate all'assistenza (ICA) è aumentata del 100% rispetto al 2016/2017, passando da 6,5% a 13,0%.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono le infezioni che si verificano durante la permanenza in ospedale o nei 48h successivi alla dimissione.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono le infezioni che si verificano durante la permanenza in ospedale o nei 48h successivi alla dimissione.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono le infezioni che si verificano durante la permanenza in ospedale o nei 48h successivi alla dimissione.



CONTENUTI

- **PAICA:** Piano Aziendale "Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza", edizione 2022
- **Obiettivi strategici e operativi:**
 - **Monitorare** la resistenza e il consumo degli antibiotici
 - **Gestire** le infezioni da *C. difficile*
 - **Assicurare** la formazione degli operatori sanitari
 - **Verificare** la corretta applicazione delle pratiche assistenziali (audit)
- **Attività del GO:** osservanza della Procedura aziendale "Compiti dei Gruppi Operativi" per aderire agli obiettivi stabiliti dal CIO

CONCLUSIONI

- **Le attività del GO** sono comunicate annualmente al CIO
- **Su apposito modulo** sono riportate varie informazioni:
 - **N° complessivo degli incontri** verbalizzati dal GO
 - **N° di audit eseguiti e N° esiti degli audit** comunicati alle UU.OO., con eventuali non conformità e azioni correttive
 - **Relazione** sui controlli microbiologici
 - **Indagini di prevalenza** eseguite
 - **Sorveglianza attiva** prospettica

COSTRUIRE IL CRUSCOTTO DELL'IGIENE IN OSPEDALE



Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata
Verona



Innovativo sperimentale Incident Reporting: dalla segnalazione, all'audit, al miglioramento continuo

M. Dalle Carbonare¹, C. Carluccio¹, A. Pastori¹, V. V. Caslini², S. Tardivo¹, V. Rado³, C. M. Bravi², M. Carlucci⁴, L.F. Carpagnano⁴

¹Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona ²Direzione Generale, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

³Direzione Amministrativa, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ⁴Direzione sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Parole chiave : Incident Reporting, Gestione del rischio, Miglioramento continuo

Introduzione

L'Incident Reporting (IR) è un sistema di segnalazione che consente di rilevare situazioni di rischio per la sicurezza di operatori e utenti dovute a criticità organizzative e/o ad errori.

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP), introdotto con il D.lgs n.29/1993, ha la funzione di semplificare la relazione tra pubblica amministrazione e utenza e di permettere al pubblico di esprimere opinioni sulla percezione della qualità dei servizi erogati.

In Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUIVR) l'utente è il destinatario delle prestazioni sanitarie, ma anche l'interlocutore privilegiato per il continuo miglioramento dei servizi offerti. In ottica di miglioramento continuo, AOUIVR ha sperimentato un innovativo sistema di IR che dà voce al paziente.

Contenuti

Gli utenti possono indicare la disattesa delle loro aspettative sui servizi erogati tramite i reclami. La rilevazione delle segnalazioni e un'accurata analisi di quanto descritto può aiutare l'Azienda a indagare su eventuali circostanze che possono celare un evento avverso o evento mancato.

In AOUIVR è stata recentemente introdotta una nuova procedura operativa che rafforza la collaborazione trasversale di tutte le figure professionali coinvolte nel processo di miglioramento della qualità. In particolare, l'eventuale segnalazione giunta all'URP viene tempestivamente trasmessa alla Direzione Medica Ospedaliera (DMO), ai Direttori delle UU.OO./Servizi coinvolti e, per conoscenza, a Risk Manager (RM), UOC Medicina Legale, Direzione Sanitaria e Direzione Generale. I Direttori effettuano le verifiche di competenza e trasmettono le informazioni utili all'URP e alla DMO che coordina l'attività istruttoria. Vengono successivamente effettuate le opportune valutazioni insieme alla predisposizione della risposta all'utente e, se ritenuto necessario, vengono attivati il RM e la UOC Medicina Legale per l'attuazione di audit clinico-organizzativi con il fine di analizzare fattori causali e identificare eventuali azioni di miglioramento. Il verbale di audit creato appositamente per le segnalazioni URP, viene condiviso con la DMO che provvede a dare disposizioni al fine di implementare le azioni individuate. Il RM redige un documento nel quale vengono tracciati, a fronte delle segnalazioni prese in esame, i verbali di audit e le azioni di miglioramento intraprese. Inoltre, effettua una valutazione periodica della messa in atto delle suddette azioni con la collaborazione dei soggetti coinvolti e aggiorna in modo continuo il documento, condividendolo bimestralmente con la Direzione Sanitaria.

Conclusioni

AOUIVR con tale sistema sperimentale dà voce al paziente attraverso il costante monitoraggio di eventuali segnalazioni negative dalle quali è possibile risalire a circostanze che rappresentano eventi avversi/mancati e che non sarebbero mai stati segnalati. Dall'analisi attenta e multidisciplinare di queste segnalazioni è possibile effettuare audit clinico-organizzativi, pianificare e intraprendere azioni di miglioramento in ottica preventiva e reattiva, monitorandone anche l'impatto nel tempo. Nel 2023 è stata implementata la nuova procedura operativa e sono stati effettuati i primi audit specifici che hanno permesso di migliorare qualità e sicurezza delle cure in Azienda, intercettando le criticità e consentendo all'organizzazione di intervenire prontamente. Il paziente è il target e la bussola dell'efficiamento dei servizi erogati dall'Azienda.



Informatizzazione delle richieste di approvvigionamento degli stupefacenti: sperimentazione in ASL TO5

V. F. Di Legami¹, T. C. Paone², M. Bol¹, B. Mitola¹, G. Tuttolomondo³, P. Servetti⁴, P. Petrucci⁵, T. Lacchio⁶, L. Poggio⁷, C. Macchiolo⁸

1. Dirigente Medico S.C. Dir. San. dei PP. OO. Riuniti; 2. Dirigente Farmacista S.C. Farmacia Osp.; 3. Coord. Inf. Serv. Informativo e Documentale – DIPSA; 4. Collab. Tecnico S.C. S.I.T.I.; 5. Dir. S.C. Servizi Informativi e Tecnologie Integrate; 6. Dir. S.C. DIPSA; 7. Dir. S.C. Farmacia Ospedaliera; 8. Dir. Sanitario dei PP.OO. Riuniti

CONTESTO

Nell'ambito dei processi di transizione digitale, è emersa l'esigenza di digitalizzare la gestione del registro di approvvigionamento e restituzione degli stupefacenti, in uso tra i reparti di degenza e la farmacia ospedaliera.

In ASL TO5, i registri/bollettari cartacei delle richieste di stupefacenti, compilati dai medici di reparto e validati dalla Direzione di Presidio, sono trasportati dai tre Presidi Ospedalieri (di Carmagnola, Chieri e Moncalieri) alla Farmacia Ospedaliera (a Cambiano), sita a circa 10-20 km di distanza, con servizio di fattorinaggio.

L'esperienza positiva delle precedenti informatizzazioni delle richieste di ambulanze, in uso negli Ospedali e nei Distretti e delle richieste di fattorinaggio, in uso in tutte le Strutture sanitarie ed amministrative, ha portato a proporre la sperimentazione anche di quella delle richieste dei farmaci stupefacenti.

FASI PROGETTUALI

- Autorizzazione del Ministero della Salute e dell'Assessorato Regionale;
- Condivisione del flusso operativo da parte del gruppo multidisciplinare/multiprofessionale, in rappresentanza dei Servizi coinvolti;
- Realizzazione di applicativo informatico conforme alla normativa vigente, con livello di individuazione delle responsabilità degli operatori pari a quanto previsto con documenti cartacei, garanzia della privacy ed archiviazione ai sensi del C.A.D.;
- Sperimentazione in atto del registro informatizzato in reparti pilota dei tre Ospedali;
- Eventuale revisione e miglioramento al termine del periodo di sperimentazione;
- Diffusione in tutte le Strutture dei tre Presidi Ospedalieri e Ser D. dell'ASL TO5

PRIMA...

FLUSSO OPERATIVO TRADIZIONALE:

- i reparti richiedono il registro alla Farmacia con modulo cartaceo;
- la Farmacia compila la copertina del registro approvvigionamento / restituzione con i dati del reparto e ne registra la consegna;
- i reparti compilano il modulo di approvvigionamento costituito da tre parti uguali, firmato da un medico della Struttura;
- il registro è posto nella cassetta stupefacenti ed inviato alla Direzione del Presidio Ospedaliero;
- il medico di Direzione verifica, firma e timbra i moduli;
- il fattorino preleva le cassette con i registri nei tre Ospedali e le porta in Farmacia;
- il farmacista controlla le richieste, allestisce gli stupefacenti ed inserisce sui moduli data e firma, stacca due parti del modulo e lascia la matrice, effettua lo scarico su applicativo, compila il registro di carico e scarico, archivia il modulo.

LIMITI DEL REGISTRO CARTACEO:

- registri conservati per anni e spesso degradati;
- in periodo pandemico, criticità nella movimentazione nei reparti Covid;
- errori nella compilazione e richieste incomplete;
- necessaria la presenza del medico di Direzione in Ospedale per validazione, anche in caso di richieste in urgenza, compilazione in più copie;
- spazio di archiviazione.

CONCLUSIONI ...DOPO:



48° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
QUALE OSPEDALE PER IL FUTURO DELL'OSPEDALE:
DA SEMPRE FULCRO DELL'INNOVAZIONE
NAPOLI, 17-18-19 MAGGIO 2023

PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI GESTIONE DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Lucia Esposito (1), Grazia Cioffi (2), Vincenzo De Paola (2),
Rosetta Frammartino (3), Fabio Giancane (3), Luigi Monaco (3),
Francesco Petrosino (3)

(1) Dirigente Medico - Direzione Sanitaria, AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"
(2) Dirigente Medico - Direzione Medica, AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"
(3) Infermiere - Direzione Medica, AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"

Parole chiave: Clostridium difficile, ICA, bundle

Introduzione

Il Clostridium Difficile (CD) è un bacillo gram positivo, anaerobio, sporigeno, largamente diffuso nel suolo, colonizza il tratto intestinale degli animali e che colonizza circa il 3% degli adulti sani (1). L'infezione da Clostridium difficile (ICD) è un serio problema per la sicurezza dei pazienti di età superiore ai 65 anni in quanto è responsabile del 25% dei casi di diarrea acquisita in ospedale (2). Le attuali linee guida per la prevenzione delle ICD (3) consigliano come prioritari due tipi di interventi, sistemici e comportamentali. Tali interventi possono essere combinati in un *bundle* di controllo (4).

Nella gestione di un complesso processo diagnostico-terapeutico-assistenziale, un insieme contenuto di misure può diventare un utile riferimento pratico. Infatti, definendo un numero limitato di interventi facilmente memorizzabili e da attuare in via prioritaria (5), si può aumentare l'efficacia attuativa di tutti gli elementi fondamentali del processo clinico di interesse, chiarire le priorità e migliorare il coordinamento del gruppo. Pertanto abbiamo inteso sviluppare un *bundle* per la gestione multidisciplinare dei casi di ICD, in maniera tale da elevare l'efficacia attuativa di tutti gli elementi fondamentali del processo clinico di interesse.

Contenuti

Il *care bundle* per il CD è costituito da una serie di interventi congiunti, volti a prevenire e gestire l'infezione da questo batterio. Tali interventi sono stati identificati sulla base delle attuali linee guida per la prevenzione delle ICD e comprendono le misure di seguito indicate.

Le misure sistemiche-organizzative includono l'adozione di protocolli di igiene delle mani con acqua e sapone, l'implementazione di politiche di controllo delle infezioni e la gestione appropriata degli antibiotici. Inoltre, il monitoraggio attivo dell'epidemiologia delle ICD e l'adozione di appropriate misure di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sono essenziali per la prevenzione e il controllo delle ICD. Le misure comportamentali coinvolgono il personale sanitario, i pazienti e i visitatori. Tra queste misure rientrano la formazione sulla gestione delle ICD, l'educazione dei pazienti sulla prevenzione delle infezioni, l'uso appropriato di dispositivi di protezione individuale (camici e guanti) e la promozione di una corretta igiene delle mani.

L'implementazione congiunta di queste misure consente di definire un *care bundle* efficace per la prevenzione e la gestione dell'infezione da CD. In questo modo, si può ridurre significativamente l'incidenza delle ICD, migliorare la qualità dell'assistenza e aumentare la sicurezza dei pazienti.



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi
d'Aragona

Conclusioni

Il *bundle* per l'ICD andrebbe a integrare la delibera aziendale (n.341/2020) per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, rappresentando un approccio rapido, efficace e multidisciplinare per prevenire e gestire questa patologia, così come già rilevato in questi anni in termini di prevenzione delle infezioni correlate al posizionamento del catetere venoso periferico (CLABSI), al posizionamento del catetere vescicale a permanenza (CAUTI), alla prevenzione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica (VAP) e alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (SSI). Infatti, i *bundle* per le sepsi vengono associati a una riduzione significativa della mortalità, del numero di giorni di degenza in ospedale e dei costi sanitari (6,7). Tuttavia, l'efficacia dei *bundle* dipende anche dalla loro corretta implementazione e dal contesto in cui vengono implementati (8,9), riferito alla presenza di una cultura della sicurezza e di monitoraggio continuo della qualità delle cure.

Per tali motivi, l'utilizzo del *bundle*, per le sue caratteristiche, può contribuire a una migliore comprensione dei processi correlati alle ICD e fornire supporto a coloro che li gestiscono.

Bibliografia

- Burke KE, Lamont JT. Clostridium difficile infection: a worldwide disease. Gut Liver. 2014 Jan;8(1):1-6.
- Mylonakis E, Ryan ET, Calderwood SB. Clostridium difficile-Associated Diarrhea: A Review. Arch Intern Med. 2001 Feb 26;161(4):525.
- McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, Bakken JS, Carroll KC, Coffin SE, et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clinical Infectious Diseases. 2018 Mar 19;66(7):e1-48.
- Ling ML, Jin P, Tan KY. Clostridium difficile Infection Prevention Bundle Implementation. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020 Oct;41(S1):s170-1.
- Loo VG, Poirier L, Miller MA, Oughton M, Libman MD, Michaud S, et al. A predominantly clonal multi-institutional outbreak of Clostridium difficile-associated diarrhea with high morbidity and mortality. N Engl J Med. 2005 Dec 8;353(23):2442-9.
- Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Intensive Care Med. 2018 Jun;44(6):925-8.
- Robb E, Jarman B, Suntharalingam G, Higgins C, Tennant R, Elcock K. Using care bundles to reduce in-hospital mortality: quantitative survey. BMJ. 2010 Mar 31;340(mar31 3):e1234-c1234.
- Yazici G, Bulut H. Efficacy of a care bundle to prevent multiple infections in the intensive care unit: A quasi-experimental pretest-posttest design study. Applied Nursing Research. 2018 Feb;39:4-10.
- Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. (IHI Innovation Series white paper).

Contatti

Dott.ssa Lucia Esposito
AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Largo Città di Ippocrate -
Salerno - E-mail: lucia.esposito@sangiovanniruggi.it



48° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO
QUALE OSPEDALE PER IL FUTURO
DELL'OSPEDALE: DA SEMPRE FULCRO
DELL'INNOVAZIONE

MONITORAGGIO CONTINUO - L'INNOVATIVA DIMENSIONE DEL CONTROLLO AMBIENTALE

A.I.R.R. - Prof. Maurizio M. Di Franco, Dott.ssa Franca Sparvoli, Ing. Agnese Lazzari, Nadine Senghies, Barbara Scuderi, Dott. Aldo Sisti, Dott.ssa Clara Neri, Cludia Fabbri, Alessandro Caramba, Patrizia Chiavari Inga, Barbara Meoni.
 Air Flow Controller e Particle - Arch. Federico Miraldis Fabiani, Laura Benetti e Wladia Pucchi.

Air Flow - Controller - Particle
Diffusione - Controllo - Analisi



«Airborne Infection Room Retrofitting»
A.I.R.R.



- Diffusore a flusso unidirezionale brevettato e certificato CE.
- Realizzato in acciaio inox AISI 316.
- Filtri assoluti H14 ad altezza variabile in funzione delle esigenze progettuali. Sistema a doppia griglia di tenuta.
- Diffusione dell'aria altamente filtrata per sale operatorie classificate ISO 5.
- Unità di ricircolo equipaggiabile con batteria di raffreddamento.
- Raccolta e registrazione dati su inquinamento ambientale e particelle aerodisperse, in conformità alla normativa ISO 14644-2.
- Monitoraggio continuo.
- Ambiente certificato «in operation».
- Analisi a posteriori dei dati raccolti, grazie alla tecnologia Cloud.
- Creazione della **Cartella Digitale Ambientale**.
- Riportare il paziente al centro delle attività secondo il modello **Connected Care**.



- **Introduzione**
- Questa tecnologia è stata sviluppata con finanziamenti europei «INNO4COV-9», consente di adattare qualsiasi locale ospedaliero all'assistenza di pazienti affetti da patologie trasmissibili per via aerea, senza necessità di modificare le strutture e gli impianti preesistenti.
- Il sistema consiste di un motore di ventilazione posizionato nel controsoffitto, che attraverso opportune canalizzazioni aspira aria dalla stanza.
- È presente una telecamera per il monitoraggio video dei pazienti da remoto.
- La tecnologia è dotata di sistema di controllo da remoto dei parametri impiantistici e ambientali.
- Quando le porte e aperta, la portata d'aria è incrementata per minimizzare il rischio di fuoriuscita d'aria contaminata all'esterno.



- **Introduzione**
- **Contenuti**
- L'obiettivo del progetto è la gestione sicura dei pazienti affetti da malattie a trasmissione aerea in reparti ospedalieri non dotati di stanze di isolamento per infetti.
- Tale necessità, nata durante la pandemia da COVID-19 per ricoverare pazienti positivi asintomatici in reparti specialistici (es. ortopedia, unità spinale, cardiologia), può essere estesa a tutte le patologie potenzialmente trasmissibili per via aerea, quali ad es. tubercolosi, morbillo e malattie respiratorie.
- La possibilità di avere stanze idonee per infetti in ogni reparto permette di garantire il miglior setting assistenziale al paziente e nello stesso tempo la massima sicurezza del personale e degli altri ricoverati.
- Attraverso questa tecnologia è possibile riadattare stanze esistenti e stanze per infetti senza rilevanti interventi strutturali e impiantistici. Anche l'aggravio dal punto di vista dei consumi energetici è circoscritto in quanto il sistema ricircola l'aria interna che non necessita di climatizzazione.
- Infine, attraverso piccole modifiche alle canalizzazioni, il sistema può realizzare anche stanze in pressione positiva rispetto all'esterno, che, grazie anche al ricircolo in ambiente di aria trattata con filtri H14, possono essere utilizzate per ricoverare pazienti fragili o immunocompromessi.

- I nostri obiettivi sono:
- Migliorare:
 - ✓ Assistenza per il paziente
 - ✓ Sicurezza per degeni e operatori
- Innovare:
 - ✓ Raccolta digitale dati e informazioni
 - ✓ Analisi attuali e posteriori
 - ✓ Produrre dati su fenomeni complessi secondo gli Standard del Nuovo Sistema Informativo Sanitario
- I nostri strumenti:
 - ✓ Certificazione ISO5 in «operational»
 - ✓ Cartella Digitale Ambientale
 - ✓ Cloud
 - ✓ App per iOS e Android
 - ✓ Notifiche push manutenzione impianti e gestione clinica per paziente e sala operatoria
- A chi ci rivolgiamo:
 - ✓ Tutte le strutture sanitarie pubbliche e private

Conclusioni

Secondo quanto osservato dalla Fondazione Politecnico di Milano che ha condotto un progetto, tra aprile e luglio 2022, per confrontare la sala operatoria tradizionale e la sala operatoria dotata di sistemi di aereazione 4.0, i risultati ottenuti sono stati:

- Riduzione rischio insorgenza di infezioni chirurgiche e vantaggio di salute paziente e costi ospedalieri.
- Più elevati livelli di qualità nel servizio erogato.
- Trasparenza e visibilità parametri ambientali durante l'intervento.
- Maggiore sensibilizzazione e formazione degli operatori all'uso del sistema di monitoraggio continuo oltre che nell'adozione comportamenti più consapevoli rispetto sia alla cura del paziente che al rispetto dell'ambiente.

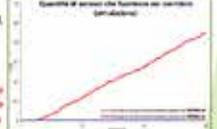
TABELLA COMPARATIVA

Parametro	Sala operatoria tradizionale	Sala operatoria 4.0
Temperatura ambiente (°C)	22.5	22.5
Umidità relativa (%)	55	55
Velocità d'aria (m/s)	0.1	0.1
Particelle > 0.5 μm (1/m³)	1000	10
Particelle > 1 μm (1/m³)	100	1
Particelle > 2.5 μm (1/m³)	10	0.1
Particelle > 5 μm (1/m³)	1	0.01
Particelle > 10 μm (1/m³)	0.1	0.001
Particelle > 20 μm (1/m³)	0.01	0.0001
Particelle > 50 μm (1/m³)	0.001	0.00001
Particelle > 100 μm (1/m³)	0.0001	0.000001
Particelle > 200 μm (1/m³)	0.00001	0.0000001
Particelle > 500 μm (1/m³)	0.000001	0.00000001
Particelle > 1000 μm (1/m³)	0.0000001	0.000000001

Parole chiave: Monitoraggio, Infezioni

Conclusioni

- **Sicurezza degli operatori e dei pazienti:**
 - ad eccezione della stanza per infetti, tutto il resto del reparto è libero dal rischio di infezione, quindi non sono necessarie precauzioni «airborne».
 - da quando è stata installata questa tecnologia in 4 stanze di Medicina Interna e d'Urgenza (cioè A.O.U.), della Marche (ottobre 2022), non si sono più verificati contagi tra operatori e pazienti all'interno del reparto.
- **Ottimizzazione degli spazi:**
 - il personale può rimuovere i DPI all'interno della stanza, sotto il flusso di aria «pulita» ricircolata dal Virtuosio, liberando spazio nel corridoio.
 - Video monitoraggio dei pazienti da remoto:
 - il personale entra nella stanza per infetti solo quando necessario, con vantaggio in termini di consumi di dispositivi di protezione individuale e di tempo da dedicare all'assistenza; è stato possibile gestire in maniera ottimale pazienti in precauzione «airborne» senza necessità di personale aggiuntivo
 - il personale può sorvegliare costantemente eventuali pazienti «critici» (agitati, non collaboranti, psichiatrici) ed intervenire precocemente in caso di emergenza





Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE: Esperienza nell'AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona".

Giuseppe Ferrarelli*, Andrea Lombardi*, Lucia Esposito*, Giuseppina Tronterro*, Edvardo Tartaglia*, Lilla Poiner*, Grazia Ciotti*, Walter Longuorillo*, Emilia Anna Vaccarella*

*AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" - Salerno



Parole Chiave:

Innovazione
Digitalizzazione
Intervento

Introduzione:

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente. Le informazioni presenti nel Fascicolo del cittadino vengono fornite e gestite dalle singole regioni.

Al fine di accelerare, generare ed incrementare l'implementazione del FSE, il Ministero della Salute in collaborazione con il Ministro dell'Innovazione e la Transizione Digitale ha avviato a settembre 2021, in Regione Campania, un programma denominato **Crash Program** Alimentoazione di cui AOU Ruggi è attività capofila.

Il piano di progetto prevede l'implementazione del FSE da parte delle aziende sanitarie trasmettendo i documenti afferenti al nucleo minimo:

- Referti di Laboratorio (per pazienti esterni)
- Referti di Anatomia Patologica (per pazienti esterni)
- Referti di Radiologia (per pazienti esterni)
- Referti di specialistica ambulatoriale
- Lettere di dimissioni ospedaliere
- Verbali di pronto soccorso

Contenuti:

La fase propedeutica all'implementazione del FSE (con i documenti suddetti) prevede una serie di attività ripartite tra il Referente Sanitario FSE, l'UOC Sistemi Informativi, l'URP. Il processo elaborato prevede i seguenti step:

	Attività	
1	Individuazione, tagging, richiesta documentazione alle UU.OO. predefinite	Referente Sanitario FSE
2	Convocazione dei singoli dirigenti sanitari (medici e biologi) per rilascio e attivazione firma digitale	UOC Sistemi Informativi
3	Consulenza e assegnazione ruolo ad ogni singolo operatore sanitario per ogni piano in cui lavora sul portale FSE-Regione Campania-SOGEI	Referente Sanitario FSE
4	Manutenzione Firma digitale	UOC Sistemi Informativi
5	Attività di comunicazione e sensibilizzazione alla tematica	URP
6	Monitoraggio dell'uso della firma digitale e della corretta implementazione FSE	Referente Sanitario FSE

Da agosto 2022 l'AOU Ruggi trasmette a Soegi tutti i documenti appartenenti al nucleo minimo FSE:

Referti di Laboratorio (Patologia Clinica - Servizio Tradizionale)

Referti di Anatomia Patologica

Referti di Radiologia

Verbale di Pronto Soccorso (previsto in produzione il 16/06/2022)

Lettera di dimissioni ospedaliere (prevista in produzione il 07/07/2022 - a regime dal 18/07/2022)

Referti di specialistica ambulatoriale (prevista in produzione il 25/07/2022 - a regime dal 07/08/2022)

Conclusioni:

Numero incrementale documenti FSE inviati a Soegi (dati Regione Campania)

	Referti di laboratorio	Referti di Anatomia Patologica	Referti di Radiologia	Verbale di Pronto Soccorso	Lettera dimissioni ospedaliere	Referti di specialistica ambulatoriale	Totale
apr-22	5141	500	170	0	0	0	5811
mag-22	10928	1074	1.274	0	0	0	13276
giu-22	18716	1748	2045	0	0	0	20474
lug-22	21819	2306	3008	1175	1073	10492	30873
ago-22	25907	2744	4256	2.322	2.895	2099	38687
set-22	32038	3311	5703	4863	4.542	31.854	82110
ott-22	37234	4031	6715	7985	6242	40.000	102207
nov-22	42260	4729	7911	11109	8234	48200	122439
dic-22	47232	5352	9.252	14207	10718	54064	142825
gen-23	52203	5956	10.496	17668	12966	63552	162843
feb-23	57112	6563	11.903	21342	14439	71466	182813
mar-23	64315	7425	13302	27555	16039	77877	206094

* In soli 7 mesi, l'AOU Ruggi è passata dal non trasmettere nessun documento appartenente al nucleo minimo del FSE, al trasmettere tutte le sei tipologie. Attualmente la percentuale di implementazione FSE (numero documenti ricevuti correttamente da Soegi / numero di documenti prodotti x 100) è superiore al 99%. Il raggiungimento di tale obiettivo, è stato effettuato dall'Azienda incorso e senza ricevere nessun finanziamento per l'attività extra dei dipendenti.

L'OSPEDALE INTEGRATO: MODELLO DI ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DALLA PANDEMIA AL FUTURO

Maurizio Formoso¹, Marica Milazzo¹, Vitangelo Dattoli¹, Angela Linzalone¹, Antonio Polo¹, Pietro Guida¹, Michelangelo Iurlaro^{1,2}, Flavio Parente^{1,2}

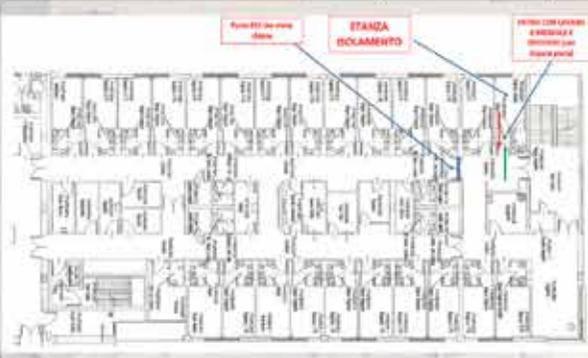
1. Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", Direzione Sanitaria, Acquaviva delle Fonti
2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Università di Genova
3. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Degli Studi di Foggia

Parole chiave: Ospedale Covid Integrato, Ospedale Covid Dedicato, Stanze Contumaciali

Introduzione. Durante le prime 2 ondate della pandemia è stata garantita l'assistenza ospedaliera dei pazienti sintomatici con la creazione di spazi e di percorsi separati rispetto all'attività ordinaria, ridotta ma garantita. Le strutture hanno organizzato accessi alternativi per ambulanze, pronto soccorso e reparti. Con il ridursi della letalità della malattia e del numero di soggetti da ospedalizzare, la gestione della fase di endemizzazione della pandemia ha comportato la necessità di flessibilità e capacità di adattarsi al cambiamento e all'evoluzione delle condizioni epidemiologiche (si è verificata una riduzione delle altre malattie infettive a trasmissione respiratoria e un aumento delle ICA), pur garantendo il fabbisogno di salute dei cittadini. Questo lavoro intende valutare la capacità di risposta ed adattamento di un Ospedale Generale incluso nella rete dell'Emergenza Covid-19 che ha creato e gestito percorsi integrati non dedicati nella fase post-pandemica.



Contenuti. Dal 17/03/2020, in accordo con la Regione Puglia, l'E.E. Ospedale F. Miulli (struttura privata con 573 posti letto accreditati dalla Regione Puglia) ha attuato la rimodulazione delle risorse con posti letto Covid attraverso percorsi dedicati. Per garantire le attività ordinarie ed emergenziali di tutti i pazienti in totale sicurezza, è stata effettuata una compartimentalizzazione di 6 piani dell'ala nord est della struttura con 300 posti letto di area medica, 25 posti di terapia intensiva, percorsi e posti dedicati per stroke, IMA, urgenza chirurgica, sala parto, PS e accesso delle ambulanze. Dalla fine della prima ondata, le attività ordinarie sono state modulate conservando una parte degli spazi e dei percorsi dedicati ai pazienti Covid-19. Da 02/2022, è stato implementato un modello organizzativo, denominato "ospedale integrato", che prevede una o più stanze di isolamento nella quasi totalità dei reparti destinati esclusivamente all'assistenza dei pazienti infetti (41 posti letto), attraverso interventi di adeguamento tecnico e tecnologico della struttura e di formazione del personale. Con questo modello è stato assistito sia il paziente con Covid-19 asintomatico o paucisintomatico ricoverato per altre patologie, che quello affetto da malattia ad evoluzione sintomatica. Le stanze di isolamento, per il ricovero del paziente positivo, sono state posizionate nella parte terminale del corridoio di ogni reparto e dotate di uno spazio antistante, per la vestizione, di una zona filtro chiusa da due porte per la svestizione e dotate di videosorveglianza. Tale gestione ci ha consentito di garantire l'assistenza a un numero sempre maggiore di pazienti non Covid: 440 posti letto medi giornalieri occupati nel semestre 10/2022-03/2023 rispetto ai 330 del primo anno di emergenza. Attualmente tali stanze vengono utilizzate anche per il ricovero di pazienti affetti da malattia infettiva con necessità di isolamento contumaciale (MDR, C. Difficile, meningite etc.).



Conclusioni. Un Ospedale moderno da un punto di vista strutturale e tecnologico, come l'Ospedale Miulli, si può considerare come modello per la futura riprogettazione del sistema sanitario dopo l'emergenza Covid, in quanto in grado di garantire standard di qualità e sicurezza elevati anche in condizioni che richiedono flessibilità e capacità della struttura e del personale ad adattarsi rapidamente ad un'emergenza di sanità pubblica durante la quale devono essere garantiti servizi medico-sanitari essenziali.



Finestra Rosa – A piccoli passi: progetti OEI a sostegno delle fragilità



Dr. Martina Fulgheri *, Dr. Alessio Parodi **, Barbara Olivari Caviglia ***
 * Dirigente Medico Ospedaliero - Responsabile Struttura S. - Direzione Sanitaria, ** Direttore Generale, *** Presidente
 Struttura: Ospedale Evangelico Internazionale di Genova (OEI)



INTRODUZIONE

OEI oltre alla Sede storica di Castelletto gestisce da oltre dieci anni, il Presidio di Voltri in precedenza a gestione diretta ASI: rilevata la necessità di attivare percorsi di promozione socio assistenziale in argomento contrasto violenza donna e supporto alla genitorialità, alle fragilità.

Le attività dei Progetti con contributo Otto per Mille Tavola Valdese si sono consolidate.

Oltre l'assistenza sanitaria si è implementata l'accoglienza alla persona: costruttivo il confronto interno per traguardare la necessità di evidenziare quanto viene portato all'attenzione delle Strutture Sanitarie, in maniera non esplicita, in tema maltrattamento, fragilità, genitorialità ed infanzia, spesso coinvolta nei processi negativi famigliari.

CONTENUTI

Punto basilare è la formazione del Personale dipendente, per delicatezza tematiche, finalizzata a supportare, informare sulle possibilità utili al percorso.

L'attività di ascolto psicologico ha concretizzato l'essenza dei Progetti con offerta gratuita, per supporto alla vittima di maltrattamento, per supporto a genitorialità, famiglia non tralasciando il ruolo dei nonni.

I progetti intendono dare supporto alla donna nelle differenti fasi del percorso di vita: favorire l'emersione del fenomeno violenza con percorso di accoglienza alle vittime che accedono in struttura ospedaliera, facilitare la continuità tempestività di attivazione, aumentare le competenze degli operatori sanitari.

Di rilievo individuare precocemente i soggetti a rischio; aumentare la sensibilità della popolazione anche sul tema della vulnerabilità in gravidanza e nel puerperio: caratteristica della donna e della coppia in disagio puerperale, la difficoltà a sviluppare specifica domanda d'aiuto.

Non ultimo: divulgazione informata alla cittadinanza sulle tematiche maltrattamento e percorso genitoriale, con seminari, di utilità per intercettare i segnali di aiuto celati o la presa di coscienza della possibile fragilità



CONCLUSIONI

Garantire una presa in carico multi dimensionale: in tale attenzione si sono sviluppati Finestra Rosa, a supporto della vittima di violenza, in specie familiare ed A piccoli passi, con percorsi di promozione del benessere, sostegno psicologico per i futuri genitori, dalla gravidanza al post-nascita, sostegno alla genitorialità, individuazione precoce del disagio perinatale, allargando la prospettiva dalla diade madre-bambino alla famiglia, ai nonni.

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



Sede di Castelletto



Presidio di Voltri



Scuola Medica Salernitana

LA VITA DOPO UNO STROKE: UNO SGUARDO OLTRE L' ORIZZONTE

C. Giordano¹, A.E. Vozzella², W. Longanella³, D. Indaco⁴, L. Dambrosio⁵, F. De Caro⁶, P. Barone⁴, R. Napoletano⁴, G. Moccia⁴, A. De Chiara¹, D. Fornino¹, M. Perillo¹, M. Capunzo⁷

- (1) Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Salerno
- (2) Direttore Sanitario - A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona
- (3) Direttore Medico di Presidio - A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona
- (4) AOU Stroke Unit San Giovanni e Ruggi D' Aragona, Università di Salerno
- (5) Referente Aziendale Rischio Clinico - A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona -Professore associato UNISA
- (6) Dottore di Ricerca in Medicina Transazionale - Università degli Studi di Salerno - A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona
- (7) Direttore DAI Igiene e Medicina Valutativa - A.O.U San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona -Professore ordinario UNISA

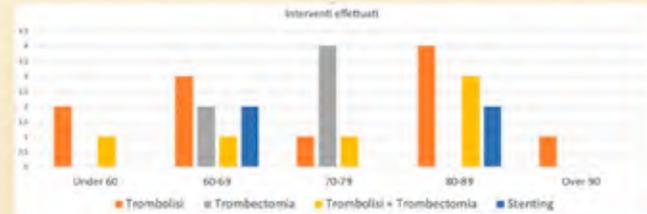
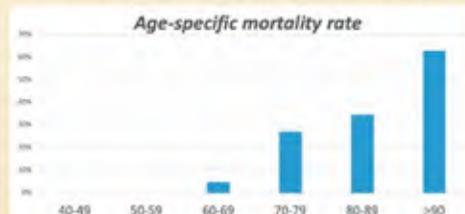
BACKGROUND: La rete stroke nasce nell'accordo mediante un sistema «circolare» di governance territoriale, che ruota attorno all'utente in un adeguato raccordo tra territorio e ospedale, coinvolgendo i diversi attori territoriali prima isolati. L'ictus infatti comporta un drammatico dispendio di risorse umane e finanziarie su scala mondiale. Secondo stime recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), a fronte di 5-7 milioni di morti per ictus, ci sono circa 62 milioni di "stroke survivors", di cui la maggior parte con disabilità a lungo termine. Lo stroke, inoltre, rappresenta il 3% circa della spesa sanitaria annuale nei Paesi industrializzati e i costi della riabilitazione e della lungodegenza contribuiscono a gran parte della spesa. Da questi dati emerge quindi l'importanza di affiancare a una corretta gestione della fase acuta dell'ictus un efficace programma di riabilitazione. Il percorso riabilitativo dopo l'ictus deve avere come obiettivo non solo la gestione delle complicanze dello stroke, ma anche il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti sopravvissuti, con particolare attenzione alle problematiche psicosociali che questa patologia comporta.

OBIETTIVO: Promuovere la misurazione e lo studio della qualità delle prestazioni effettuate attraverso l'intervista telefonica dei pazienti in cura presso la Stroke Unit dell'A.O.U. San Giovanni e Ruggi di Salerno e la riesamina delle cartelle cliniche dal mese di Agosto 2022 al mese di Ottobre 2022 utilizzando un questionario per quantificare sia dati relativi alla prognosi in acuto, sia il percorso conseguente all'evento, con l'ausilio di un'azienda specializzata nel settore del teleconsulto e interviste telefoniche, TOPS Healthcare Communication.

METODI: Nella valutazione qualitativa sono stati adoperati item standardizzati per raccogliere elementi utili al fine di ottenere un'adeguata stratificazione dei pazienti. Gli item sui cui si è ritenuto porre maggiormente l'attenzione sono stati:

1. Luogo di degenza post-accuzie;
2. Condizioni dello stato di salute post-accuzie;
3. Autonomia prima del ricovero;
4. Disturbi come conseguenza dell'ictus;
5. Effettuazione di specifici trattamenti riabilitativi;
6. Tempi di effettuazione dei trattamenti riabilitativi dalla dimissione;
7. Ripresa (se avvenuta) dell'attività lavorativa;
8. Altre patologie secondarie alla dimissione;
9. Accessibilità a visite periodiche da parte del medico di base;
10. Accessibilità a pratiche di invalidità e pratiche per ausili e presidi;
11. Disponibilità ad ulteriori visite;

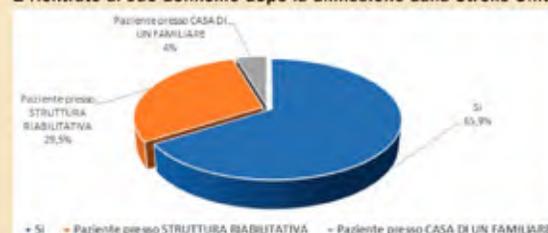
RISULTATI: La rilevazione è stata relativamente alla Age-specific mortality rate, ossia il tasso di mortalità modificato statisticamente per tener conto dell'effetto delle diverse composizioni per età del campione oggetto di studio:



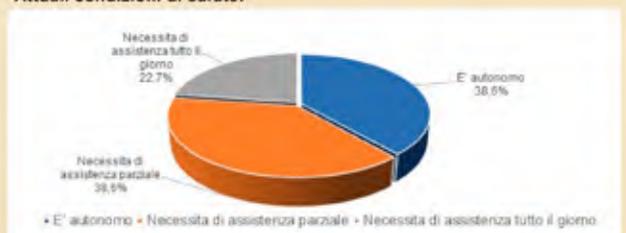
Il numero di interventi realizzati nell'ambito dello stesso trimestre è quello rappresentato in grafico:

Oltre alla mera valutazione prognostica, si è deciso di porre l'accento anche sul grado di autonomia domestica e lavorativa che i pazienti sono in grado di raggiungere dopo un accidente cerebrovascolare.

È rientrato al suo domicilio dopo la dimissione dalla Stroke Unit?



Attuali condizioni di salute:



Obiettivi futuri: Ampliare il campione d'analisi in modo tale da realizzare studi di efficacia dell'unità operativa ed il feedback dell'utenza in tutto il percorso socio-assistenziale ai fini di un controllo effettivo sui risultati, che vada oltre la definizione di parametri di valutazione delle performance (in parte esistenti) e che comporti una capacità di sanzionare le strutture inadempienti e di premiare quelle virtuose.

Bibliografia:

- Candellise L, Gattinoni M, Bersano A, et al.: PROSIT Study Group. Stroke-unit care for acute stroke patients: an observational follow-up study. Lancet 2007; 369: 299-305
- Hackett ML, Anderson CS, House AO. Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies. Stroke 2005; 36: 1098-103
- Rocco A, Pasquini M, Cecconi E, et al. Monitoring after the acute stage of stroke: a prospective study. Stroke 2007; 38: 1225-8





Napoli 17-18-19 maggio 2023

Coordinamento Aziendale Donazione Organi e Tessuti ASL Latina: risultati dopo 3 anni dall'istituzione

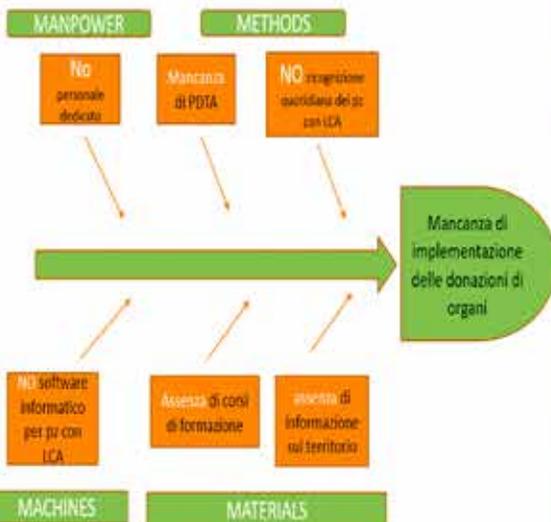
A.L. Grandinetti¹ - A.R. Cacciotti² - R. Marrone³ - S. Parrocchia⁴
 1 Dirigente Medico Direzione Sanitaria ASL Latina
 2 CPS Coordinamento Aziendale Donazione Organi e Tessuti ASL Latina
 3 Dirigente Medico Direzione Medica "Goretti" Latina
 4 Direttore Sanitario Aziendale ASL Latina

INTRODUZIONE

Con il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 il processo di donazione e trapianto di organi è entrato a far parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), pertanto la donazione degli organi è attività istituzionale delle strutture sanitarie ed obiettivo essenziale del Sistema Sanitario Regionale.

All'interno delle aziende sanitarie la figura del Coordinamento D.O.T. rappresenta il tessuto connettivo del sistema di donazione e trapianto rappresentando uno strumento di governo clinico per perseguire l'obiettivo di riduzione del numero delle persone in lista di attesa di trapianto.

Ogni Azienda sanitaria deve quindi avere un'equipe di Coordinamento Aziendale/Locale Ospedaliero per il procurement di organi e tessuti, la cui responsabilità primaria è garantire che sia intrapreso e gestito il processo di donazione, e, in particolare l'accertamento di morte con criteri neurologici o cardiaci, la proposta di donazione, la valutazione e il mantenimento del soggetto con potenzialità donative.



CONTENUTI

Nella ASI DI Latina il Coordinamento Aziendale dopo la sua istituzione ha analizzato le criticità presenti nella propria realtà rilevate attraverso il diagramma di Ishikawa; e ha messo in atto delle strategie per portare un incremento delle donazioni degli organi e tessuti.

Le criticità rilevate sono state la mancanza di personale dedicato a tempo pieno, l'assenza di PDTA dei pz con LCA, mancanza di ricognizione quotidiana di pz con LCA, morte encefaliche silenti, assenza di software informatico per pz con LCA, assenza di corsi di formazioni aziendali e assenza di informazione territoriale.

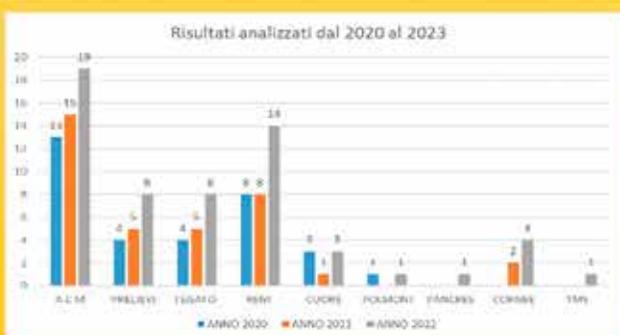
Le misure intraprese dal Coordinamento Aziendale D.O.T. sono state per quanto riguarda il personale una figura infermieristica a tempo pieno, ricognizione quotidiana dei pz che accedono nell'ospedale con LCA, la creazione di un software informatico per pz con LCA, formazione a tutto il personale sanitario con corsi aziendali e informazione sul territorio insieme alle associazioni di settore.

Interventi futuri: creazione di PDTA per i pazienti che accedono con LCA e PDTA per il percorso fine vita.

Questo ha portato ad un incremento sempre più crescente degli accertamenti e consensi alla donazione.

CONCLUSIONI

Il principale limite del trapianto di organi è dato dal numero di donatori che non riesce a soddisfare le esigenze cliniche delle liste d'attesa. Si è visto che si posso avere dei risultati se un coordinamento aziendale è ben strutturato e attento alle criticità della propria realtà, con particolare riferimento all'individuazione del potenziale donatore e gestione del processo di donazione- prelievo (monitoraggio continuo) e formazione del personale sanitario e informazione sul territorio



Simulazione di maxiemergenza nel PS dell'Ospedale San Jacopo di Pistoia: il ruolo della Direzione Sanitaria di Presidio



Simone Iadevaia¹; Lucilla Di Renzo²; Leonardo Capecci³; Kadjo Yves Cedric Adja⁴; Mirco Donati⁵; Cristina Cascini⁶; Monica Chiti⁷

1. Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze; 2. Direttore Rete Ospedaliera, Direttore SOC Direzione Sanitaria; Direzione Presidio Ospedaliero Pistoia, USL Toscana Centro; 3. S.O.S. Direzione Sanitaria PO San Jacopo, Azienda USL Toscana Centro; 4. S.O.S. Direzione Sanitaria PO San Jacopo, Azienda USL Toscana Centro; 5. Direttore SOC Medicina d'urgenza San Jacopo; 6. Coordinatore Infermieristico PS, USL Toscana Centro; 7. Direttore SOS Gestione Infermieristica Pistoia, USL Toscana Centro

Parole chiave

Maxiemergenza, Pronto Soccorso, PEIMAF

Introduzione

La necessità di far fronte a un improvviso e importante afflusso di pazienti critici è una delle potenziali criticità di ogni Presidio Ospedaliero; in previsione di casi come questo le aziende sanitarie sono tenute a stilare ed a mettere in pratica un protocollo, che nell'USL Toscana centro si concretizza nel Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF); Per testare la validità delle recenti modifiche, per valutare la formazione del personale e dell'adeguatezza delle disposizioni si è provveduto ad eseguire una simulazione.

Materiali e Metodi

La simulazione, organizzata dalla struttura aziendale di Coordinamento Maxiemergenze ed eventi a carattere straordinario, ha coinvolto medici, infermieri e operatori socio sanitari in turno, oltre al personale della direzione sanitaria, insieme ai formatori aziendali SISMAX (Sistema Integrato dei Soccorsi in Maxiemergenza). Si è trattato della settima esercitazione effettuata quest'anno in Azienda: analoghe simulazioni sono state svolte negli altri presidi ospedalieri della Asl Toscana Centro.

Al momento dell'inizio della simulazione, erano presenti 30 pazienti in Pronto Soccorso e, in base al piano dell'Ospedale, non appena è scattato l'allarme Maxiemergenza, sono stati trasferiti in un altro setting ospedaliero per fare posto all'arrivo di un massiccio afflusso di pazienti critici.

È stato pertanto attivato il protocollo secondo il metodo SISMAX e, contestualmente, come prevede la procedura, allertata la direzione sanitaria del presidio per decidere, nel più breve tempo possibile, gli interventi da effettuare e sulla necessità di richiamare o meno ulteriore personale in servizio.

Le simulazioni rientrano nel percorso formativo aziendale previsto dal piano per la gestione degli eventi di Maxiemergenza che ogni azienda sanitaria è tenuta ad adottare secondo delibera regionale 1390/2004, con l'obiettivo di coordinare le procedure finalizzate alla gestione di Maxiemergenze e eventi di carattere straordinario (grandi eventi).

L'Asl Toscana Centro da anni ha investito nell'adozione e nello sviluppo di un piano semplice, modulabile e fruibile, in grado di rappresentare i casi nei quali esiste squilibrio tra domanda sanitaria e offerta e la capacità di gestione sia a livello organizzativo che operativo di un numero elevato di pazienti, con sinergia e integrazione tra l'unità di crisi aziendale, la direzione sanitaria, i presidi ospedalieri ed i servizi territoriali.

Personale disponibile e reperibile

Dipartimento	Specialistiche M&A	Specialistiche H&I
Chirurgia	<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale <input type="checkbox"/> Ortopedia Traumatologica	<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare (peripetibilità ortotomica e feriti) <input type="checkbox"/> Endoscopia Digestiva (peripetibilità ortotomica e feriti) <input type="checkbox"/> Ortopediaplastica (peripetibilità ortotomica e feriti) <input type="checkbox"/> Urologia (peripetibilità ortotomica e feriti) <input type="checkbox"/> Oculistica
Malattie Infettive	<input type="checkbox"/> Dermatologia e Infettiva <input type="checkbox"/> Pediatria	
Emergenza e Area Critica	<input type="checkbox"/> Anestesiologia e Rianimazione <input type="checkbox"/> Emergenza Sanitaria Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/> Ematologia (peripetibilità ortotomica e feriti)
Medico	<input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Medicina Interna <input type="checkbox"/> Fisiatria <input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Dermatologia <input type="checkbox"/> Diabetologia <input type="checkbox"/> Endocrinologia <input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Infettiva (peripetibilità ortotomica e feriti) <input type="checkbox"/> Nefrologia (peripetibilità ortotomica e feriti) <input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Reumatologia
Medicine Laboratorio		<input type="checkbox"/> Immunematologia e medicina trasfusionale (peripetibilità ortotomica e feriti)
Medicina Fisica e Riabilitazione		<input type="checkbox"/> Fisioterapia
Oncologico		<input type="checkbox"/> Oncematologia <input type="checkbox"/> Oncologia
Diagnostica per Immagini	<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Radiologia interventivistica <input type="checkbox"/> Radioterapia

Tabella e immagine estratta da "Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) dell'Ospedale San Jacopo di Pistoia"

Ruoli

La catena di comando da prevedere in ogni PS/DEA in assetto PEIMAF prevede le seguenti figure con i relativi compiti:



Conclusioni

Durante tutte le fasi della simulazione, tutti gli attori coinvolti hanno dimostrato piena padronanza del proprio ruolo, e questo anche grazie alla capillare formazione promossa dalla Direzione di Presidio.

L'esito complessivo della simulazione è stato molto positivo: Sono stati necessari solo 27 minuti per liberare il PS dai pazienti in quel momento presenti. Non si è manifestata la necessità di richiamare altro personale in servizio oltre a quello presente in quel momento.

Il Presidio Ospedaliero di Pistoia ha dimostrato una capacità di risposta funzionale ed organizzativa molto efficace. La simulazione ha permesso di testare anche a Pistoia la catena di comando ospedaliera e le comunicazioni efficaci tra direzione aziendale e pronto soccorso.

La percezione del taglio cesareo come indicatore di qualità assistenziale: gli operatori rispondono

Iannuzzo Mariateresa¹, De Martino Valentina², Cautiero Federico³, Di Nuzzo Flavia⁴

¹ Direttore Sanitario - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli

² Responsabile UOS Risk Management - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli

³ Specializzando Igiene e Med. Preventiva Assistente in Formazione - Università degli Studi di Napoli Federico II

⁴ Infermiera epidemiologa Direzione Sanitaria - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli

PAROLE CHIAVE: TAGLIO CESAREO, INDICATORE, AUTODETERMINAZIONE

Introduzione

Il miglioramento delle tecniche chirurgiche e dell'assistenza postoperatoria ha generato la convinzione che il taglio cesareo sia privo di rischi. In realtà la mortalità materna attribuibile all'intervento è da 2 a 10 volte superiore rispetto al parto spontaneo e la frequenza di complicanze è almeno dieci volte più alta. Dal 2020 il SSN indossa nuove lenti per leggere le sue performance e i suoi insuccessi. La bussola utilizzata nelle aree geografiche del Paese è il Nuovo Sistema di Garanzia, che si pone l'obiettivo di valutare tre dimensioni della sanità: equità, efficacia e appropriatezza con un set di indicatori di cui 22 per l'assistenza ospedaliera. L'analisi dell'indicatore *III8C* (% parti cesarei primari in maternità di II livello) mostra come in Campania ci sia decisamente una incidenza più alta di tagli cesarei primari. L'utilizzo del taglio cesareo è spesso indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche e dalle condizioni cliniche delle donne ed è associato alla disponibilità delle strutture coinvolte e alla loro organizzazione. Tutto ciò ci porta a riflettere sui motivi determinanti del fenomeno e all'individuazione di interventi per invertire questa tendenza.

Contenuti

Attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc predisposto nell'Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli, sede di centro nascita con 1500 parti/anno, è stata effettuata una valutazione sulla percezione della necessità di ricorso al taglio cesareo e dello stesso come indicatore di qualità assistenziale tra gli operatori del dipartimento materno-infantile. L'oggetto dell'indagine ha esplorato l'atteggiamento nei confronti dell'autodeterminazione e le strategie per indirizzare verso l'esecuzione di un parto naturale.

Tra i 96 operatori interrogati non tutti ritengono il ricorso al taglio cesareo come indicatore della qualità dell'assistenza (29% del totale) e tra questi la categoria dei ginecologi supera il 70%. Inoltre il parere dei professionisti incide sulla scelta della modalità del parto per il 63%, pur non ritenendo corretto l'utilizzo del taglio cesareo senza indicazioni (77%). Nell'ambito dell'umanizzazione della nascita la partoanalgesia (per il 63% degli operatori), i corsi di accompagnamento alla nascita (per il 52%) e l'allattamento al seno (per il 63%) rappresentano le strategie ritenute più efficaci per favorire il ricorso al parto naturale.

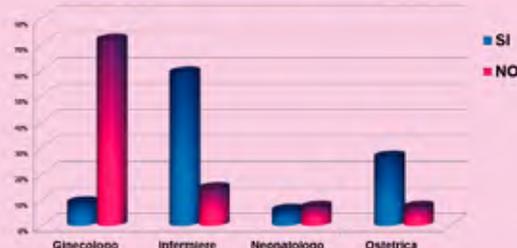
Conclusione

La maggior parte degli studi sulla frequenza del taglio cesareo lo riconducono a quattro indicazioni cliniche: pregresso taglio cesareo, presentazione anomala, distocia e sofferenza fetale. Ma tra le cause va annoverata la presenza ancora consistente nelle nostre sale parto di una generazione di medici educati a risolvere ogni problema con il taglio cesareo. Sicuramente sono invocate da una parte le mutate condizioni sociali, per cui le donne tendono a posticipare l'età della prima gravidanza e a programmare la nascita, dall'altra parte il desiderio di diminuire la mortalità e le complicazioni perinatali, atteggiamento che conduce ad una medicina difensiva, attuata spesso per la pressione psicologica della gestante o dei familiari. I risultati dell'analisi richiamano l'attenzione sull'importanza di un approccio olistico alla partoriente, all'inderogabilità di interventi di formazione e supporto psicologico da offrire durante il percorso nascita pertinenti alle differenti circostanze del parto e ai diversi bisogni delle donne e delle coppie in procinto di diventare genitori.

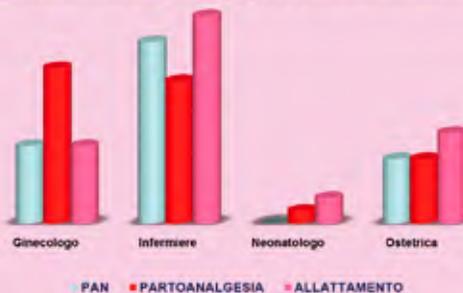
Distribuzione per qualifica degli operatori sanitari del Dipartimento Materno Infantile che hanno risposto al questionario



Percezione del Taglio cesareo come indicatore di qualità dell'assistenza



La strategia considerata prevalente per indurre la paziente a scegliere il parto spontaneo in base alla qualifica dell'operatore sanitario



Per informazioni: iannuzzo.mariateresa@bfna.it

L'ACCREDITAMENTO DEL CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DEL P.O. "LUIGI SACCO" DI MILANO

Iovine M.¹, Clemente F.¹, Cantù A. P.², Di Giminiani M.³, Savasi V.⁴, Olivieri P.⁵

¹ Dirigente Medico, SC Direzione Medica di Presidio, P.O. Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco

² Dirigente Medico, SC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico, ASST Fatebenefratelli-Sacco

³ Dirigente Medico, SC Ginecologia e Ostetricia, P.O. Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco

⁴ Direttore SC Ginecologia e Ostetricia e Centro PMA, P.O. Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco

⁵ Direttore SC Direzione Medica di Presidio, P.O. Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco

Parole chiave: PMA, accreditamento

INTRODUZIONE

Il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) del P. O. Sacco è stato oggetto di riassetto sia dal punto di vista strutturale che impiantistico. Una volta conclusi i lavori, il Centro è stato sottoposto a una nuova procedura di **accreditamento**, con visita ispettiva di **ATS** – Città Metropolitana di Milano e ripresa delle attività dal 1° marzo nelle more del definitivo accreditamento anche da parte del **Centro Nazionale Trapianti (CNT)**, come da normativa vigente.

CONTENUTI

La PMA del Sacco svolge attività di diagnosi e terapia della **sterilità**, offrendo la riproduzione assistita anche per le coppie con uno o entrambi i partner affetti da **patologie virali croniche** (HIV, HCV, HBV). Durante i lavori sono stati garantiti l'accoglienza tramite numero di telefono ed email dedicati, le consulenze del **Fertility point** e le attività ambulatoriali. Le prestazioni di I e II livello sono state sospese, offrendo alle pazienti la possibilità di essere prese in carico dalla PMA del P. O. Melloni, afferente alla medesima ASST, secondo i criteri di priorità. I 12 criocontenitori sono stati affidati a una ditta specializzata con garanzia di sicurezza e tracciabilità.

Dopo l'inaugurazione, l'attività è pienamente ripresa e nelle prime sei settimane dalla riapertura (1° marzo – 15 aprile) sono state effettuate:

- 17 prestazioni di **I livello** (inseminazioni intrauterine);
- 70 prestazioni di **II livello** (FIVET/ICSI, che consistono in prelievo ovocitario, fecondazione in vitro e transfer embrionario), distinte in:
 - 35 *pick up* ovocitari;
 - 35 *embriotransfer*.

CONCLUSIONI

Il rinnovo del Centro PMA ha comportato la riorganizzazione delle attività presso il P. O. Melloni e la gestione di due istanze di accreditamento (ATS e CNT). Una volta conclusi i lavori, la ripresa è stata immediata per tutte le prestazioni in carico al Centro.





"CLINICAL RISK MANAGEMENT COMMUNICATION TEAM "ANMDO Campania - SIRiC



Papa M.¹³, Ciaburro S.¹, Pesacane G.¹, Cuccurullo P.², Rea T.³, Carbone C.³, Capuano A.³, Vozzella E.⁴, Longanella W.⁴, Lanzetta R.⁵, Mansi L.⁶, Fiore B.⁷, Schiavone B.⁸, Riganti C.⁹, Matarazzo G.¹, Zamparelli E.¹, D'Onofrio G.¹⁰, Pecci F.¹, Barbarino A.⁹, Manzi C.¹¹, Vittorioso L.¹², Corvino M.¹⁴, Verdoliva C.¹⁵, Zamparelli B.¹
SIRiC¹, Direzione medica Clinice Center, Napoli², Ordine delle Professioni Infermieristiche, Napoli³, Direzione sanitaria AOU Ruggi, Salerno⁴, Direzione sanitaria AO Moscati, Avellino⁵, CIRPS Centro Interuniversitario di Ricerca per lo Sviluppo Sostenibile⁶, Dip.Sc. Soc. Univ. Federico II di Napoli⁷, Direzione medica Pineta Grande Hospital, Castel Volturno (CE)⁸, Direzione medica Policlinico Federico II di Napoli⁹, Direzione sanitaria AO Cardarelli, Napoli¹⁰, Direzione sanitaria AO Caserta¹¹, Direzione medica PO San Giovanni Bosco, Napoli¹², UOC Programmazione e Pianificazione ASL Napoli 1 Centro,¹³ Direzione Sanitaria ASL NA 1 Centro¹⁴, Direzione generale ASL NA 1 Centro¹⁵

INTRODUZIONE: O.M.S.:"il 50% degli errori medici è ascrivibile a difetti della comunicazione medico-paziente e tra gli stessi professionisti sanitari"



BIBLIOGRAFIA

- Stamer A, e coll. "Changes in Medical Errors after implementation of a Handoff Program". New Engl. Med J. 2015
- Hansson AF, Gähler Jostiz. Near Wage für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation - Evidenzbasierte Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der medizinischen Praxis. GMS J Med Educ. 2015;
- Street L, Mazze K, Aron N. "Assessing Patient-Centered Communication in Cancer care: Measures for Surveillance of Communication Outcomes." J Oncol Pract. 2016
- Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disastri sanitari - relazione di fine legislatura, Gennaio 2013
- John Overveit. "Quali interventi sono efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti? Una revisione della ricerca sulle prove d'efficacia". KAROLINSKA INSTITUTET 2008
- Icemic. Associazione Internazionale per le Scienze della Comunicazione e la Medicina. "The golden bridge: communication and patient safety". Firenze 2015.

CONTENUTI: Elaborare e somministrare un questionario ai professionisti sanitari di Area Critica per valutarne le ABILITA' COMUNICATIVE; imparare a dialogare con il paziente; le comunicazioni difficili: comunicare prognosi infauste, metodologia e formazione.

Primo questionario sulla qualità della comunicazione in area critica in ospedale
Questionario somministrato a personale medico ed infermieristico del centro di area critica ospedaliera

AUTOVALUTAZIONE

1. Qual è la tua professione? *

Contrassegna solo un ovale:

Medico

Infermiere

2. La tua età in anni è compresa tra *

Contrassegna solo un ovale:

20-30

30-40

40-50

50-60

oltre 60

imparare a dialogare con il paziente

La comunicazione medico-paziente

METODO S.A.C.C.I.A (A.F.Hansson)

Valore per ogni tipo di comunicazione con i professionisti della salute in cura al paziente

1. la capacità di saper ascoltare con ogni tipo di storia, riconoscendo a partire dal contesto del processo di comunicazione e cura

2. Come ad esempio una comunicazione che passa da un caso o fatto al momento di diagnosi.

La comunicazione rivolta al paziente non è come quella intrapresa con ogni tipo di storia, riconoscendo a partire dal contesto del processo di comunicazione e cura

3. L'informazione deve essere accurata, comprensibile, in grado di dare un'idea generale e di non compromettere il personale curante.

4. Non sempre vanno chiariti sulla scelta terapeutica, analizzandone e motivandone i componenti, individuando i punti di incontro e di divergenza per i due attori.

BIBLIOGRAFIA
Hansson AF. "SACCIA Safe communication: Five Core Competencies for Safe and High Quality Care" Journal of Patient Safety and Risk Management

Protocollo

fase 1: setting e preparazione del colloquio

fase 2: valutare la percezione del paziente

fase 3: ottenere l'invito del paziente a dare informazioni

fase 4: dare informazioni al paziente

fase 5: Attenzione ed emozioni del pz Risposte empatiche

fase 6: definizione strategia e sintesi del colloquio

S P I K E S

LE COMUNICAZIONI DIFFICILI

COMUNICARE UNA PROGNOSI INFAUSTA

Situazioni nelle quali vi è una sensazione di assenza di speranza, una minaccia al benessere mentale o fisico di una persona, un rischio di sconvolgimento di uno stile di vita consolidato, o comunque un messaggio che conferisce a un individuo una minore possibilità di scelta nella vita" (Pitceck)

BIBLIOGRAFIA
Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Doule EA, Kadelia AF. "SPICES - A six-step protocol for delivering bad news" Application to the patient with cancer." The Oncologist 2005; 10:2-11.

La formazione del medico di area critica sulle metodologie per le "comunicazioni difficili"

GRUPPO DI LAVORO PER LA PREVENZIONE DELL'ERRORE MEDICO COLLEGATO A DIFETTI DI COMUNICAZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO " SIRiC (Società Italiana Rischio Clinico) - ANMDO Regione Campania (Ass. Naz. Medici di Direzione Ospedaliera) - Dipartimento di Scienze Sociali, Università Federico II" di Napoli- CIRPS (Centro Interuniversitario di ricerca per lo Sviluppo Sostenibile)- Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli

SIRiC, via F. Petrarca 26, Napoli

CONCLUSIONI: Utilizzare i risultati del sondaggio per definire gli interventi formativi da intraprendere per migliorare le abilità comunicative dei professionisti di Area Critica (comunicazioni difficili/bad news)



Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Asp di Caltanissetta in ambito energetico

Longo Alberto, studente in specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università degli Studi di Udine
Giorgio Federica, Collaboratore Amministrativo professionale presso il Dipartimento di Cure Primarie e ISS,
Bartoluccio Gaetano., referente PUA Distretto Sanitario di Gela Dipartimento Cure Primarie e Iss,
Cirrone Cipolla Alfonso, responsabile Direzione Medica di Presidio Suor Cecilia Basarocco, Niscemi

INTRODUZIONE	CONTENUTI
<p>Nell'accezione più comune del termine, per risparmio energetico si intende il minor utilizzo dell'energia a nostra disposizione nelle azioni quotidiane.</p> <p>L'impatto ambientale derivante dall'attività che giornalmente si compie negli uffici non è trascurabile: l'utilizzo di macchinari e supporti alimentati da energia elettrica, il raffreddamento/ riscaldamento degli ambienti, la quantità di carta e inchiostro utilizzati, rendono importanti tali consumi sotto l'aspetto delle ricadute sull'ambiente.</p> <p>Il tema del risparmio energetico e dell'uso intelligente e razionale dell'energia deve rientrare nel codice di comportamento dei dipendenti pubblici, chiamati a partecipare attivamente ai programmi di riduzione e contenimento dei consumi energetici aziendali e a impegnarsi quotidianamente per adottare comportamenti orientati all'efficienza energetica.</p> <p>L'Asp di Caltanissetta, ha redatto un "Manuale per il Risparmio in Ufficio" con lo scopo di sensibilizzare i dipendenti sul problema dei consumi energetici e degli sprechi fornendo indicazioni sui consumi energetici e sull'impatto ambientale e suggerisce i comportamenti più corretti dal punto di vista energetico e ambientale.</p> <p>Il Manuale altresì vuole essere un contributo alla creazione di una rete virtuosa di informazioni e comportamenti quotidiani sostenibili e rispettosi dell'ambiente.</p>	<p>Gli interventi ad acquisire comportamenti eco sostenibili sono molteplici ma ogni azione, che sia di natura organizzativa o strutturale, presuppone un'attenta verifica di fattibilità, tecnico/ economica e di rapporti costi/ benefici, comportamenti intelligenti permettono un considerevole risparmio energetico senza particolari rinunce.</p> <p>La normativa individua nell'adozione di comportamenti sostenibili una strada necessaria da percorrere per il raggiungimento dell'obiettivo del risparmio energetico, serve quindi una promozione culturale capillare per sopperire alla non obbligatorietà di tale strumento, che non può essere semplicemente demandato alla coscienza individuale ma ha bisogno di azioni mirate di sensibilizzazione da parte dei soggetti pubblici preposti a tali attività.</p> <p>Le attività lavorative che giornalmente si compiono nei nostri uffici comportano:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il raffreddamento/riscaldamento degli ambienti 2. L'illuminazione dei locali e spazi esterni 3. L'uso di computer, fotocopiatrici e stampanti 4. Consumo di carta e di inchiostri 5. Il consumo di acqua <p>Tali consumi energetici sono affetti da fattori di spreco e di inefficienza; alcuni di questi afferiscono ai comportamenti individuali e collettivi e sulla organizzazione interna.</p> <p>Questi consumi possono essere ridotti con interventi a costo zero agenti sui comportamenti dei lavoratori.</p>
RISULTATI	
<p>Attuando il maggior numero delle indicazioni suggerite nel Manuale, è possibile conseguire un risparmio energetico in misura variabile dal 5 al 15% degli attuali consumi di energia degli uffici pubblici con conseguente riduzione di emissione di CO₂.</p> <p>Se nel tempo tutti i dipendenti attueranno tali comportamenti virtuosi, il risparmio sarà notevole.</p> <p>Le azioni indicate oltre ad essere molto semplici, consentono una gestione più intelligente dei consumi energetici in modo da migliorare la qualità dell'ambiente senza rinunciare a livelli di funzionalità e di comfort cui siamo abituati.</p> <p>Il Presente manuale sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse e ai risultati della sua applicazione nella pratica.</p>	

PosterNerd logo will not print on final poster. For questions, call 800.347.2744 or email support@poster nerd.com

Template ID: conceptualizingcobalt Size: 36x48

©2022 PosterNerd



L'ENTEROCOCCUS FAECIUM: GESTIONE DI UN CLUSTER NEL SETTING INTENSIVO NEONATALE DI UN OSPEDALE ROMANO

Lorusso G.^a, Giannotta A.^b

^aMedico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Universit  degli Studi di Roma Tor Vergata

^bDirettore Sanitario, Policlinico Casilino di Roma

Parole chiave

Enterococcus faecium, VRE, Neonatologia.

Introduzione

L'*Enterococcus faecium* (*E.f.*)   un batterio Gram positivo, appartenente alla famiglia degli enterococchi, presente nel tratto gastrointestinale. Nei soggetti sani   ritenuto un comune commensale, ma nei soggetti che presentano particolari condizioni cliniche pu  causare endocarditi, sepsi, infezioni del tratto urinario o essere associati a peritoniti e ascessi intra-addominali. Il progressivo, recente, aumento dell'antibiotico resistenza riguarda anche l'*E.f.* che mostra in circa 1/3 dei casi resistenza alla vancomicina, condizione spesso associata a infezioni correlate all'assistenza.

Contenuti

I neonati sono particolarmente suscettibili alle infezioni da germi multiresistenti, soprattutto in presenza di fattori di rischio quali: parto pretermine, basso peso alla nascita, somministrazione di farmaci antibiotici, uso di dispositivi medici invasivi per sostenere le funzioni vitali. A gennaio 2023, in Terapia Intensiva Neonatale (TIN),   stato riscontrato un cluster di *E. f.* vancomicina resistente (VRE). Il caso indice   stato identificato in un neonato pretermine affetto da una malformazione intestinale che, il 21 gennaio, al momento del trasferimento presso l'Ospedale Bambino Ges ,   risultato essere positivo allo screening per i germi multiresistenti, verosimilmente contagiato dalla madre portatrice sana di VRE. Il 24 gennaio, dopo test di conferma della positivit  del caso indice, sono stati sottoposti a sorveglianza per VRE, mediante tampone rettale, tutti i neonati della TIN, di questi due sono risultati positivi. Nel corso dei giorni seguenti il contagio si   diffuso ad altri neonati, sia all'interno della TIN che dei locali attigui della Patologia Neonatale. E' stato quindi necessario verificare sul campo l'adeguata adozione alle corrette pratiche sia di igiene delle mani che di pulizia e disinfezione di superfici e dispositivi. Si   proceduto con la compartimentazione di tutti i neonati positivi in un unico locale con personale di assistenza dedicato ed a procrastinare la sorveglianza con tampone rettale di tutti i neonati presenti nelle aree di TIN e Patologia Neonatale sia al tempo 0 che a 7 giorni. Tuttavia il numero dei piccoli pazienti positivi   aumentato anche dopo la compartimentazione, probabilmente a causa del contagio avvenuto in precedenza e manifestatosi qualche giorno dopo. In totale sono stati registrati altri 11 casi di positivit . In seguito a ci    stato disposto il campionamento ambientale (superfici) che ha mostrato la contaminazione di una bilancia pesa neonati. L'osservazione sul campo, disposta dal locale Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere, non ha mostrato defaillance nell'adozione delle precauzioni da contatto ivi compreso il lavaggio delle mani; tuttavia, come   lecito dedurre, la propagazione dei contagi   conseguenza di una non ottimale osservanza delle norme. A fine marzo   terminata la sorveglianza con la dimissione dei piccoli pazienti: il cluster ha coinvolto in totale 25 neonati e, ad eccezione del caso indice, nessuno ha sviluppato l'infezione.

Conclusioni

I neonati, ed in particolare quelli ricoverati per lungo tempo in TIN, sono a maggior rischio di sviluppare infezioni a germi multiresistenti come *E. f.* VRE. La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre la colonizzazione e l'infezione del paziente da parte di microrganismi e la loro diffusione nell'ambiente. Applicando le direttive del Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio contenute nel documento "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani", sono stati programmati corsi formativi aggiuntivi rivolti a tutti gli operatori sanitari. Inoltre il reclutamento di osservatori diretti, specificatamente formati, anche grazie all'ausilio di schede di valutazione, permette di avere un feedback dell'applicazione delle corrette pratiche evidenziando eventuali criticit  sia in tema di igiene delle mani che di pulizia e disinfezione degli ambienti e dei dispositivi.



Sorveglianza delle batteriemie da CRE: valutazione epidemiologica presso l'ARNAS Civico di Palermo

Marsala MGL, Iaria C, Imburgia C, Di Bernardo F, Saporito L, Picciuca Z, Natoli G

Comitato Infezioni Ospedaliere ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli, Palermo

PAROLE CHIAVE: antibioticoresistenza, CRE, batteriemie

INTRODUZIONE

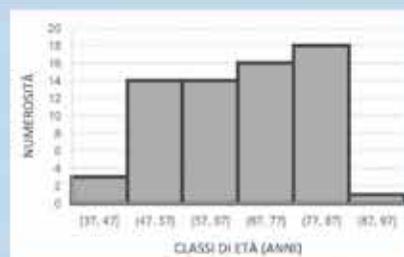
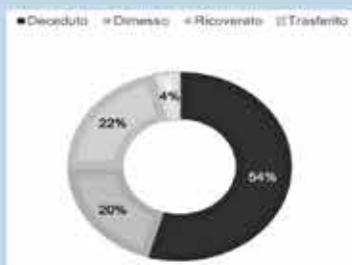
L'antibiotico-resistenza è un grave problema di sanità pubblica. Il Ministero della Salute ha attivato un sistema di sorveglianza specifico per le batteriemie da *K. pneumoniae* e *E. coli* resistenti ai carbapenemi (CRE). Riportiamo i risultati della sorveglianza attiva per l'anno 2022 nel nostro ospedale.

CONTENUTI

La Microbiologia in caso di batteriemie da CRE, comunica entro 48 ore al gruppo operativo CIO e al referente CRE per l'inserimento dei dati sulla piattaforma qualitasiciliassr.it: il Gruppo Operativo CIO contatta le UUOO coinvolte per dare indicazioni sul protocollo di isolamento; il referente aziendale CRE interviene allertando il team di Antimicrobial Stewardship che si occupa delle azioni clinico-terapeutiche di ogni singolo caso.

Nel 2022 su 22764 ricoveri ordinari sono state esaminate 7042 emocolture, di cui 1407 (20%) positive. Le emocolture positive per *K. pneumoniae* sono state 136, di queste 72 (52,9%) presentavano microrganismi resistenti ai carbapenemi. Nonostante l'alta prevalenza annuale, la percentuale di isolati resistenti si è ridotta significativamente tra il primo e il secondo semestre passando dal 71,2% al 41,7% (p=0,001). Le emocolture positive per *E. coli* sono state 101. Solo un isolato era resistente ai carbapenemi (1%). Il primo isolato per ciascun paziente è stato segnalato e sottoposto a ricerca dei geni per le carbapenemasi. Gli isolati in studio provenivano da 60 pazienti con età media di 68 anni, senza prevalenza di genere. I reparti di provenienza erano terapia intensiva (43,4%), medicina (35%), chirurgia (8,3%), oncologia (8,3%) e pronto soccorso (5%). Tutti i ceppi di *K. pneumoniae* presentavano il gene KPC tranne uno positivo per OXA-48. Due ceppi presentavano due geni di resistenza (KPC+VIM, KPC+OXA-48). Tutti gli isolati erano fenotipicamente resistenti ai carbapenemi tranne due, positivi rispettivamente per i geni OXA-48 e KPC. L'unico ceppo di *E. coli* resistente presentava il gene NDM.

Dal grafico sotto riportato si nota come per il 54% dei pazienti con infezione da CRE l'esito del ricovero sia stato il decesso.



CONCLUSIONI

K. pneumoniae KPC positiva è responsabile della quasi totalità delle batteriemie da CRE nel nostro ospedale. La mortalità in questi pazienti è stata molto elevata.

La riduzione significativa della percentuale di batteriemie da CRE osservata nel secondo semestre sottolinea l'efficacia della sorveglianza attiva e degli interventi di prevenzione e controllo delle infezioni e di antimicrobial stewardship.

Fast Track Oculistico : percorso “veloce” presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia

C. Martini* M.Cristina De Lio,* I. Bernardini*, G. Castelletti**, M. Ceccarelli*, A. Pasqualucci*
 * Direzione Medica AOPG, ** SITRO AOPG, ^ Direttore Sanitario AOPG

Introduzione

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso è da tempo una tematica centrale nel dibattito sanitario e si rendono necessarie nuove soluzioni organizzative che consentano la riduzione dei tempi di attesa nel rispetto dell’appropriatezza clinica e che possano raggiungere una migliore soddisfazione dell’utenza.
 Il Fast track oculistico nella fattispecie rappresenta una procedura organizzativa attuata con lo scopo di ottimizzare il modello di risposta assistenziale ai pazienti, con sintomi/segni di chiara pertinenza oculistica a carattere di minore urgenza, che si presentano in Pronto Soccorso.

Contenuti

Presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia sono state identificate le branche specialistiche per cui attivare un percorso di Fast Track. L’Oculistica è stata la prima ad essere attivata. Il percorso organizzativo ha previsto:
 Identificazione dei criteri specifici di inclusione ed esclusione per l’applicazione dei percorsi veloci a gestione infermieristica;
 Definizione della scheda di triage fast track informatica;
 Formazione del personale di triage;
 Creazione di un sistema di monitoraggio del processo utilizzando gli indicatori specifici.
 La formazione del personale di competenza aziendale ha coinvolto personale di triage di esperienza consolidata con un adeguato periodo di formazione insieme ai Medici Oculisti per la condivisione dei criteri.

Risultati

Il percorso Fast Track Oculistico è stato attivato il 1° Dicembre 2021. L’infermiere di triage del Pronto Soccorso, dopo aver accertato il bisogno di salute dell’utente invia quest’ultimo direttamente all’ambulatorio di Oculistica qualora presenti un quadro riconducibile a patologia rientrante in un elenco di condizioni definite e concordate tra Pronto Soccorso e Clinica Oculistica (fig.1).
 A completamento del percorso (Fig.2), qualora ci fosse necessità di programmare accessi ulteriori del paziente, è stata attivata la funzione di follow-up, che consente di programmare, utilizzando il gestionale “First Aid”, i successivi controlli che lo specialista ritenga utili alla conclusione dell’iter diagnostico-terapeutico.

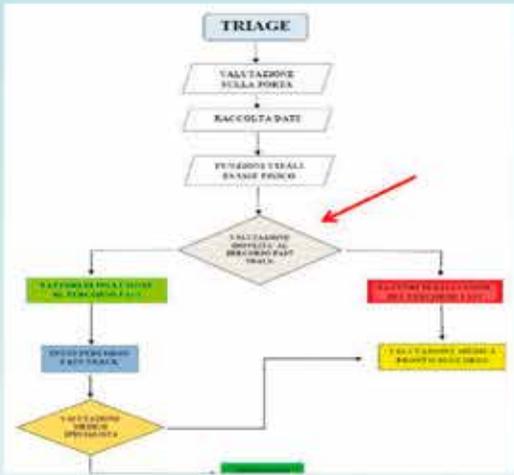


Fig.2

CONDIZIONI CLINICHE CHE RIENTRANO NEGLI AMBITI DELLA CLINICA OCULISTICA DEL PRONTO SOCCORSO, INQUADRANDO IL QUADRO DI UNO DEI SECONDI SOCCORSI SPECIALISTICI, DA VALUTARE A TRIAGE PERCORSO VELOCE, CONFORME AI CRITERI CONSOLIDATI.

- CONDIZIONI CLINICHE CHE RIENTRANO NEGLI AMBITI DELLA CLINICA OCULISTICA DEL PRONTO SOCCORSO, INQUADRANDO IL QUADRO DI UNO DEI SECONDI SOCCORSI SPECIALISTICI, DA VALUTARE A TRIAGE PERCORSO VELOCE, CONFORME AI CRITERI CONSOLIDATI.**
- Infezioni oculari, Bactera e virali
- Cisti del viso (cisti dermoide, cisti dermoide, cisti dermoide)
- Lesioni corneali (trauma, cheratite, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni sclerali (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni retiniche (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni vitreali (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni del nervo ottico (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni del nervo ottico (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni del nervo ottico (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)

CONDIZIONI CLINICHE CHE RIENTRANO NEGLI AMBITI DELLA CLINICA OCULISTICA DEL PRONTO SOCCORSO, INQUADRANDO IL QUADRO DI UNO DEI SECONDI SOCCORSI SPECIALISTICI, DA VALUTARE A TRIAGE PERCORSO VELOCE, CONFORME AI CRITERI CONSOLIDATI.

- Lesioni corneali (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni sclerali (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni retiniche (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni vitreali (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni del nervo ottico (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni del nervo ottico (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni del nervo ottico (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)
- Lesioni del nervo ottico (trauma, cheratite, cheratite, cheratite)

Conclusioni

L’attivazione del Fast Track con una prima valutazione al Triage per un’evidente competenza specialistica, si procede alla richiesta immediata di consulenza in reparto. Si elimina in tal modo la prima visita in ambulatorio di Pronto Soccorso che avrebbe potuto rivelarsi non risolutiva e si riduce il tempo di attesa necessario per accedere a visita specialistica. Si è assistito a:

- Riduzione dei tempi di attesa e del tempo complessivo di permanenza nel DEA;
- Riduzione dei tassi di allontanamento volontario;
- Aumento della soddisfazione dell’utenza

Parole chiave: Fast-track, Pronto Soccorso, Appropriatezza

Vaccinazione di richiamo dTpa negli operatori sanitari in una grande AOU del Sud Italia

Michelangelo Mercogliano¹, Claudio Fiorilla¹, Federica Esposito¹, Michele Sorrentino¹, Pasquale Domenico Mirizzi¹, Antonio Parisi¹, Andrea Tajani¹, Gaetano Buonocore², Maria Triassi^{1,3}, Raffaele Palladino^{1,3,4}

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Italia
²Direzione clinica, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Italia
³Centro Interdipartimentale di Ricerca in Management Sanitario e Innovazione in Sanità (CIRMIS), Napoli, Italia
⁴Department of Primary Care and Public Health, School of Public Health, Imperial College, London, the UK

Parole chiave: dTap, Vaccini, Sanitari

Introduzione:

In Europa, il richiamo del vaccino dTpa (difterite, tetano, pertosse acellulare) ha una copertura subottimale. Con lo scopo di migliorare le attuali strategie di vaccinazione, è stato valutato lo stato di copertura, le conoscenze e l'attitudine sulla vaccinazione dTpa negli operatori sanitari (HcWs) dell'Ospedale Universitario "Federico II" di Napoli, Sud Italia, nel 2022.

Contenuti:

Lo studio trasversale si è valso di un questionario anonimo convalidato; le conoscenze e le attitudini sono state valutate tramite punteggi. Per identificare le associazioni fra conoscenze e attitudini con il richiamo dTpa, sono stati utilizzati modelli multivariati logistici e di regressione lineare. I modelli sono stati controllati per età, sesso, professione, dipartimento e anzianità lavorativa.

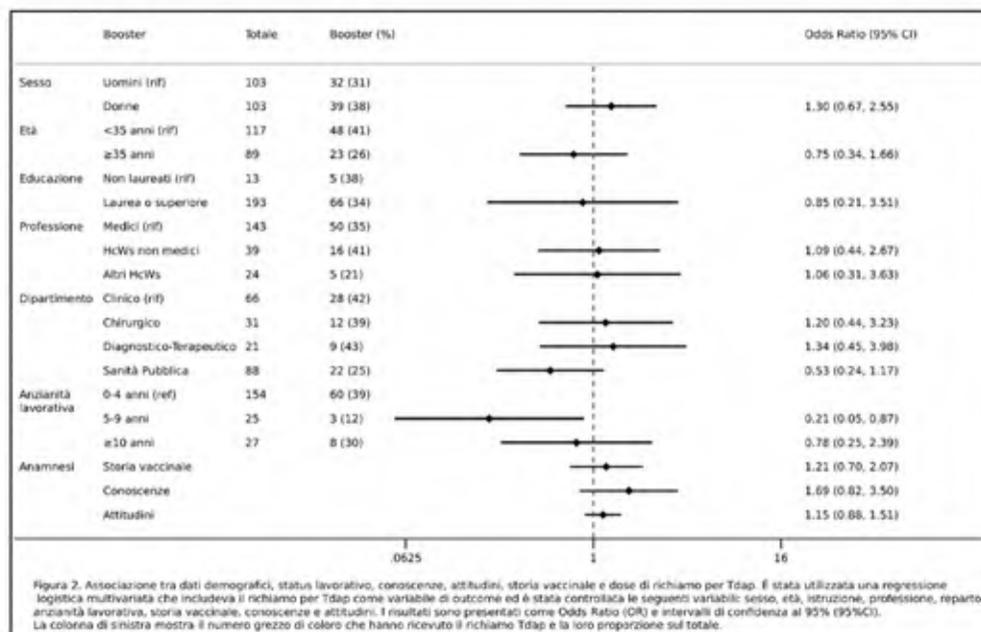
Sono stati somministrati 206 questionari fra gli HcWs, di questi, 143 (69.4%) erano medici (Fig 1). 71 (34.47%) operatori hanno ricevuto il booster dTpa. Dalle analisi effettuate è risultato che coloro che avevano lavorato 5-9 anni in ospedale avevano una probabilità inferiore del 78% di essere vaccinati con il richiamo dTpa (5-9 anni - OR: 0.22, CI: 0.06 | 0.85) rispetto agli operatori di nuova assunzione. Non sono state riscontrate differenze nel punteggio medio riguardo le conoscenze. I medici avevano un punteggio nelle attitudini maggiore nei confronti della vaccinazione rispetto ad altri operatori (Altri - Coef. -2.15; CI: -4.14 | -0.15) e chi era impegnato in un reparto diagnostico-terapeutico o in una direzione medica ha presentato, rispetto a chi lavorava in un reparto clinico, un punteggio di attitudine inferiore, rispettivamente di 3.1 e 2.0 (diagnostica-terapeutico - Coef. -3.12, CI: -5.13 | -1.12; sanità pubblica - Coef. -1.98, CI: -3.41 | -0.56) (Fig 2).

Conclusioni:

Risulta necessario attuare strategie di sanità pubblica atte migliorare la conoscenza e l'atteggiamento nei confronti delle vaccinazioni, in particolare evidenziando l'importanza del richiamo dTpa ogni 10 anni come strumento di prevenzione per proteggere le popolazioni ad alto rischio.



Figura 1. Campione





48° Congresso Nazionale ANMDO
Napoli, 17-18-19 maggio 2023



Indagine conoscitiva sull'adozione di linee guida, protocolli, procedure nel rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento per la sicurezza delle cure

Milazzo Marina, Responsabile U.O.S. Rischio Clinico e Qualità; Ferranti Salvatore, Dirigente Medico U.O.S. Rischio Clinico e Qualità Azienda Sanitaria Provinciale Catania

Parole chiave: appropriatezza clinica e sicurezza, linee guida, EBM

Introduzione: La conoscenza dei principi e dei metodi della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) e il riferimento alle linee guida per la pratica clinica sono considerati strumenti chiave per migliorare la qualità delle cure.

Presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania è stata condotta un'indagine conoscitiva con lo scopo di monitorare l'adesione, e la conoscenza degli operatori sanitari nei confronti di EBM e linee guida secondo le indicazioni della Legge 24/2017 (Legge Gelli Bianco) e dei requisiti del criterio 6: "appropriatezza clinica e sicurezza" previsti nel Decreto Assessoriale Regione Siciliana 17 Maggio 2021.

Metodologia

L'indagine è stata condotta attraverso un questionario (Fig.1) strutturato secondo i 6 items corrispondenti ai subcodici di evidenza previsti nell'allegato B5 del D.A. 17 maggio 2021 "Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture". Il questionario è stato trasmesso con nota di accompagnamento alle n. 74 U.U.OO. dei Presidi Ospedalieri dell'Asp di Catania.

Fig. 1 Struttura del questionario



Risultati:

Il numero totale di questionari restituiti debitamente compilati è pari a 27 (36,49%).

- Le 27 U.U.OO. che hanno risposto al Questionario adottano protocolli, linee-guida o percorsi di cura/assistenza per il trattamento delle tre patologie più frequentemente trattate. Va tuttavia rilevato che solo in 17 questionari su 27 (62,96%) viene fatto esplicito riferimento ad essi, con indicazione della fonte (società scientifiche, protocolli e/o PDTA Aziendali).
- In 24 U.O. su 27 (88,89%) vi è evidenza di formalizzazione e implementazione di LL-GG e protocolli, soprattutto in riferimento a protocolli e procedure aziendali.
- In 20 U.U.OO. su 27 (74,07%) vi è evidenza del coinvolgimento del Personale nella redazione e implementazione di LLGG e protocolli, attuata soprattutto con la partecipazione a periodici incontri di aggiornamento e *briefing* di Reparto.
- In 27 U.U.OO. su 27 (100%) vi è facile accesso ai Protocolli e LL-GG, attuato soprattutto attraverso la presenza e la facile accessibilità dei documenti in Reparto.
- In 27 U.U.OO. su 27 (100%) vi è evidenza della informazione e formazione del Personale all'utilizzo di LL-GG e Protocolli, attuata soprattutto attraverso la documentata partecipazione a corsi di formazione e lo svolgimento di *briefing* di Reparto.



Conclusioni

Il monitoraggio sull'adesione degli operatori sanitari rispetto all'utilizzo di linee guida, protocolli e procedure aziendali, secondo i requisiti formulati nel "criterio 6: appropriatezza clinica e sicurezza" di cui al decreto assessoriale, ci ha permesso di rappresentare un'attitudine genericamente positiva nell'utilizzo di procedure e linee guida. Si ritiene un elemento di criticità la bassa adesione da parte degli operatori nella compilazione del questionario (36,49%) che merita di essere approfondita con ulteriori indagini.

UOS Rischio Clinico e Qualità, Via S. Maria La Grande, 5 - 95124 Catania tel. 0953540295, Email: rischioclinico@aspcat.it



Il progetto SAPAD di MELITTAKLINIK (BZ): nuove frontiere nella gestione di una farmacia 4.0



Montel E. ¹, Waldner J. M. ², Loss R. ³, Lualdi V. ⁴, Waldner P. ⁵, Dal Zot T. ⁶, Waldner A. ⁷

1. Direttrice medica, Direzione medica Ospedale di Bressanone, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
2. Direzione tecnica (COO) MELITTAKLINIK*, Bolzano
3. Igiene ospedaliere Direzione medica Ospedale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
4. Bioingegnere MELITTAKLINIK*, Bolzano
5. Direzione infermieristica MELITTAKLINIK*, Bolzano
6. IT Manager MELITTAKLINIK*, Bolzano
7. Direzione Scientifica MELITTAKLINIK*, Bolzano

*MELITTAKLINIK è una casa di cura privata con sede a Bolzano, convenzionata con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, specializzata in riabilitazione (fisioterapia, logopedia, ergoterapia, anche con sistemi robotici) e in chirurgia elettiva, in primis ortopedica e traumatologica

PAROLE CHIAVE:	FARMACI	DISTRIBUZIONE	TRACCIABILITÀ
-----------------------	----------------	----------------------	----------------------

INTRODUZIONE. La distribuzione dei farmaci ai reparti e la somministrazione delle terapie sono processi fondamentali ma ancora poco tracciabili e caratterizzati da elevato rischio di errore, i consumi sono poco controllabili e non da ultimo comportano una privazione di tempo che potrebbe essere invece utilizzato per l'assistenza al paziente.

CONTENUTI. Con l'obiettivo di migliorare la qualità del servizio erogato, Melittaklinik ha intrapreso un percorso di automatizzazione della preparazione e somministrazione del farmaco chiamato Secure Advanced Preparation & Administration of Drugs (SAPAD). SAPAD prevede l'automatizzazione dei processi di preparazione e tracciabilità della somministrazione di terapie personalizzate nonché la centralizzazione della logistica del farmaco.



È stato introdotto un sistema HW/SW robotizzato ATHENA composto dal dispositivo CALYPSO OS, per il confezionamento dei farmaci in dose unitaria (UD), e dal dispositivo PEGASUS, per raggruppare le UD in terapie prescritte per paziente specifico e quindi erogarle al momento della somministrazione. Il sistema non interviene sul confezionamento originale del farmaco, quindi, non si intacca né la confezione primaria né la secondaria ma, rimbustando il farmaco in un nuovo packaging identificato da QR code, si garantisce la tracciabilità dei farmaci e il corretto abbinamento della terapia allo specifico paziente. Per tale motivo non si rende necessario il nulla osta da parte di AIFA. Non è inoltre necessario installare il sistema in ambiente ad atmosfera controllata tipo camera bianca. Athena si interfaccia con il sistema informativo ospedaliero (SIO) di prescrizione della terapia.

Il nuovo processo così automatizzato si compone di 4 fasi:

- 1) prescrizione della terapia farmacologica in reparto;
- 2) convalida della terapia tramite SIO interfacciato con il software di ATHENA;
- 3) creazione della terapia tramite sistema ATHENA;
- 4) somministrazione della terapia in reparto previo controllo al letto del paziente tramite scanning.

La fase 3 di creazione della terapia si compone anche di 4 momenti:

- 1) ricezione degli scatoloni e controlli in ingresso dei farmaci;
- 2) registrazione della scatola del singolo farmaco nel software ATHENA;
- 3) produzione della UD tramite sistema CALYPSO OS (capacità produttiva massima: 1200 dosi/die);
- 4) Stoccaggio UD e produzione delle terapie associate a un identificativo (ID) paziente tramite sistema PEGASUS.

In reparto giungono blister di massimo 6 farmaci monodose raggruppati in terapie identificate da un talloncino con un QR code. L'infermiere responsabile della somministrazione effettua la scansione del QR code sul talloncino, verificando la corrispondenza tra paziente (nome e cognome, ID paziente, stanza) e terapia da somministrare (farmaci, posologia, orario di somministrazione).



CONCLUSIONI. L'automazione del processo di distribuzione dei farmaci e la totale tracciabilità delle operazioni comportano un forte abbattimento del rischio di errore, oltre che una razionalizzazione della spesa e dei consumi.

Vi è anche una riduzione degli sprechi e delle scorte a magazzino, non da ultimo per il personale di reparto si crea un risparmio di tempo da dedicare all'assistenza dei pazienti. Il Progetto SAPAD, iniziato da pochi mesi, sta già dando risultati molto apprezzabili ma l'obiettivo è di incentivare la transizione alla *digital Health* nel territorio altoatesino.

48° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO



Monitoraggio dell'igiene delle mani nel Presidio Ospedaliero Don Tonino Bello di Molfetta ASL BARI

Mundo A*, Abbinante C^{oo}, Tota M**, Marra V***, De Gennaro D***, Guerra R.^o

- * Dirigente Medico Responsabile UOSVD Direzione Medica P.O. Molfetta - ASL BARI
- ^{oo} Dirigente Medico Responsabile UOS Sicurezza delle cure Gestione dei Sinistri - ASL BARI
- ** Dirigente Medico — Direzione Medica P.O. Molfetta - ASL BARI
- *** CPS Infermiere — Direzione Medica P.O. Molfetta - ASL BARI
- ^o Dirigente Medico UOC Direzione Medica P.O. Di Venere - ASL BARI

INTRODUZIONE

L'Igiene delle Mani (IdM) rappresenta una procedura semplice e poco costosa per la qualità delle cure e la sicurezza del paziente e ha assunto insieme alle altre precauzioni standard un ruolo chiave nel contenimento della Pandemia Covid 19.

La conoscenza degli Operatori Sanitari (OS) della corretta pratica e attuazione della procedura è un elemento fondamentale per la prevenzione delle ICA ed il contrasto all'antibioticoresistenza.

Per migliorare l'IdM l'ASL BARI ha deliberato nell'anno 2021 una procedura di monitoraggio indiretto, attraverso il sistema di sorveglianza del Consumo di Soluzione IdroAlcolica (CSIA), e diretto con un'osservazione mensile, calendarizzata, degli OS delle Unità Operative (UO), che diventano monitorate e monitoranti.

Il presente lavoro ha valutato l'aderenza degli OS dell'Ospedale Don Tonino Bello alle buone pratiche di IdM nell'era post-pandemica 2022 per verificare la consapevolezza acquisita dal personale sanitario.

	Personale Medico	Personale Infermieristico
LAVAGGIO SOCIALE		
prima e dopo contatto/procedura pulita sul paziente	41%	89%
prima e dopo la manipolazione dei dispositivi utilizzati sul paziente (cateteri venosi, cateteri urinari, sacche per la raccolta delle urine, ecc.)	33%	70%
all'inizio e fine turno di servizio	69%	76%
dopo il rifacimento dei letti		49%
prima di qualsiasi contatto con paziente particolarmente a rischio	40%	42%
quando le mani sono chiaramente sporche	72%	77%
prima e dopo la raccolta di campioni biologici	30%	67%
LAVAGGIO ANTISETTICO		
prima di eseguire procedure invasive	66%	77%
prima di eseguire tecniche di asepsi	66%	69%
prima di qualsiasi contatto con paziente particolarmente a rischio	57%	62%
prima di entrare in reparti ad alto rischio	41%	42%
dopo contatto con pazienti in isolamento	58%	61%
dopo l'esecuzione di medicazioni	49%	62%
dopo manipolazione di materiale infetto, secreti, escreti o comunque materiale biologico	50%	89%

CONTENUTI

Il Monitoraggio Indiretto dello CSIA comunicato dalla Farmacia Ospedaliera ha mostrato un consumo pari a circa 700 litri con una media mensile pari a 59 litri. Il confronto degli stessi dati nell'anno 2019 (era pre-covid) ha rilevato un consumo totale pari a 211 litri con una media mensile di 18 litri.

Per il monitoraggio diretto, nel 2022, la Direzione Medica ha stilato un calendario per le visite di OS presso altre UUOO e ha raccolto trimestralmente le schede relative al lavaggio sociale e antisettico per un totale di 543 schede. Poiché non tutte le attività previste venivano eseguite al momento dell'osservazione, il 20% delle schede raccolte risulta incompleto.

E' stata rilevata una particolare attenzione al rispetto di alcune norme igieniche come unghie corte, assenza di smalto, di unghie finte, di anelli e/o bracciali.

Il monitoraggio diretto ha evidenziato differenti percentuali di aderenza all'IdM tra il personale medico e infermieristico durante le attività monitorate, i cui dati sono riassunti in tabella.

CONCLUSIONI

Lo studio ha dimostrato un aumento rilevante del CSIA nell'anno 2022 rispetto all'anno pre-covid 2019. L'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 ha determinato un'evidente svolta nella direzione di una maggiore sensibilizzazione alla corretta igienizzazione delle mani.

Tuttavia dall'analisi dei dati si evidenzia la necessità di migliorare ulteriormente l'adesione alla corretta igienizzazione delle mani tramite una costante sensibilizzazione e formazione degli Operatori Sanitari.

Parole chiave: igiene delle mani, Sars-Cov-2, monitoraggio

QUALE OSPEDALE PER IL FUTURO DELL'OSPEDALE: DA SEMPRE FULCRO DELL'INNOVAZIONE

NAPOLI, 17-18-19 MAGGIO 2023



ASL Bari

PugliaSalute



Sorveglianza delle infezioni da Clostridioides (Clostridium) difficile, Ospedale SS Cosma e Damiano di Pescia (PT)

G. Niccolai¹, S. Mele², M. Poletto³, D. Bentivegna⁴, M. Bertagni⁵, L. Di Renzo⁶



¹Direttore SOS DSPO Ospedale SS Cosma e Damiano, Azienda USL Toscana Centro
²Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze
³Dirigente Medico DSPO Ospedale SS Cosma e Damiano, Azienda USL Toscana Centro
⁴Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze
⁵Infermiere Coordinatore ICA, Ospedale SS Cosma e Damiano, Azienda USL Toscana Centro
⁶Direttore SOC DSPO Presidio Ospedaliero Pistoia, Azienda USL Toscana Centro

Keywords: Clostridium Difficile, PCR, GDH

Introduzione

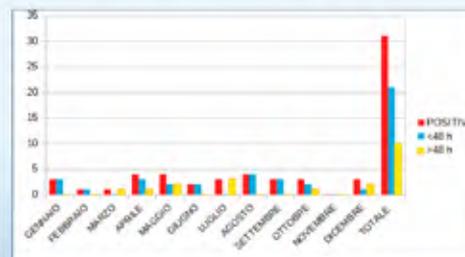
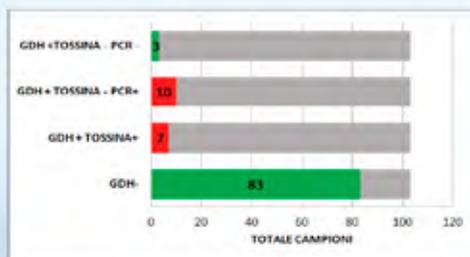
Nell'ambito delle ICA, il Clostridium difficile (CDI) risulta la principale causa di diarrea infettiva in ambito ospedaliero, sebbene negli ultimi anni si sia registrato un significativo aumento anche delle infezioni comunitarie. Il quadro clinico è eterogeneo, da forme autolimitanti a gravi, talvolta fatali, con andamento epidemiologico in aumento, legato anche all'emergenza di ceppi ad elevata virulenza e resistenti a molte classi di antibiotici (MDR).

Contenuti

Presso l'Ospedale SS Cosma e Damiano, a Gennaio 2022, è stato introdotto un cruscotto di monitoraggio annuale, effettuato dal Team AID (Antimicrobial-Infection-Diagnostic) di Presidio, che prevede un'analisi puntuale delle CDI ospedaliere per visualizzare nuovi casi, l'andamento della curva epidemiologica, prevenzione e gestione dei possibili cluster, distinguendo le ICA dalle comunitarie e valutare le best practice, il tutto supportato dall'analisi di Laboratorio con metodica quantitativa in chemiluminescenza per antigene e tossina e, a completamento dell'algoritmo diagnostico (GDH+ e tossina-), test molecolare Xpert.



Cruscotto 2022: su un totale di 31 pazienti con CDI, 27 provengono da domicilio e 4 da lungodegenza; 21 positività entro le 48 ore dal ricovero e 10 oltre; nessun cluster. I dati di Laboratorio si riferiscono al secondo semestre: 17 (16%) positivi, di cui 7 concordanti GDH e tossina e 10 GDH+ e tossina-, ma confermata positività alla PCR; dei rimanenti 86, 83 negativi al GDH e 3 GDH+, ma negativi a tossina e PCR.



Conclusioni

Rispetto al 2019 (anno pre-covid): riduzione dei positivi da 38 a 31; da un cluster a nessuno. Questo visual risulta pertanto un valido supporto all'infection control del setting di degenza, per discutere tempestivamente i casi, pianificare azioni di miglioramento e contrasto alla diffusione. La biologia molecolare, grazie all'elevata specificità e sensibilità, è un efficace supporto nel discriminare i casi dubbi (GDH+, tossina-), contribuendo al contrasto della diffusione delle CDI non imputabili a scorrette pratiche assistenziali, ma alla non individuazione dei casi. I due sistemi contribuiscono, assieme al prelievo su feci diarroiche, la scala di Bristol e l'alert informatizzato su cartella clinica, al raggiungimento degli obiettivi del piano nazionale di sorveglianza microbiologica ed epidemiologica delle ICA, secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR).

INTEGRAZIONE DISTRETTO-OSPEDALE MEDIA VALLE DEL TEVERE: ORGANIZZAZIONE DI UN PDTA CONDIVISO; FAST-TRACK PER IL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

G.PAGANINI¹, T. TEDESCO², F.MORONI³, G.VALLESE⁴, L.SICILIA⁵

¹Medico specializzando in igiene e medicina preventiva Università degli studi di Perugia, ²Direttore Sanitario azienda Usl umbria 1, ³Posizione organizzativa infermieristica Ospedale Media Valle del Tevere, ⁴Direttore medico Ospedale Media Valle del Tevere, ⁵Direttore medico Distretto Media Valle del Tevere.

Parole chiave: scompenso cardiaco, organizzazione sanitaria, Umbria.

INTRODUZIONE

La necessità di una integrazione tra ospedale e servizi territoriali è stato per anni un tema lungamente dibattuto. Con il DM77 si sono delineate le linee di indirizzo di questa Collaborazione. La transizione epidemiologica, con la maggiore prevalenza di patologie croniche, che si accompagnano agli individui per lungo tempo, e il progressivo invecchiamento della popolazione, rende ormai indispensabile una continuità nelle/delle cure per la presa in carico di pazienti che inevitabilmente necessitano di assistenza di lunga durata a diversa intensità di trattamento. Tra i vari protocolli di collaborazione-integrazione che sono stati avviati tra il Distretto MVT e l'Ospedale MVT è stato avviato il fast-track del paziente con scompenso cardiaco.

CONTENUTI

Dopo diversi incontri tra la Direzione Medica dell'Ospedale Media Valle del Tevere e la Direzione del Distretto Sanitario Media Valle del Tevere si è riusciti ad organizzare un protocollo tale per cui è stato istituito un fast track per il paziente con scompenso cardiaco. A partire da aprile 2023 il medico di Medicina Generale della Media Valle del Tevere può prenotare **direttamente** una visita specialistica cardiologica per il paziente con scompenso cardiaco che giunge a visita in ambulatorio dello stesso. Il tutto è stato reso possibile grazie alla partecipazione dell'azienda "puntozero" che ha programmato l'apertura di un'agenda dedicata. Successivamente, il cardiologo che vede il paziente per la prima volta, lo **"prende in carico"** presso la struttura ospedaliera, provvedendo alla prescrizione e prenotazione, su agende dedicate appositamente istituite, di tutte le prestazioni che ritenga necessarie (radiologiche, di laboratorio, consulenza specialistica nefrologica, dietologica, psicologica, etc...).

In via sperimentale sono stati individuati 4 medici di medicina generale e sono stati effettuati 3 incontri per istruirli circa l'utilizzo della piattaforma di prenotazione del servizio. A tutti gli incontri hanno partecipato anche i medici cardiologi dell'ospedale della Media Valle del Tevere al fine di garantire una quanto più possibile corretta comunicazione e collaborazione tra le figure sanitarie.

Seguiranno 3 mesi di progetto sperimentale nei quali verranno valutati e migliorati laddove necessario gli aspetti organizzativi e qualitativi. Verranno raccolti dati circa l'affluenza al servizio trimestralmente su base annuale al fine di monitorare ed eventualmente correggere eventuali criticità.

CONCLUSIONI

La necessità di mettere in atto quelle che sono le linee guida del DM77 appare oggi più che mai forte ed improrogabilmente essenziale. L'impegno e lo sforzo per poter attuare concretamente questi concetti di integrazione Ospedale-Territorio dovranno essere notevoli, gioco forza il PNRR che avrà un ruolo fondamentale. La qualità, la sostenibilità e la credibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale dipenderanno molto da questo cambio di rotta che permetterà di riportare al centro del sistema di cure il paziente. Un sistema di cure ripensato integralmente per favorire la migliore cura del paziente ottimizzando costi e sprechi.

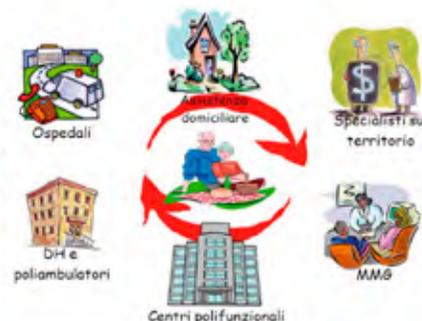


Figura 1. Integrazione Ospedale - Territorio

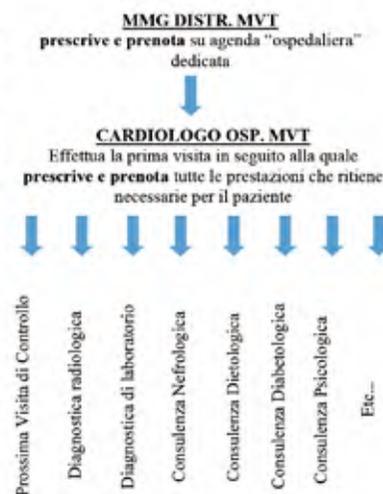


Figura 2. PDTA-Fast Track scompenso cardiaco

REPORT ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE AL RISCHIO BIOLOGICO NEGLI OPERATORI DEL P.O. SUOR CECILIA BASAROCCHO NISCEMI, ANNI 2020-2021



Salvatore Pane, Studente di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università di Catania,, Bonaffini Christian Laboratorio Biomedico Patologia Clinica, Giacomo Bartoluccio Dirigente Amministrativo PUA Cure Primarie, Alfonso Cirrone Cipolla Direttore Sanitario P.O. Suor Cecilia Basarocco Niscemi ASP CL

INTRODUZIONE

L'esposizione al rischio biologico è un evento che interessa milioni di operatori sanitari.

Tra gli agenti patogeni trasmissibili per via ematica a seguito di esposizione accidentale HIV,HCV ed HBV sono quelli su cui si pone particolare attenzione.

Il P.O. Suor Cecilia Basarocco di Niscemi, nei primi mesi del 2020 ha adottato una procedura per la gestione del percorso operativo in caso di infortunio/incidente a rischio biologico occorso sul lavoro a tutela della salute degli operatori.

Attraverso l'utilizzo dei device con dispositivi di sicurezza (NPDs),dei dispositivi di protezione individuale (DPI), una buona percentuale di operatori sanitari immunizzati contro l'HBV e una implementazione del percorso dedicato all'esposizione occupazionale al rischio biologico hanno contribuito a far si che tra i nostri operatori non si assistesse a nessun caso di sieroconversione.

MATERIALI E METODI

Secondo la direttiva aziendale l'operatore sanitario deve comunicare al medico del reparto l'accaduto; quest'ultimo dovrà compilare una apposita modulistica che consiste in una scheda contenente i dati dell'operatore infortunato, modulo di denuncia dell'infortunio, scheda contenente i dati del paziente fonte, consenso informato del paziente fonte e dell'operatore per l'esecuzione del prelievo ematico per immunoglobuline per HBV. Inoltre il medico dovrà effettuare o disporre l'effettuazione del prelievo dell'operatore e del paziente fonte inviando o disponendo l'invio del campione in laboratorio analisi.

SCOPO DEL LAVORO

Descrivere i casi di infortunio con potenziale rischio biologico occorso sul luogo di lavoro degli operatori del Presidio Ospedaliero Suor Cecilia Basarocco di Niscemi confrontando i dati richieste esami HBV-HCV-HIV per categorie professionali (anni 2020-2021) e valutando il raggiungimento o meno degli obiettivi che ci si era prefissati di raggiungere con l'adozione della procedura per la gestione del percorso operativo in caso di infortunio/incidente e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

Conclusioni

L'obiettivo principale del P.O. Suor Cecilia Basarocco è l'adesione a programmi sanitari per la salute nei luoghi di lavoro e la prevenzione dell'esposizione attraverso migliori pratiche lavorative, l'utilizzo dei device con dispositivi di sicurezza (NPDs), l'uso corretto di dispositivi di protezione individuale (DPI) e l'implementazione di precauzioni standard/ pratiche di routine. La riduzione del rischio di esposizione occupazionale al rischio biologico è strettamente legata all'adozione di specifici protocolli interni associati a programmi di formazione e informazione sul rischio biologico. La prevenzione risulta quindi la prima mission da perseguire per evitare un'infezione accidentale. La nostra Azienda, nell'ottica generale di tutela della salute dei suoi lavoratori, ha adottato nei primi mesi del 2020, attraverso una specifica direttiva, la procedura per la gestione del percorso operativo in caso di infortunio/incidente a rischio biologico occorso sul lavoro. Ciò ha permesso nell'arco di tempo esaminato nessun caso di sieroconversione.



P.O. Suor Cecilia Basarocco Niscemi

RISULTATI

Nella Tabella n.1 e nel Grafico n.1 sono riportati le richieste di esami in numero assoluto per categorie professionali nell'arco di tempo esaminato.

Complessivamente, tra il 2020 e il 2021, sono pervenute in Laboratorio analisi 96 richieste di esami di HBV-HCV-HIV legate al rischio biologico, nello specifico 78 nel 2020, 18 nel 2021.

Gli operatori maggiormente coinvolti sono stati i collaboratori professionali sanitari CPS nell'ambito delle scienze infermieristiche (37%), un 8 % costituito da CPS tecnici, nel 19% dei casi si è trattato di medici, il 15% erano OSS, il 9% riguardava tirocinanti, infine il 12% dei casi raggruppava categoria "altro". (Grafico n.1). Nel nostro studio non abbiamo riscontrato nessun caso di sieroconversione.

OPERATORI	2020	2021	TOTALE
Altro	9	0	9
CPS-inf.	29	8	37
CPS-Tecnici	6	1	7
Medico	15	2	17
OSS	12	2	14
Tirocinanti	7	5	12
Totale	78	18	96

Tabella 1 Richieste esami per categorie professionali.



Grafico n.1.

Bibliografia: Database Aziendale ASP Caltanissetta Operatori Sanitari P.O. Suor Cecilia Basarocco



Analisi dei Patogeni Sentinella isolati in Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona-AOUVR



Pastori A.¹, Buonvino P.¹, Polidoro L.¹, Tornari E.¹, Tardivo S.²

¹ Medico in Formazione Specialistica Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona
² Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Verona

Introduzione

I Microrganismi Sentinella (MS), sono una serie di patogeni in grado di diffondersi rapidamente e spesso portatori di resistenze multiple agli antibiotici. Negli ultimi anni vi è stato un incremento della diffusione di questi germi a causa dell'elevato uso di antibiotici e dell'aumentato utilizzo di presidi invasivi, principalmente nei reparti con pazienti ad alto rischio. Con la diffusione dei MS, aumenta il rischio di epidemie nosocomiali associate ad una mortalità più elevata.

Una volta introdotti in un ambiente, la trasmissione e la persistenza dei MS è legata alla presenza di pazienti fragili, alla pressione selettiva degli antibiotici usati, al numero di pazienti infetti/colonizzati e all'aderenza di personale/caregiver alle misure di prevenzione e controllo.

Nell'allegato A alla DGR n. 957 del 13/07/2021 viene definito il sistema di monitoraggio dei Germi Sentinella e, a partire da gennaio '22, Azienda Zero ha prodotto un documento univoco di facile compilazione per la raccolta dati relativa ai MS (ad eccezione dei CRE isolati nel sangue che seguono un iter a sé stante) che AOUVR ha subito adottato.

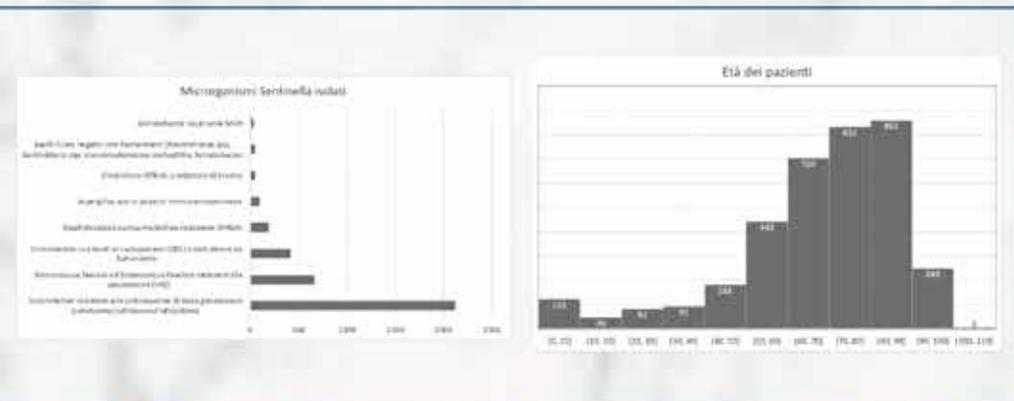
Contenuti

Nel corso del 2022 sono stati isolati 3615 MS. Gli Enterobatteri resistenti alle cefalosporine di terza generazione (58,6%), i VRE (18,3%) e i CRE in isolati diversi da batteriemie (11,5%) sono stati quelli isolati più frequentemente, mentre il meno rappresentato è stato l'A. baumannii MDR (1%).

Il 71,2% dei MS è stato isolato nelle feci, l'8,2% nelle urine, il 5,1% nel sangue.

Le donne rappresentano il 40,5% degli infetti e circa il 14% dei pazienti è deceduto a seguito dell'infezione. La fascia di popolazione con il più alto tasso di colonizzazione/infezione da MS è quella tra i 70 e i 90 anni di età, mentre la popolazione giovane è meno soggetta a questo rischio. La maggior parte dei pazienti giovani qui rappresentati è affetta da importanti comorbidità.

Il 66% dei pazienti è stato colonizzato in ospedale, il 22% ha sviluppato un'infezione nosocomiale e il restante 12% è stato colonizzato/infettato sul territorio.



Conclusioni

Ridurre la diffusione dei MS e mitigare il rischio di epidemie è essenziale, pertanto, un sistema di sorveglianza attiva per l'identificazione di questi germi, delle fonti di trasmissione e l'adozione di efficaci misure di prevenzione sono di primaria importanza in AOUVR.

Questo monitoraggio è un eccellente punto di partenza per ridurre le infezioni correlate all'assistenza in un'ottica di miglioramento dell'offerta sanitaria dell'Azienda.

Integrazione e multidisciplinarietà nel percorso assistenziale per fibromialgia del P.O. Serristori



Azienda UsI Toscana Centro

Pellegrino E¹, Cantini S², Capanni C³, Castagnoli S⁴, Cavuta M⁵, Grassi P⁶, Mannoni A⁷, Marabini S⁸, Mastrazzo M⁹, Nerozzi¹⁰, E Pavoni V¹¹, Picconi S¹², Pretini F¹³, Spaghetti I¹⁴, Terenzi R¹⁵, Zeochi M¹⁶

¹Direttore Sanitario SOS Ospedali S. Maria Annunziata e Ospedale Serristori, ²Medico Anestesia e Rianimazione Osma, ³Direttore Sanitario SOC Firenze II e SOS Direzione Sanitaria Ospedale del Mugello, ⁴Direttore Unità Funzionale Complessa Salute Mentale Adulti Zone Sud-Est a Mugello, ⁵Direttore SOS Anestesia e Rianimazione P.O. Serristori, ⁶Direttore SOS Zona Fiorentina Sudest Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico, ⁷Direttore Soc R Reumatologia, ⁸Psichiatra Ospedale Serristori, ⁹Infermiere Coordinatore Servizi P.O. Serristori, ¹⁰Vicedirettore SOS Zona Fiorentina Sudest Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico, ¹¹Direttore SOC Anestesia e Rianimazione Firenze II, ¹²Posizione Organizzativa Ospedali Santa Maria Annunziata e Serristori, ¹³Fisioterapista Attività Riabilitazione Funzionale Presidio di Figline Valdarno, ¹⁴Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione Direttore SOC 1 Medicina Fisica e Riabilitazione Firenze – Empoli, ¹⁵Reumatologo Azienda UsI Toscana Centro, ¹⁶Responsabile Attività di Riabilitazione Funzionale Zona Fiorentina Sud Est

Introduzione: la sindrome fibromialgica è un'entità nosologica complessa che in Italia colpisce circa 1,5-2 milioni di individui; è caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico diffuso e cronico (a collo, spalle, braccia e schiena, superiore a 3 mesi), spesso associato a sintomi extra-scheletrici, la cui diagnosi è esclusivamente clinica, che colpisce principalmente il sesso femminile (rapporto F:M = 9:1) soprattutto nell'età lavorativa. Esiste una forma primaria non associata ad altre malattie ed una forma secondaria che insorge in pazienti che hanno altre malattie (Artrite reumatoide, Sindrome di Sjogren, malattie endocrine). È di fondamentale importanza la diagnosi differenziale con altre cause di dolore cronico. Il trattamento richiede un approccio multidisciplinare personalizzato per le specifiche esigenze del paziente



Brochure informativa

Contenuti

La sindrome fibromialgica sembra dipendere da una ridotta soglia di sopportazione del dolore dovuta ad un'alterazione delle modalità di percezione a livello del sistema nervoso centrale degli stimoli provenienti dall'esterno o dal nostro corpo, con un'aumentata percezione del dolore a stimoli dolorosi lievi o per nulla dolorosi. I sintomi possono essere diversi, dolori muscolo-scheletrici ma anche astenia, disturbi del sonno, disturbi cognitivo-neurologici, disturbi dell'alvo. Viste le caratteristiche della sindrome e la complessità dei quadri clinici, un approccio che coinvolga più figure professionali è fondamentale per una presa in carico mirata. Presso il P.O. Serristori di Figline nel 2022 si è costituito un gruppo di lavoro che ha come obiettivo la gestione di questi pazienti in modo coordinato fra diverse figure professionali, quali Reumatologo, Medico terapeuta del dolore, Fisiatra, Fisioterapista, Psichiatra, Infermieri, in stretta collaborazione con i Medici sul territorio. Il trattamento è finalizzato principalmente a ridurre/attenuare i sintomi caratteristici migliorando così la qualità di vita e prevede terapia farmacologica, riabilitazione, attività motoria, supporto psicologico, terapia del dolore e terapie complementari (agopuntura), interventi educazionali specifici a supporto. La Direzione Sanitaria è parte integrante del gruppo neo costituito per coordinare le attività, per la parte organizzativa relativa ai percorsi, per la continuità con il territorio. Fra le attività svolte ci sono interventi di formazione/riformazione organizzati attraverso un open day che ha coinvolto i professionisti e aperto alla cittadinanza, brochure informative, comunicati stampa.

Open Day con operatori e utenti, autorità



Riorganizzazione spazi e attività



Formazione all'accoglienza per operatori



Formazione su aspetti clinici e organizzativi



Con la delibera n.1537 del 27/12/22 "Individuazione dei centri specializzati per la diagnosi, cura della fibromialgia" la Regione Toscana ha individuato 6 centri idonei alla diagnosi e cura, in accordo con le rispettive Aziende Sanitarie;

fra questi centri figura la SOC Reumatologia Presidio Ospedaliero Serristori, Figline Valdarno, Azienda UsI Toscana Centro

1. Per una diagnosi, presa in carico e trattamento;
2. per formazione per gli operatori sanitari e non;
3. per informazione ed educazione sanitaria per utenti.



Conclusioni:

Gli obiettivi di un intervento integrato sui pazienti con fibromialgia hanno come finalità non solo il controllo dei sintomi ma l'incremento del benessere generale dei pazienti, l'educazione per una maggiore conoscenza della malattia e una responsabilizzazione su comportamenti e stili di vita, per una gestione autonoma della propria condizione. Il lavoro di équipe e con i servizi coinvolti ancora una volta risulta essere una strategia vincente nella cura globale dei pazienti.

RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA DELL'ASST CREMONA NELLA GOVERNANCE DELL'APPROPRIATEZZA NELL'EROGAZIONE DELLE CURE

F. Pezzetti¹, S. Massetti², E. Manetti², D. Matteotti³, N. Garziera⁴, F. Bianchi⁵, A. Bini⁶, R. Canino⁷, G. Rossi⁸

1. Direttore Medico di Presidio f.f. ASST di Cremona; 2. Medico Specializzando - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Brescia; 3. Coordinatore Accreditamento Strutture Aziendali ASST Cremona; 4. Coordinatore Ufficio Epidemiologico e Cartelle Cliniche Aziendale ASST Cremona; 5. Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio ASST Cremona; 6. Coordinatore Centrale Programmazione Servizi Ambulatoriali e Diagnostici Aziendali ASST Cremona; 7. Direttore Sanitario Aziendali ASST Cremona; 8. Direttore Generale ASST Cremona

PAROLE CHIAVE

Efficientamento dei processi sanitari
 Qualità delle cure
 Appropriata

INTRODUZIONE

Nell'ormai nota situazione di criticità in cui si trova il SSN, diventa sempre più cogente attuare strategie che mirino all'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse sanitarie (umane, economiche, strumentali) al fine di garantire una corretta erogazione delle cure, nel rispetto della garanzia dei LEA. A tal fine all'interno dell'Ospedale è stato istituito un Gruppo di Lavoro per la gestione e appropriatezza delle prestazioni nel tentativo di: rivedere i setting erogativi, allocare le risorse nel modo più appropriato possibile, migliorare la qualità delle cure, garantire il miglior setting di cura e le buone pratiche assistenziali.

CONTENUTI

Il gruppo, costituito da Dirigenti Medici Direzione Medica, Dirigente Amministrativo Servizi accoglienza Aziendali e Coordinatori Infermieristici dei settori accreditamento, programmazione ambulatoriale e codifica SDO, si propone di effettuare una revisione, a partire dall'assetto accreditato e flussi correnti (SDO e 28-SAN) relativa alle modalità di erogazione delle prestazioni e discutere con i clinici di riferimento, per determinare se una pratica clinica sia coerente con le regole di sistema di Regione Lombardia, con quelle Nazionali e con l'Evidence Based Medicine. Allorché una prestazione sia in linea con quanto detto in precedenza vengono strutturati protocolli e procedere ad hoc che prevedano anche l'inserimento dell'autocontrollo documentale tramite check list al fine di ridurre gli abbattimenti NOC per errori di gestione della documentazione sanitaria. Il GdL è stato istituito nel marzo 2023, si è attualmente riunito nelle date del 01/03, 15/03, 30/03 ed ha preso in esame i seguenti punti:



CONCLUSIONI

Il progetto prevede il monitoraggio del sistema a seguito dei controlli NOC, per verificare l'efficacia del metodo secondo criteri oggettivi. Nel caso in cui emergessero ulteriori problematiche durante l'analisi dei percorsi effettuati dal GdL, saranno introdotti progetti riorganizzativi ad hoc. Al momento la collaborazione tra Coordinatori infermieristici, medici e amministrativi permette di aprire un fronte comunicativo funzionale alla produttività dell'ASST e di focalizzare l'attenzione su aspetti organizzativi in un'ottica globale.



PORCHIA B.R.1, MASTROCINQUE E.2, FRUSCOLONI G.3, GALGANI B.4, BASAGNI C.5, SCOLLETTA S.6, DE MARCO M.7

1.Direttore Medico UOC Igene ed Epidemiologia AOU Senese; 2.Responsabile UOC Servizio di Emergenza Intraospedaliera AOU Senese; 3.Riferente Regionale Informazione Emergenza Intraospedaliera Direzione Sanitaria AOU Senese; 4.Cirgente Medico UOC Rianimazione DEA, dei traumi e insufficienze d'organo AOU Senese; 5.Direttore SE, UOC Igene ed Epidemiologia AOU Senese; 6.Direttore UOC Rianimazione DEA, dei traumi e insufficienze d'organo AOU Senese; 7.Direttore Sanitario AOU Senese

INTRODUZIONE

L'AOU Senese (AOUS) da anni ha costruito un sistema strutturato di gestione dell'Emergenza Intraospedaliera (EI), che ha trovato seguito nelle «Linee di indirizzo regionali per la gestione delle emergenze intraospedaliere» emanate dalla Regione Toscana con DGR 272/2019. Il Sistema si articola in una componente afferente: fondata su sistemi di monitoraggio clinico e fidelizzazione di centri di allerta uniformi nei reparti di degenza e una componente efferente costituita dal Team di Emergenza Medica (TEM).



#2

CONTENUTI

Il TEM viene attivato attraverso un numero unico per le Emergenze (2222) che affinisce alla UOC Rianimazione DEA, dei traumi e insufficienze d'organo, è attivo 24h e gestisce la risposta avanzata alle urgenze/emergenze e le rivalutazioni dei pazienti. Il TEM ha percorsi interni e ascensori dedicati, è una postazione specifica con dotazioni tecnologiche e informatiche. Integra e coordina la risposta di base e medica locale nelle aree cliniche (degenze, diagnostiche e ambulatori), mentre nelle aree non presidiate da personale sanitario agisce autonomamente. Tre referenti aziendali partecipano al gruppo di lavoro regionale della Rete dell'Emergenza Intraospedaliera, in qualità di Project Manager, Riferente per la Direzione Sanitaria e Riferente dal processo di informatizzazione.

Le azioni portate avanti negli ultimi due anni hanno permesso di:

Acquistare il numero unico 2222 dell'EI (NUEI), in concerto in tutti gli ospedali della Regione	Definire e formalizzare le aree di pertinenza e di intervento tra Servizi di Emergenza Territoriale e TEM	Prevedere una linea telefonica dedicata ai dispatch tra Emergenza Territoriale e TEM	Transire dalle score MEWS a NEWS2 per il monitoraggio e riconoscimento del paziente critico con risposta attesa modulata	Potenziare i sistemi di alert nelle aree non presidiate da personale sanitario	Attivare la scheda informatizzata di intervento del TEM	Acquistare strumentazioni a supporto del TEM per il potenziamento della dotazione tecnologica
---	---	--	--	--	---	---



CONCLUSIONI

Nel 2021 l'AOUS è stata nominata capofila per il processo di informatizzazione del servizio EI con lo scopo di definire le specifiche della scheda di intervento del TEM per l'insediamento negli applicativi informatici in uso, implementare i sistemi di Early Warning Score negli applicativi informatici e definire un piano di implementazione regionale per alimentare un flusso dati specifico nelle Aziende Sanitarie Toscane.

In ottica di miglioramento continuo del Servizio, l'AOUS sta lavorando al potenziamento delle postazioni di chiamata nelle aree non presidiate per l'attivazione precoce del TEM, alla totale transizione dalla MEWS alla NEWS2, alla gestione in rete di tutti i defibrillatori aziendali e alla formazione interaziendale di Area Vasta sulla gestione delle emergenze intraospedaliere.



Costruzione della rete regionale dei centri per la prevenzione, diagnosi e cura del piede diabetico

Dr. V. Scudera¹, Dr. A. Scardoni², Prof. C. Signorelli³, Dr. A. Amorosi⁴

1)Medico in formazione specialistica UNISR

2)Dirigente Medico DG Welfare Regione Lombardia

3)Direttore Scuola di specializzazione igiene e medicina preventiva UNISR

4)Direttore Struttura Reti e Ricerca DG Welfare Regione Lombardia

Introduzione

È stimato che circa il 15-20% dei diabetici andrà incontro nel corso della loro vita ad un'ulcera del piede che richiederà cure mediche. L'evidenza scientifica attesta che le amputazioni potrebbero essere sensibilmente ridotte se si mettessero in atto, oltre alle consuete misure di prevenzione, anche procedure di diagnosi e cura appropriate nel più breve tempo possibile attraverso un approccio multidisciplinare e multifatoriale. Tuttavia, in assenza di un percorso strutturato il paziente con un problema acuto si rivolge a realtà eterogenee rappresentate dal MMG, il diabetologo, il chirurgo vascolare o il pronto soccorso spesso nelle strutture più vicine.

Contenuti

Al fine di creare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) relativo a questa patologia, è stata individuata all'interno della Rete Regionale Endocrino diabetologica, una specifica commissione tecnica che ha definito un modello organizzativo caratterizzato da un graduale processo diagnostico assistenziale strutturato su tre livelli di intensità di cura.

In seguito all'approvazione del documento tecnico che definisce le caratteristiche dei centri (DGR N° XI/6253 11/04/2022) è stata effettuata una mappatura del contesto sul territorio Lombardo tramite un questionario, costituito da 32 item e compilato dagli enti pubblici e privati del SSR per una preliminare valutazione dei requisiti organizzativi e di personale.

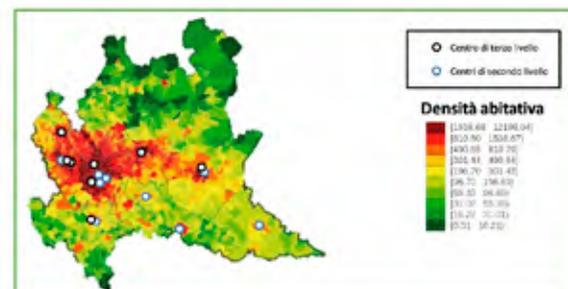
Delle 39 strutture che hanno dato riscontro, 30 dispongono di un Team Multidisciplinare e in 18 di questi sono inclusi professionisti dotati di sufficiente esperienza chirurgica nella patologia del piede diabetico per poter eseguire gli interventi, anche in urgenza.

Di queste strutture, 8 hanno dichiarato di ricevere pazienti anche da altri centri

Conclusioni

Le risposte ai questionari sono state valutate dalla commissione tecnica in relazione al volume di attività (ricoveri, interventi chirurgici e di rivascularizzazione) così da identificare 8 centri di terzo livello e 9 centri di secondo.

Le aziende a cui tali centri afferiscono sono state pubblicate all'interno del PDTA costruito per questa patologia (DGR n. XII/17/04/2023)



L'elenco potrà essere aggiornato in relazione alle mutate caratteristiche delle strutture del territorio lombardo

TRACCIABILITÀ E AUTOMAZIONE: I BENEFICI NEL FLUSSO OSPEDALIERO DEI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Riccardo Terraneo¹, Enrico Almici², Andrea Piovaneli², Adriano Fusco³

¹ Business Developer, Antares Vision Group, Brescia, Italia; riccardo.terraneo@antaresvision.com

² Product Manager, Antares Vision Group, Brescia, Italia;

³ Business Director, Antares Vision Group, Brescia, Italia.

PAROLE CHIAVE: patient safety, efficiency, end-to-end traceability

INTRODUZIONE:

I sistemi sanitari sono alla ricerca di soluzioni per migliorare la logistica dei farmaci e dispositivi medici dalla farmacia centrale al letto del paziente, al fine di:

- Consentire agli operatori sanitari di concentrarsi sulla cura dei pazienti
- Mantenere la tracciabilità end-to-end dell'intero processo di somministrazione
- Eliminare errori di somministrazione, carenze e sprechi di farmaci e dispositivi medici
- Eliminare il tempo che il personale sanitario impiega per attività a scarso valore per il paziente
- Rendere i software interoperabili e facilmente integrabili
- Garantire la sicurezza del paziente, fornendo la dose giusta, al paziente giusto e al momento giusto
- Fornire la piena visibilità del processo al personale ospedaliero al fine di intervenire adeguatamente e in tempo utile
- Creare un ambiente completamente automatizzato ed efficiente

CONTENUTI:

ARMADIO AUTOMATIZZATO

- o Carica automaticamente i carrelli
- o Viene fornito con un sistema di pick&place rapido ed ergonomico
- o Fornisce l'inventario in tempo reale e propone i fabbisogni di riordino
- o Dispensazione automatica dei farmaci, inclusi quelli ad accesso controllato

CARRELLO AUTOMATICO

- o Eroga rapidamente i farmaci direttamente sul piano di lavoro del carrello
- o Carica automaticamente i farmaci necessari per il giro terapia
- o Traccia ogni operazione di preparazione e somministrazione
- o Migliora l'usabilità, attraverso movimentazione assistita

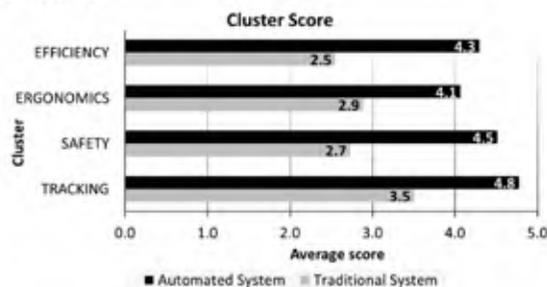


MATERIALI E METODI

Lo studio ha confrontato la nuova soluzione AUTOMATIZZATA con quella tradizionale misurando diverse metriche e KPI. Il test è stato condotto su un gruppo di infermieri con profili diversi (età, esperienza e confidenza con le applicazioni informatiche), a cui è stato chiesto di valutare la dispensazione dei farmaci in base a diversi aspetti, suddivisi in quattro ambiti principali:

1. Efficacia nel tracciare le operazioni e nel registrare i risultati nella cartella clinica del paziente.
2. Sicurezza e affidabilità delle operazioni
3. Ergonomia d'uso per gli operatori
4. Efficienza complessiva del processo

RISULTATI



CONCLUSIONI

I risultati hanno mostrato che il sistema automatico risulta superiore in tutte le metriche, con un gap più marcato in termini di sicurezza ed efficienza, grazie alla riduzione di attività senza valore aggiunto. La soluzione fornisce ai sistemi sanitari una nuova piattaforma all'avanguardia che rende il lavoro del personale più semplice, efficiente e affidabile, garantendo la sicurezza del paziente.



Staphylococcus aureus meticillino-resistente: analisi colonizzazioni/infezioni in AOUIVR



E. Tornari¹, A. Pastori¹, L. Polidoro¹, P. Buonvino¹, S. Tardivo²

¹Medico in formazione specialistica, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona

²Direttore Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Verona

Introduzione

Si definisce germe sentinella o microrganismo multi-resistente (MDRO) un patogeno ad elevata pericolosità e facilmente diffusibile. Spesso si associa inoltre una multi-resistenza agli antibiotici. Sono responsabili di infezioni gravi e facilmente trasmissibili, ed è fortemente raccomandata la loro sorveglianza all'interno dell'ospedale. L'antibiotico-resistenza è un fenomeno in continua crescita, principalmente correlato ad un utilizzo scorretto degli antibiotici e all'evoluzione dei microrganismi che riescono a sopravvivere e a moltiplicarsi anche in loro presenza.

La sorveglianza dei microrganismi sentinella è quindi un requisito essenziale per identificare rapidamente un evento epidemico e agire tempestivamente per prevenire la diffusione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

La lista dei microrganismi sentinella a livello aziendale viene stilata dal Comitato per le Infezioni Ospedaliere in base alle seguenti caratteristiche: antibiotico-resistenza, patogenicità e diffusibilità. Tra i batteri con particolari profili di resistenza vi è lo *Staphylococcus aureus* resistente alla Meticillina (MRSA). La sigla MRSA comprende qualsiasi ceppo del batterio *S. aureus* che si è sviluppato ed evoluto fino a manifestare una resistenza agli antibiotici beta-lattamici (penicillina) e alle cefalosporine.

Contenuti

Dal 01.01.2022 al 31.12.2022 presso AOUIVR sono stati isolati 189 *S. aureus* meticillino-resistente (MRSA). L'età dei pazienti è compresa tra 0-96 anni con una netta prevalenza per le fasce superiori della popolazione con più di 65 anni, 14 pazienti risultano di età < 1 anno (7,4%). Per quanto riguarda il sesso dei pazienti troviamo un 59% di uomini e 41% di donne. La ricerca e la rilevazione del microrganismo sentinella è stata effettuata analizzando materiale biologico a partenza polmonare, gastroenterica, urinaria o ematica ed in particolare è stato isolato maggiormente da BAL o broncoaspirato e su sangue. Analizzando i dati in rapporto al reparto ospedaliero troviamo che un maggior numero di positività si rileva in Area Medica (47%) seguita dalla Medicina Urgenza-Terapie Intensive (31%) e in Area Chirurgica (22%). Sul totale delle 189 colonizzazioni/infezioni 24 pazienti hanno mostrato segni clinici di patologia configurando un quadro di ICA.

Conclusioni

In AOUIVR la sorveglianza dei germi sentinella ha lo scopo di rilevare i casi di colonizzazione/infezione al fine di mettere in atto adeguati interventi finalizzati ad evitare ulteriori isolamenti. I sistemi di sorveglianza e di monitoraggio del fenomeno sono di essenziale importanza per mantenere un elevato livello di attenzione e sensibilizzazione sul problema.



INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: IMPLEMENTAZIONE DEL SOFTWARE HELICS.WIN.NET (ECDC), AUSL UMBRIA 1

Dr. G. Valliesi¹, Dr.ssa C. Martini², Dr.ssa G. Calagreti³, Dr. S. Pasqui⁴, Dr.ssa B. Fischer⁵, Dr.ssa C. Montefusco⁶, Dr. G. Paganini⁷, Dr.ssa T. Tedesco⁸

¹Dirig. Med. POU; ²Dirig. Med. A.O. Perugia; ³Dirig. Med. P.O. Ugo Tevero; ⁴Direttore Med. P.O. Ugo Tevero; ⁵Dirig. Med. POC; ⁶PO Gubbio-Gualdo T.; ⁷Med. in Formaz. Spec. Igiene e Med. Pres. Univ. Perugia; ⁸Direttore Med. POU/PO Gubbio-Gualdo T.

Parole chiave: ICA, ABR, HELICS

INTRODUZIONE

Un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere efficace e standardizzato, così come ribadito dalle raccomandazione del Consiglio Europeo 2014/C 438/05 e dall'attuale Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza 2022-2025, è uno strumento fondamentale che permette di mantenere alti i livelli di attenzione, aver chiare le dimensioni e caratteristiche dei fenomeni e indirizzare gli interventi per il controllo di infezioni correlate all'assistenza(ICA) e antibiotico-resistenza(ABR). Per far fronte a tale esigenza da circa due anni nell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1 è stato implementato un nuovo software, HELICS.WIN.NET, in uso secondo il protocollo ECDC per lo Studio di Prevalenza negli Ospedali per Acuti, il quale permette il confronto non solo con dati storici, ma anche con dati regionali, nazionali ed europei. Tale sistema è in uso anche da altre strutture sanitarie della Regione.

CONTENUTI

L'implementazione del nuovo software è stata effettuata nell'anno 2021 ed ha previsto un iniziale corso di formazione diviso in 4 giornate teorico/pratiche prossime alle 2 giornate indice dello Studio di Aprile e Ottobre. Il corso era rivolto al personale delle Direzioni Sanitarie e a referenti di Unità Operativa.

Nel 2022 è stato dedicato il medesimo spazio allo studio di prevalenza ICA. Si sono presentati i dati, rispettivamente dell'anno precedente e della data indice precedente, analizzate le criticità riscontrate ed effettuato un veloce training per il nuovo personale, lasciando molto tempo questa volta alla rilevazione. I dati relativi ad Ospedale e reparti sono stati inseriti da Documenti, mentre per i pazienti si è proceduto ad estrapolare le informazioni dalle Cartelle Cliniche informatizzate inserendole in apposita scheda cartacea. La rilevazione a letto del paziente, così come previsto da protocollo, è risultata inattuabile.

RISULTATI

I dati, estrapolati dal software, mostrano la prevalenza totale di ICA ad Ottobre pari al 7,5 %, in linea con il dato Nazionale e la prevalenza per ciascun Ospedale(Tab.1), il reparto maggiormente colpito come atteso è la Terapia Intensiva (20%), ma il sito d'interesse (Graf.1) e l'uso degli antibiotici hanno valori difformi dal dato Nazionale, quest'ultimo 60 % vs 44%.

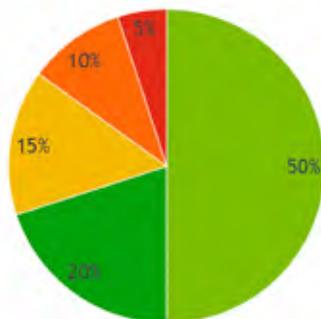
CONCLUSIONI

Helics.Win.Net si rivela molto utile per il controllo e il confronto dei dati con i rispettivi storici e nazionali. Va perciò riproposto negli anni a venire. Dalle analisi abbiamo compreso che è necessario:

- effettuare revisione dell'istruzione operativa riguardante la manipolazione del catetere vescicale,
- agire su appropriatezza prescrittiva relativamente all'uso degli antibiotici,
- riportare sempre nel diario clinico la motivazione connessa all'uso di antibiotici, al momento non sempre chiara (profilassi chirurgico-medica-trattamento),
- effettuare costante formazione del personale sui temi in questione.

Distribuzione ICA per sito d'interesse

- Infezioni Tratto Urinario
- Infezioni gastro-intestinali
- Polmoniti
- Infezioni del sangue
- Infezioni del sito chirurgico



Graf.1

Tab.1

	Numero pazienti totali	Numero HAI totale	Prevalenza HAI%	Num. HAI presente al ricovero	Num. HAI sviluppata durante il ricovero/dato sconosciuto
Città di Castello	83	4	4,8	0	4
Umbertide	19	3	15,8	1	2
Gubbio-Gualdo Tadino	93	7	7,7	2	4/1
Assisi	19	0	0	0	0
Pantalla	32	2	6,3	2	0
Castiglione del Lago	21	4	18,2	1	3

Proposta di gestione dei pazienti con indicazione al ricovero in assenza di posto letto nella UO di competenza

Venturato G¹, Bonetto R², Brizzi L³, Buzancic S¹, Di Santo P², Fagotto A², Gianordoli E¹, Teker A¹, Ciralo F⁴

¹ Dirigente Medico UOC Direzione Medica Ospedaliera Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
² Coordinatore Infermieristico UOC Direzione Medica Ospedaliera Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
³ Direttore della Funzione Ospedaliera Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
⁴ Direttore Sanitario Azienda ULSS 4 Veneto Orientale

Parole Chiave: patient flow, appoggi

INTRODUZIONE

Per molteplici ragioni, tra cui le mutate condizioni socio-demografiche, negli ultimi anni si è assistito ad un ricorso sempre maggiore alle strutture ospedaliere soprattutto da parte di pazienti anziani, con più patologie croniche e con frequenti processi di riacutizzazione, per i quali spesso può esserci indicazione al ricovero. Il fenomeno, che si è associato ad un aumento della frequenza di situazioni di sovrappollamento in Pronto Soccorso, richiede interventi volti alla corretta pianificazione dei percorsi intra- e inter-ospedalieri (il cosiddetto "patient flow"). Di particolare rilevanza è la gestione dei pazienti con indicazione al ricovero urgente nei casi di indisponibilità di posti letto nell'Unità Operativa di competenza clinica.

CONTENUTI

Si rende necessario individuare degli strumenti di gestione delle situazioni di disequilibrio tra la domanda di ricovero urgente, prevalentemente da Pronto Soccorso, e l'offerta di posto letto disponibile a livello aziendale (inclusi i cosiddetti posti letto "bis"). Una possibile soluzione consiste nel ricovero del paziente in una Unità Operativa differente rispetto a quella di competenza (posto letto in "appoggio"). La letteratura scientifica sottolinea che l'ospedalizzazione dei pazienti in setting di cura diversi da quello di pertinenza clinica può comportare criticità sia di natura organizzativa che clinico-assistenziale, con un aumento dei tempi di degenza dei pazienti. È pertanto opportuno dotarsi di procedure finalizzate ad esplicitare i ruoli e le attività del personale coinvolto e ad individuare criteri di indirizzo per regolamentare il ricorso al posto letto in "appoggio". Si ritiene utile declinare nel dettaglio le fasi di presa in carico (disposizione del ricovero da PS, accettazione nell'UO ospitante, fase diagnostico/terapeutica, fase assistenziale, fase di dimissione/rientro nell'UO di competenza clinica), prevedere una chiara matrice di responsabilità ed indicatori per il monitoraggio (es. giornate di degenza pazienti in "appoggio" per UO di competenza, numero di segnalazioni URP, numero di incident reporting nei pazienti in "appoggio").

Funzione	Personale Medico PS	Personale del comparto PS	Personale Medico UO di competenza clinica	Personale Infermieristico UO di competenza clinica	Personale Infermieristico UO ospitante
Indicazione al ricovero urgente	R				
Assistenza durante l'episodio al Pronto Soccorso	R	C			
Accettazione/ Accoglimento in UO ospitante					R
Valutazione clinica e prescrizione terapeutica in UO ospitante			R		C
Assistenza infermieristica in UO ospitante					R
Gestione della documentazione in UO ospitante			R		R
Gestione degli effetti personali in UO ospitante					R
Gestione dei farmaci e dispositivi medici in UO ospitante			C		R
Dimissione/trasferimento in UO ospitante			R		C
Follow-up post dimissione			R	R	

Tab.1 - Matrice delle responsabilità gestione pazienti in "appoggio"

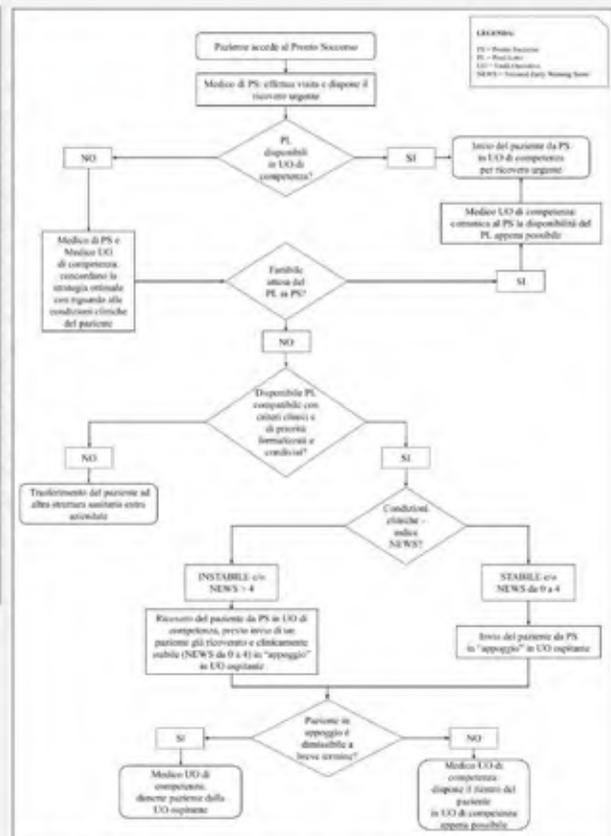


Fig.1 - Flow Chart: processo decisionale per il patient flow in assenza di posto letto

CONCLUSIONI

Per le ragioni sopracitate, e per le criticità delle strutture territoriali di presa in carico del paziente ospedalizzato che si associano ad un prolungamento dei tempi di degenza soprattutto del paziente anziano fragile, con conseguente affollamento delle strutture ospedaliere, si mette in evidenza la crescita del fenomeno di appoggi. Con la stesura delle procedure aziendali si cerca di superare la criticità del sistema e proporre il metodo di lavoro in team multidisciplinare cercando le soluzioni, monitorando il fenomeno, confrontandosi e mettendo in atto tutte le azioni migliorative a disposizione. Il modello deve essere flessibile, correttivo e soggetto alle periodiche revisioni.



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Piante e Fiori in ospedale quale rischio di infezioni? Review delle evidenze disponibili.

Venturino V. Responsabile SS UPRI, Direzione Medica di Presidio Ospedale Michele e Pietro Ferrero-ASL CN2.

Malvasio P. Direttore SC Direzione Medica di Presidio Ospedale Michele e Pietro Ferrero-ASL CN2.

Zottarelli F. Servizio Epidemiologia - SEREMI-ASL AL.

Di Pietrantonj C. Dirigente Analista - Servizio Epidemiologia - SEREMI-ASL AL.

Introduzione: Portare ai degenti in ospedale piante e i fiori è percepito come utile per migliorare l'umore durante i periodi di malattia e ricovero, tuttavia questa consuetudine pone il problema della sicurezza dei pazienti, ovvero se piante e i fiori possano determinare un aumento del rischio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Il presente lavoro esamina le ricerche rilevanti che hanno cercato di mettere in luce il possibile ruolo dei fiori e delle piante nelle ICA.

Contenuti: Gli studi sono stati individuati attraverso una ricerca in PubMed ed EMBASE terminata dicembre 2022 utilizzando i termini: flower*; plant*; potted plant*; Rose*; water treatment; hydroponic cultivation; soil. La ricerca bibliografica ha individuato 7862 articoli, attraverso l'analisi del titolo e dell'abstract sono stati considerati potenzialmente rilevanti 30 lavori di cui: 3 revisioni sui potenziali rischi infettivi determinati dalla presenza di microrganismi nelle acque e nei terreni di fiori e piante; 2 editoriali e 2 lettere sulle policy di esclusione delle piante dagli ospedali britannici, 2 lavori (medesimo autore) sui possibili meccanismi di trasmissione di malattie dalle piante all'uomo (phytonosi); 13 articoli sulla prevalenza di microrganismi nelle acque dei fiori recisi e nei terreni delle piante presenti nelle diverse aree dell'ospedale; 1 studio riguardante la potenziale competizione per il consumo di ossigeno fra paziente e fiori o piante presenti nella stanza; 6 articoli sperimentali o quasi sperimentali sui benefici psicologici della presenza di fiori e piante nell'ospedale; 1 revisione sui benefici psicologici della progettazione degli ambienti ospedalieri che preveda la presenza di musica, piante e luce solare.

I terreni delle piante in vaso rappresentano un reservoir per *Pseudomonas aeruginosa*, *Aspergillus fumigatus*, *A. flavus*, *A. terreus* più frequentemente isolati in concentrazioni elevate. Soltanto in uno studio condotto in un reparto di ematologia con 9 pazienti gravemente immunocompromessi, si evidenzia per 4 di essi l'infezione da *A. terreus* dello stesso genotipo presente nei terreni delle piante nei corridoi del reparto.

Le acque dei fiori recisi rappresentano un reservoir per: *Erwinia spp.*; *Acinetobacter*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*; *Escherichia coli*, negli studi esaminati non emerge una associazione certa fra i microrganismi presenti nell'acqua e le ICA; si dimostra in alcuni studi che l'aggiunta di perossido di idrogeno nell'acqua dei vasi inibisce la crescita dei microrganismi senza danneggiare i fiori.

Conclusioni: le ricerche sembrano fallire nel dimostrare una solida associazione fra presenza di fiori e piante nei reparti e le ICA, tuttavia va considerata la ridotta dimensione campionaria degli studi e in alcuni casi l'incompletezza delle indagini sui campioni biologici dei pazienti.

Considerando che le ICA rappresentano un fattore evitabile se si adottano misure di provata efficacia, riguardo la presenza di fiori e piante molti autori raccomandano prudenza. La prevenzione delle infezioni si attua attraverso l'alterazione di tre elementi chiave: l'ospite-suscettibile, l'ambiente e gli organismi; quindi esistono forti evidenze a sostegno della raccomandazione di aggiungere agenti antibatterici, come il perossido di idrogeno, all'acqua dei vasi per prevenire la crescita di organismi; è raccomandato il divieto di utilizzare fiori freschi e piante nelle aree con pazienti immunocompromessi.



Il ruolo illuminato della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero in Health Technology Assessment: tredici anni nel cuore della valutazione di tecnologie sanitarie innovative

A. Vitale*, C. Marengo**, A. Gasco°, M.G. Dall'Acqua°°, M.C. Azzolina°°°

*Dirigente Medico SC Direzione Sanitaria di Presidio ospedaliero, referente aziendale Hta e responsabile segretario scientifica Hta

**Dirigente Farmacista SC Farmacia Ospedaliera

°Direttore SC Farmacia Ospedaliera

°°Direttore Generale

°°°Direttore Sanitario d'Azienda

A.O. Ordine Mauriziano di Torino

*avitale@mauriziano.it

Parole chiave: HTA, innovazione, eccellenza clinica

Introduzione

L'HTA al Mauriziano nasce nel 2010 per implementare la valutazione di appropriatezza nell'acquisizione e nella prova delle tecnologie sanitarie innovative che i clinici richiedono di introdurre in AO. La DSPO è coordinatore della Commissione HTA e sede della Segreteria scientifica HTA aziendale.

Contenuti

In 13 anni l'HTA aziendale da semplice strumento tecnico di analisi delle tecnologie sanitarie è diventato un elemento strategico di governance che la DSPO ha saputo guidare, in modo illuminato, per raggiungere obiettivi ambiziosi che hanno fatto crescere l'AO, rimanendo sempre fedele alla missione di tutela della fragilità che la contraddistingue nel territorio regionale.

La DSPO ha plasmato l'HTA adattandola al contesto locale e alle esigenze contingenti (il processo di HTA è stato attivo anche durante la pandemia COVID), modellandola nel rispetto delle indicazioni regionali secondo le differenti scelte di politica sanitaria e le numerose direzioni strategiche che si sono alternate.

All'inizio l'HTA è stato utile per normare l'introduzione in ospedale di tecnologie innovative in modo controllato e sicuro. Poi l'HTA è diventato uno strumento di sostenibilità attraverso la prioritizzazione di introduzione delle tecnologie secondo matrici di strategicità. Dal passato al presente la DSPO ha trasformato l'HTA in metodo di governo clinico, favorendo l'incontro tra la cultura di HTA e il mondo clinico, spiegando il significato e l'importanza del processo di valutazione ai clinici, convincendoli che si tratta di un'opportunità e non di un vincolo.

In tal senso nel 2013 l'HTA ha anche promosso la formazione degli operatori sanitari in tema di valutazione delle tecnologie per promuovere la crescita culturale dei professionisti.

Nel 2014-2015 per volontà della Direzione strategica aziendale la Commissione HTA ha svolto anche il ruolo di supporto tecnico per il dialogo con le Federazioni vigenti allora in SSR Piemonte.

Dal 2017 (anno in cui è nata la cabina di regia Hta Ires in Piemonte) le tecnologie particolarmente innovative sono sottoposte (DGR 82-5513/2017 Governo delle tecnologie biomediche e dell'innovazione in Sanità) al parere di tale ente regionale.

Dal 2017 ad oggi quindi l'HTA aziendale ha anche il ruolo di interprete delle necessità cliniche e traduttore di bisogni di innovazione verso i decisori regionali, poiché la DSPO dialoga con Ires/HTA per dare la possibilità ai richiedenti aziendali di utilizzare suddette tecnologie (non ancora adottate dall'SSN, appena immesse sul mercato o con limitati periodi di follow up, che rappresentano un cambiamento nell'indicazione o nella modalità di utilizzo di un device esistente).

Conclusioni

L'HTA aziendale ha valutato 500 tecnologie innovative in 13 anni: tra queste alcune particolarmente rilevanti hanno permesso di raggiungere la robotizzazione dell'UFA, di sperimentare e portare a regime l'automazione della logistica farmaceutica, di introdurre tecnologia robotica in chirurgia ortopedica e ottenere l'approvazione da Ires Hta del sistema robotizzato per chirurgia endoscopica.



Oggi, 2023: forte del ricordo del suo passato e con lo sguardo dritto aperto verso il futuro, la DSPO, cuore della valutazione HTA aziendale, si evolve ogni giorno, reinventando il proprio ruolo in modo flessibile e resiliente, mantenendo la coerenza delle scelte tecnologiche aziendali rispetto alla mission dell'A.O.M., facendosi garante del rinnovo costante del parco tecnologico, supporto imprescindibile di un'attività clinica di eccellenza



LA MALATTIA DI LYME IN PS

VITTORIOSO L., FORGIONE P. **, DOTT. PAPA M. *****, DOTT. IZZO M. **, DOTT.SSA MAISTO M. @, DOTT. CIARFERA M. *****, DOTT. SSA CORVINO M.****, DOTT. ING. VERDOLIVA C. ***
 * DIRETTORE DIPARTIMENTO ATTIVITÀ OSPEDALIERA ASL NAPOLI 1 CENTRO
 ** UOSD DERMATOLOGIA PO DEI PELLEGRINI ASL NAPOLI 1 CENTRO
 *** DIRETTORE GENERALE ASL NAPOLI 1 CENTRO
 **** DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE ASL NAPOLI 1 CENTRO
 ***** DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL NAPOLI 1 CENTRO
 @ MEDICO REFERENTE AZIENDALE MALATTIE RARE IN STAFF AL DAO ASL NAPOLI 1 CENTRO
 © MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE IN STAFF AL DAO

INTRODUZIONE

La Malattia di Lyme o Borreliosi di Lyme (BL) è una Antropozoonosi, causata da una spirocheta, la *Borrelia burgdorferi* sensu lato. L'infezione viene trasmessa all'uomo attraverso un morso di zecca appartenente al genere *Ixodes* spp. del quale esistono specie diverse a seconda delle aree geografiche. L'uomo è ospite accidentale di un'infezione che colpisce numerosi altri mammiferi (cani, cervi), mentre i "reservoir" sono roditori, uccelli, lucertole. In Italia la BL è diffusa maggiormente nel Nord e al Centro, ma negli ultimi anni si è assistito ad un incremento considerevole dei casi al Sud e nelle Isole.

I sintomi precoci della Malattia di Lyme comprendono rash cutaneo eritematoso nella zona del morso, che tende ad espandersi (eritema migrante.). Dopo settimane o mesi possono manifestarsi alterazioni cardiache, oculari, reumatologiche, neurologiche e psichiatriche



CONTENUTI

La rimozione della zecca va effettuata il prima possibile.

1. Evitare di cospargere la zecca con vaselina, sostanze oleose, alcool, petrolio, benzina insetticida o oggetti arroventati.
2. Rimuovere la zecca con una pinzetta o un estrattore di zecca, avendo cura di non schiacciarla e di non staccare il corpo della zecca staccandolo dalla testa: afferrarla il più vicino possibile alla cute e tirarla delicatamente imprimendo un movimento rotatorio perpendicolare alla pelle in senso antiorario più volte fintanto che si stacca. Fare attenzione a non lasciare parti della zecca nella ferita.
3. Si possono reperire in farmacia pinzette per zecche in plastica, ed altri presidi quali i Tick Twister o altri tipi di estrattori.
4. Il sito del morso deve essere disinfettato dopo la rimozione, non prima poiché esiste un rischio teorico di rigurgito della zecca. Quindi dopo aver rimosso la zecca, pulire la cute con un disinfettante: ad esempio alcool, acqua ossigenata, clorexidina; non applicare pomate e sostanze colorate che potrebbero mascherare eventuali reazioni cutanee.
5. Conservare la zecca (in alcuni casi ad esempio quando la zecca ha morso un bambino o una donna in gravidanza) in un barattolo in alcool al 70% o in congelatore e contattare un centro specializzato (Zooprofilattico) per identificare la zecca e per la ricerca di possibili agenti patogeni presenti all'interno del suo organismo.



Quando prescrivere la terapia antibiotica

Di norma non si effettua terapia antibiotica preventiva, ma è bene valutare la prescrizione caso per caso.

E' consigliabile:

1. in aree dove la percentuale di zecche infette è molto elevata (>20%)
2. quando la zecca è stata identificata dopo diversi giorni
3. quando il morso è sul capo o collo (potrebbe essere difficile evidenziare l'eritema migrante)
4. in gravidanza, in quanto c'è una trasmissione verticale della *Borrelia Lyme Group*
5. In paziente immunocompromesso (aumentato rischio di coinfezioni).

La terapia profilattica viene effettuata con Amoxicillina o Doxiciclina, per 8-10 gg



Cosa fare nei giorni successivi?

Consigliare controllo dal dermatologo nei 7-14 gg., per eventuale comparsa dell'eritema migrante

Monitorare:

1. dolori diffusi, miastenia/affaticamento, ingrossamento dei linfonodi in prossimità del morso.
2. comparsa di febbre e manifestazione similesantematica, anemia, leucopenia, monocitosi
3. congiuntivite, può presentarsi nel primo stadio della BL
3. Praticare la ricerca dei seguenti anticorpi a 1-2 mesi dal morso di zecca.
 - Ab *Borrelia* IgG e IgM in chemiluminescenza
 - Ab *Rickettsie* IgG e IgM
 - Ab *Bartonella* IgG e IgM



CONCLUSIONI

La diagnosi precoce e il trattamento delle punture di zecca sono fondamentali per la guarigione completa.

La diagnosi e il trattamento tardivo della malattia possono non essere completamente risolutivi.

La malattia in un paziente non trattato può evolvere in quadri gravemente invalidanti che possono complicare nell'exitus.



Key words: malattia rara, migranti, antropozoonosi



I batteri sono presenti anche nei sifoni dei lavandini negli ospedali

I batteri che colonizzano i sifoni dei lavandini in ospedale possono diffondersi a strutture circostanti fino a 1,5 di distanza, per mezzo della nube di aerosol che si crea quando si apre il rubinetto. Le acque di scarico dei lavandini negli ospedali dovrebbero essere considerate come possibile serbatoio di infezioni nell'ambito delle indagini sulla trasmissione di agenti patogeni multi-resistenti ai pazienti ricoverati.

La presenza *Pseudomonas aeruginosa* (CP-CRPA) produttrice di carbapenemasi e resistente ai carbapenemi, può rappresentare un grave problema per il paziente; la



diffusione di questi batteri resistenti è favorita da un uso non appropriato degli antibiotici.

Per aiutare a risolvere questo

importante problema esiste già da qualche anno un'apparecchiatura prodotta in Germania "Moveo Siphone" che impedisce la crescita dei batteri e la formazione del biofilm all'interno dell'acqua stagnante presente nel sifone del lavandino riducendo quindi il rischio di Cross-Contamination.

IN.CAS. Srl si dedica da anni alla produzione e commercializzazione di Dispositivi Medici per la prevenzione delle infezioni è diventata da pochi mesi distributore di questo esclusivo ed innovativo prodotto per la prevenzione delle infezioni. Molti studi scientifici, scaricabili dal sito,



dimostrano l'efficacia di Moveo Sifone nel ridurre drasticamente i batteri presenti nei sifoni dei lavandini.

www.incasmed.com

È nata Istituto di Vigilanza Coopservice S.p.A.

È nata Istituto di Vigilanza Coopservice Spa, società controllata al 100% da Coopservice, nella quale è stato conferito il ramo d'azienda comprendente tutte le attività di vigilanza e sicurezza della cooperativa. Una nuova forma giuridica per un'azienda con una storia ultradecennale e una presenza importante in 7 regioni – con oltre 3.200 operatori tra Guardie Particolari Giurate e Operatori della Sicurezza – che punta ad un ruolo di assoluto protagonista nel settore della Security, un mercato che negli ultimi anni è cambiato radicalmente e nel quale la competizione si è fatta sempre più spinta e globale.

Oggi la digitalizzazione sta portando all'integrazione di mondi limitrofi e ad una convergenza tra mercati; è il caso, ad esempio, della Security e della Safety che stanno convergendo verso una "building automation" avanzata, che non include solo gli aspetti della domotica e del controllo da remoto, inclusi i sistemi di videosorveglianza e antintrusione, ma anche dell'automazione e del risparmio energetico, per offrire ai clienti soluzioni



intelligenti e capaci di adattarsi alle specifiche abitudini degli utenti.

Nel caso delle Aziende Ospedaliere, da sempre luoghi critici nel continuo flusso di presenza delle persone, diventa cruciale approssimare la gestione della sicurezza degli edifici in modo integrato: dalla progettazione alla scelta della migliore tecnologia, dai cablaggi alla agli

strumenti digitali, alla cybersecurity. Per riuscire è fondamentale avere capacità architettoniche e professionalità adeguate e per questo servono investimenti mirati per sviluppare nuove competenze e nuovi approcci innovativi in un contesto in rapida e costante evoluzione. Novità impattanti come l'intelligenza artificiale o l'utilizzo sempre più massivo dei droni non possono essere trascurate ma devono trovare adeguata applicazione nella progettazione delle soluzioni per la sicurezza, alzando il livello professionale di tutta la filiera sia in relazione alle tecnologie ma anche al rispetto delle normative vigenti.

Alcuni numeri di Istituto di Vigilanza Coopservice S.p.A.: 22 filiali in 7 regioni, 10 centrali operative, 300 veicoli operativi, 160 zone gestite con pattuglie dedicate, 450mila allarmi gestiti ogni anno (1 ogni 2 minuti, un intervento ogni 5 minuti), un network con oltre 750 istituti di vigilanza partner, migliaia di impianti d'allarme collegati con le centrali, 7mila mezzi sotto controllo satellitare.

www.coopservice.it

DOVENDO SCEGLIERE TRA LA SALUTE DELLE PERSONE, QUELLA DELL'AMBIENTE E QUELLA DELL'ECONOMIA ABBIAMO SCELTO TUTTO



Oltre cinquant'anni di esperienza e di leadership nella sanificazione ambientale e sanitaria hanno portato COPMA a ideare il **PCHS®**, il sistema di sanificazione innovativo che contrasta il Covid-19 con una stabilità d'azione per 24 ore. Un'efficacia dimostrata da studi pubblicati sulle più autorevoli riviste scientifiche internazionali. I tradizionali disinfettanti chimici hanno un'azione limitata che si riduce dopo circa un'ora dal loro impiego, hanno un elevato impatto ambientale e possono provocare farmaco resistenza. **La sua attività antivirale permane stabile su tutte le superfici fino a 24 ore dal trattamento.**



- 99,9% DELLA CARICA VIRALE⁴
- 52% DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA¹
- 70/99,9% DEI GENI DI RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI¹
- 70/96% DEI PATOGENI RISPETTO AI METODI TRADIZIONALI¹



- 51% DEL CONSUMO FARMACI ANTIMICROBICI²
- 79% DEL COSTO DELLA TERAPIA ANTIMICROBICA²
- 320 MILIONI DI EURO RISPARMIABILI IN SOLI 5 ANNI NEGLI OSPEDALI ITALIANI DI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI²



- 35% RIDUZIONE DELL'IMPRONTA DI CARBONIO³
- 45% RIDUZIONE DEL CONSUMO SOSTANZE CHIMICHE³
- 29/33% DEI CONSUMI ELETTRICI E IDRICI³



Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza **DEL 52%**



Riduzione dei costi complessivi della terapia antimicrobica **DEL 79%**



Riduzione stabile nel tempo **DI OLTRE L'80%** della contaminazione patogena



Abbattimento delle farmaco-resistenze **FINO AL 99,9%**

PCHS®
igiene biostabile

pchs.it

copma
produttori di igiene
cultori dell'ambiente

copma.it

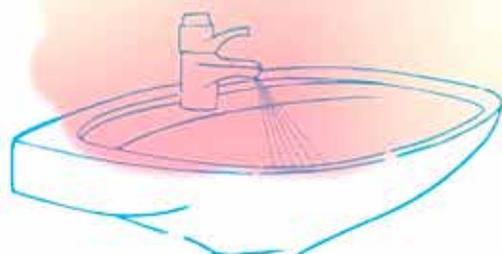
MOVED sifone



Tecnologia innovativa per la prevenzione delle ICA



Nube di aerosol
infettivo ca. 1,5 mt



ACQUA
STAGNANTE:
CONTENUTO
DI AGENTI
PATOGENI
200 MILIARDI

MICROORGANISMI CHE NUOTANO
LIBERAMENTE, PIROGENI
10³ - 10⁹ CFU/ml



Impedisce la crescita dei batteri con cicli di pastorizzazione (riduzione della carica batterica di 7 log.)



Impedisce la formazione del biofilm nelle pareti interne del sifone per mezzo di una vibrazione elettromeccanica



Riduce la necessità di antibiotici del 30% ed i giorni di isolamento dei pazienti di circa il 35%

DISTRIBUTORE
ESCLUSIVO:



INCAS
Medical Safety
Innovation

IN.CAS. s.r.l.

Via Staffali, 40/A
37062 Dossobuono di Villafranca (VR)
www.incasmed.com