



fficina delle Idee

IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI

TEMA LIBERO

NORD ITALIA

*Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia,
Liguria, Lombardia, Piemonte, Veneto*



**La ricerca delle Professioni Sanitarie, Innovazione professionale ,
rapporti con l'Università (R.I.P.U)**

Lorella Cappucciati, Maria Gaetana Droghi, Andrea Contini
Direzione delle Professioni Sanitarie
Ospedale Guglielmo da Saliceto, Ausl Piacenza

Introduction

La Ricerca è il cuore pulsante dell'innovazione e del miglioramento delle cure. L'obiettivo del progetto è creare una rete trasversale e circolare, grazie al coinvolgimento di tutte le figure appartenenti alle professioni sanitarie. Il fine è di acquisire, mantenere, sviluppare le competenze relative alla ricerca, progettazione e sviluppo professionale. Coinvolgere e strutturare un percorso di collaborazione con le Università delle Professioni Sanitarie sono le azioni finalizzate alla formazione ed il tutoraggio degli studenti nell'ambito degli studi di ricerca e di innovazione progettuale

All'apice di questa nuova organizzazione troviamo il Dirigente delle Professioni Sanitarie e in staff, la Responsabile dell'attività di ricerca delle P.S. (RAR) e la Responsabile innovazione e sviluppo organizzativo professionale (RISP).

A seguire troviamo nuove figure quali: referenti infermieristici della ricerca (RIR), referenti tecnici (RTR), referenti ostetriche (ROR) e referente infermieristico università (RIUR).

Il progetto "Ricerca, Innovazione e formazione universitaria", si sviluppa su 3 linee d'indirizzo, che afferiscono a tre percorsi fra loro strettamente interdipendenti, il cui scopo è quello di elevare le competenze delle professioni sanitarie

Results

Selezione degli Animatori:

- 16 infermieri
- 2 infermieri pediatrici
- 1 tecnico di laboratorio
- 2 tecnici di radiologia
- 2 fisioterapisti
- 1 ostetrica
- 2 educatrici
- 1 logopedista
- 1 assistente sanitaria

Studi di ricerca:

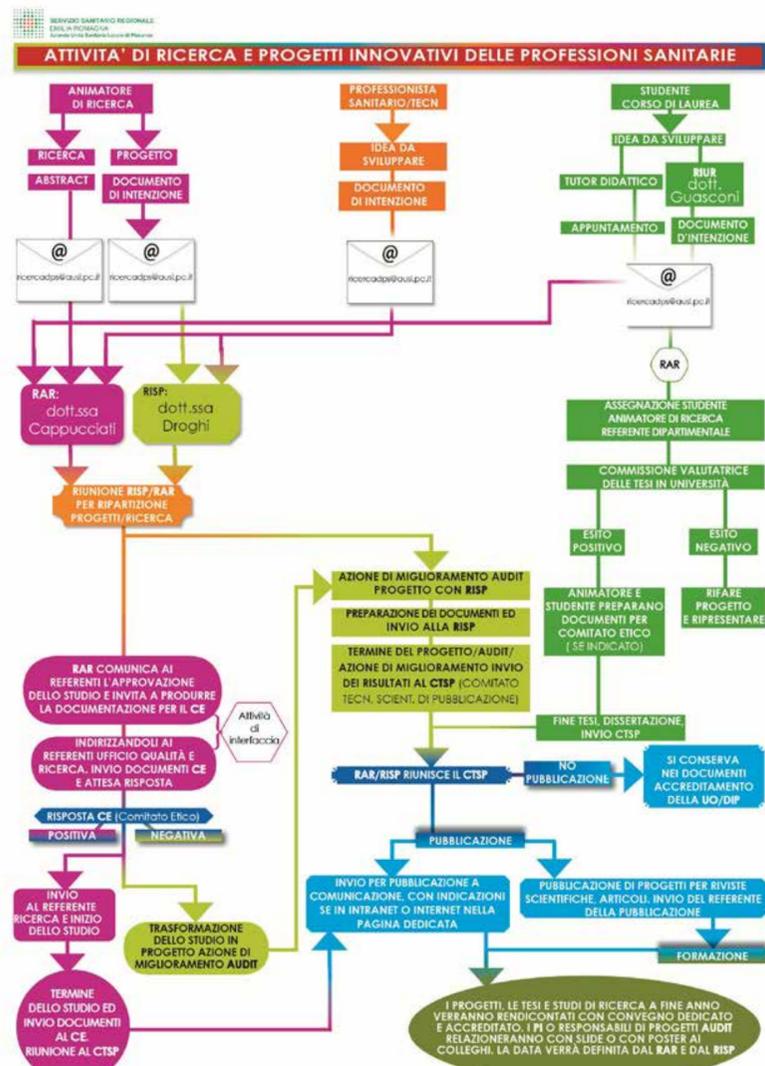
Da 14 conclusi negli anni 2016-2020 a 34 in corso anni 2021-22

Progetti :

10 progetti conclusi e 10 in corso anni 2021-22

Methodology

Tabella di flusso delle tre linee



Conclusion

Il progetto ha permesso di raggiungere questi obiettivi:

- **potenziare** la ricerca infermieristica migliorando sia la capacità di ricerca che la cooperazione fra università e AUSL, con l'intento finale di offrire ai pazienti cure infermieristiche coerenti con le migliori evidenze disponibili, migliorandone gli esiti .
- **costruire** un ambiente di ricerca facilitante: attraverso una analisi dell'ambiente di lavoro e dei fattori «facilitanti/ostacolanti» la ricerca; creando dei gruppi di ricerca delle professioni sanitarie all'interno delle Aree di cura, coordinati dagli animatori; incoraggiando collaborazioni di ricerca interdisciplinare e multidisciplinare.
- **potenziare** il profilo della ricerca condotta dalle professioni sanitarie, incoraggiando gli stessi a presentare *abstract* a convegni ed a riviste, migliorando le capacità di scrittura di articoli scientifici.
- **migliorare** l'accesso alla formazione e alle opportunità di supporto tramite lo sviluppo di un programma di apprendimento sulla ricerca delle professioni sanitarie

Acknowledgements

Evidence based medicine nell'ambito delle Professioni Sanitarie
M GIORGETTI - 2017 - etd.adm.unipi.i

La formazione delle professioni sanitarie e le esigenze di cambiamento del sistema: riflessioni sullo sviluppo di un nuovo modello
C Pierri - La formazione delle professioni sanitarie e le esigenze ..., 2020 - torrossa.com

Il modello organizzativo dell'unità di Ricerca delle professioni Sanitarie: l'esperienza presso l'ospedale di Alessandria
T Bolgeo, R Di Matteo, M Gardalini, D Gatti, A Maconi - scholar.archive.org

Le novità in materia di responsabilità delle professioni sanitarie secondo la Legge 24/2017
U Genovese - Il dirigente delle professioni sanitarie e sociali nel ..., 2018 - air.unimi.it



SEGNALAZIONI ADR VACCINI ANTI-COVID-19 : SINERGISMO TRA FARMACISTA E MEDICO COMPETENTE



Daniela D'Alonzo (1), Marta Bonparola (2), Massimiliano Luppi (1), Elisa Di Lella (1), Laura Trombetta, (1) Sara Di Pede (1) Maria Antonietta Melfi (1), Paola Iovino (1), Francesco Righi (1), Irene Petriglieri (1), Rosa Celozzi (1), Valeria Sassoli (1).

1. Farmacia Istituto Ortopedico Rizzoli

2. Medicina Del Lavoro Istituto Ortopedico Rizzoli

Introduzione

Le segnalazioni inerenti alla terapia farmacologica sono normativamente ricondotte alla funzione di gestione del rischio sanitario Risk Management e alla funzione di Farmacovigilanza. La vaccinovigilanza, rappresenta un insieme di attività finalizzate a valutare tutte le informazioni relative alla sicurezza dei vaccini e ad accertare che il rapporto beneficio/rischio resti favorevole [1]. La Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) garantisce la gestione delle segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci (ADR). Ad oggi sono stati vaccinati circa 140 milioni di persone in un arco temporale molto breve, nel 2021/22, che ha richiesto un notevole impegno nella gestione delle ADR. L'obiettivo del Responsabile di Farmacovigilanza (RF) è stato quello di coordinarsi con Medico Competente (MC) ed elaborare procedure snelle per raccogliere, nel periodo emergenziale, più ADR possibili contribuendo a una valutazione più rapida sul rapporto rischio/beneficio dei vaccini.

Materiali e metodi

E' stato redatto un modulo per ADR che ha permesso al momento delle vaccinazioni di raccogliere le informazioni minime necessarie per poi compilare la scheda di ADR e inserirla nella RNF. Il RF in accordo con il MC ha ideato questo breve modulo strutturato per evitare appunti sparsi, con informazioni minime in modo da permettere al medico vaccinatore di compilarlo velocemente senza gravare ulteriormente sul suo lavoro. Il modulo è stato consegnato ai medici vaccinatori e successivamente è stato raccolto dal MC. Ciclicamente sono stati effettuati incontri tra RF e MC per compilare le ADR ricercando le informazioni mancanti e inserire l'ADR nella RNF. Le segnalazioni gestite sono state quelle relative alla vaccinazione dei dipendenti del nostro istituto. Alcune segnalazioni sono state fatte partendo dalle mail ricevute direttamente dal MC.



DATA			
NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	
SESSO	M F	PESO	ALTEZZA
DATA I DOSE	LOTTO/SCADENZA	SERIE	INFO
DATA II DOSE	HA AVUTO UNA REAZIONE AVVERSA?	SI NO	GR. SEGNALATA? SI NO
SINTOMI/DIAGNOSI			
DATA REAZIONE			
GRAVE SI NO	ADZIONI INTRAPRESE	ESITO	IN CORSO
CONDIZIONI CONCOMITANTI O PREDISPONENTI			
DATA RISOLUZIONE			
COMPILATORE		QUALIFICA	RECAPITO

Figura 1: Modulo per ADR

Risultati

I dipendenti vaccinati sono stati 1632. Sono state inserite nella RNF 101 ADR di cui 86 Vaccino A, 13 con il Vaccino B e 2 con il vaccino C, seguendo l'andamento nazionale. Sono stati effettuati circa 30 incontri tra RF e MC per compilare le ADR e inserirle nella RNF. Quasi il 100 % ha richiesto l'integrazione di dati, i campi più modificati sono stati : sito d'iniezione, lotto/scadenza vaccino.

Conclusioni

La gestione del rischio legato ad un farmaco rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle terapie e garantire una consapevole sicurezza dei pazienti, basata sulla cultura dell'apprendere dall'errore e su una modalità culturale di sorveglianza continua assicurando che il bilancio rischi-benefici di un farmaco resti positivo nel tempo. La farmacovigilanza è tra le attività più importanti del farmacista in quanto promuove la segnalazione di ADR coinvolgendo pazienti e operatori sanitari, identificando nuovi rischi e possibili meccanismi alla base delle ADRs.[2] Il RF in collaborazione con il MC ha implementato un percorso strutturato e semplice in modo da garantire le segnalazioni ADR e la qualità delle informazioni inserite c/o il nostro Istituto. Questo percorso ha consentito di creare una sinergia nella gestione delle ADR che potrà essere mantenuta nel tempo e non solo in un periodo emergenziale.

Bibliografia

1 La vaccinovigilanza in Italia: ruolo e obiettivi AIFA
2 Boll SIFO 2021;67(1):38-50 DOI [10.1704/3604.35839](https://doi.org/10.1704/3604.35839)





Comunicazione tra operatori sanitari, non solo Read-back

Bellomo Fabrizio¹; Farneti Federico¹; Degan Stefania¹; Cautero Peter²; Chiandetti Lucrezia²; Graziani Caterina Liudmila²; Cocconi Roberto¹

¹SOC Accreditamento e Gestione del Rischio Clinico - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

²Dipartimento di Area Medica (DAME), Università degli Studi di Udine – Udine

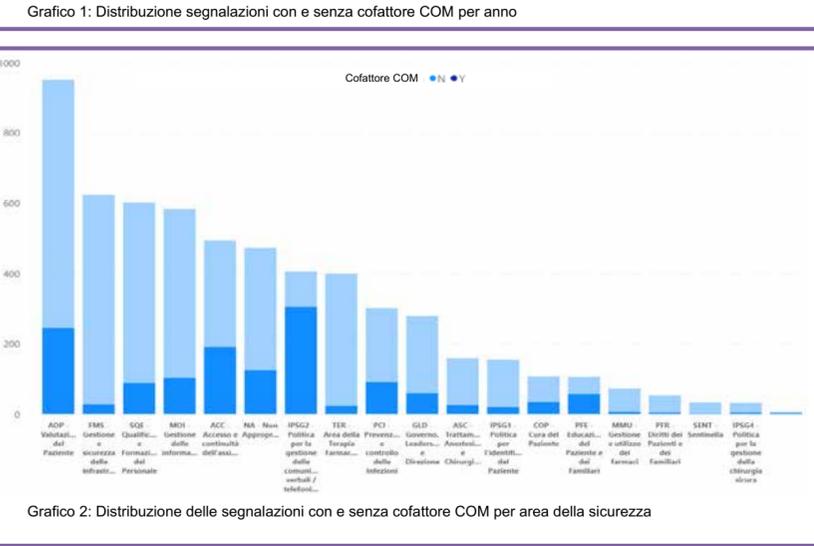
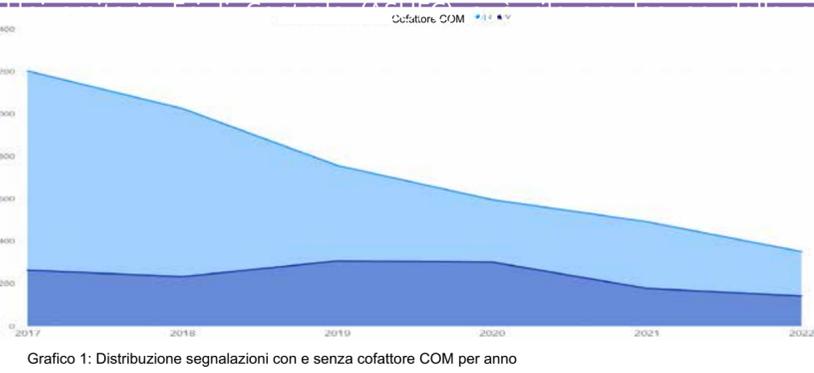


ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale

Introduzione

La corretta ed efficace comunicazione tra operatori sanitari rappresenta il filo conduttore di un'assistenza di qualità, poiché rafforza l'impegno costante verso un fine comune ed è alla base dell'integrazione del contributo individuale nel lavoro di squadra. La crescente complessità degli interventi sanitari, la maggiore prevalenza di patologie croniche e l'attuale emergenza sanitaria, richiedono l'intervento di operatori capaci di comunicare in modo efficace e di lavorare insieme in maniera comprensiva e dinamica.

Lo strumento dell'Incident Reporting (IR), in utilizzo presso l'Azienda Sanitaria

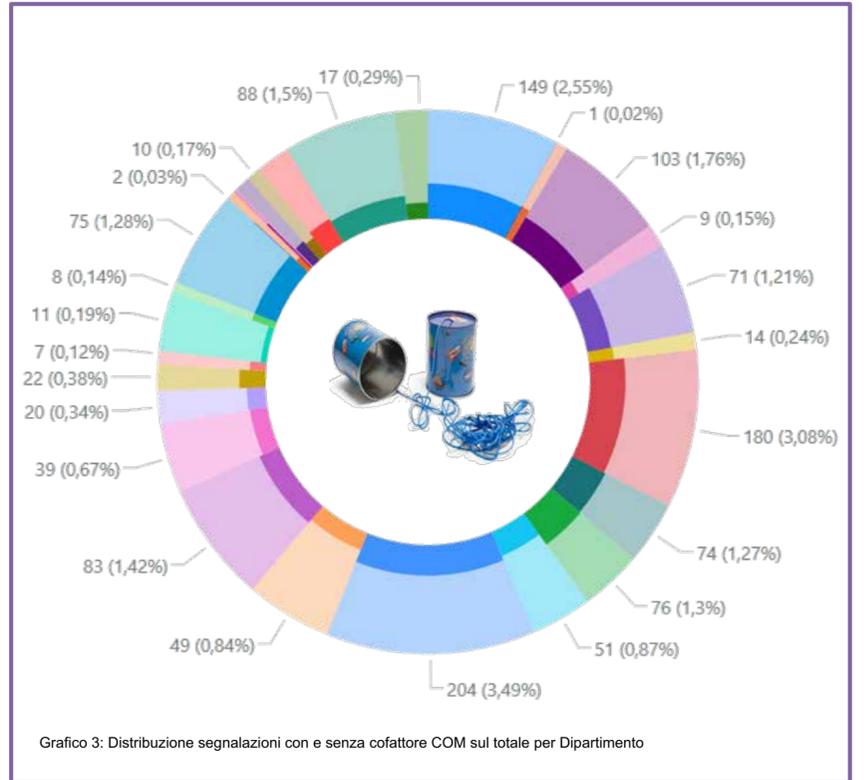


Risultati

Sono state analizzate 5849 segnalazioni di IR, di queste 1426 presentavano il cofattore COM (24%); l'andamento nel tempo (Gráfico 1) evidenzia un aumento statisticamente significativo delle segnalazioni con il cofattore COM a fronte di una diminuzione delle segnalazioni totali pervenute ($\chi^2=26,17$, $p<0,01$). Rapportando il numero di segnalazioni in cui è presente il cofattore COM sul totale per area della sicurezza (Gráfico 2) si rileva che l'area in cui il cofattore pesa maggiormente è quella relativa alla comunicazione tra operatori (IPSG2: Read-back, Handover) con una presenza del 75% (306/407 segnalazioni), seguita dai percorsi per l'accesso e la continuità delle cure dei pazienti (ACC: trasporti, definizione del percorso di cura) con una presenza del 38% (191/495 segnalazioni), dalla valutazione del paziente (AOP: ritardo diagnostiche/refertazioni, valutazione incompleta, campioni non idonei) con un 26% (245/953 segnalazioni) e dalla gestione delle informazioni (MOI: identificativo nella documentazione, completezza della documentazione sanitaria) con un 18% (103/585 segnalazioni). Visualizzando la distribuzione per Dipartimento in cui l'evento si è generato (Gráfico 3), si può notare che il cofattore COM è presente in ogni ambito dell'assistenza e dell'organizzazione della struttura sanitaria e non è relegato agli ambienti diagnostici.

Materiali e metodi

Le segnalazioni di IR che giungono alla SOC Rischio Clinico vengono analizzate e classificate per area della sicurezza interessata, nella segnalazione sono presenti eventuali cofattori che hanno contribuito alla genesi dell'evento, tra cui la mancata/inadeguata comunicazione tra gli operatori (COM). Nel presente elaborato si analizzano gli IR provenienti dell'area Udinese dal 2017 al 2022 (al 30.09) che presentino il cofattore COM, la relativa distribuzione per area della sicurezza interessata e per Dipartimento ove si è generato l'evento.



rischioclinico@asufc.sanita.fvg.it

Conclusioni
Lo stato emergenziale da SARS-CoV2, ha evidenziato quanto la comunicazione all'interno delle strutture sanitarie sia importante e diventa di rilievo nella pratica assistenziale quotidiana in quanto impatta in ogni area della sicurezza per i pazienti. L'analisi dei cofattori nelle segnalazioni di IR è uno strumento utile per poter identificare le cause trasversali nella genesi degli eventi avversi.



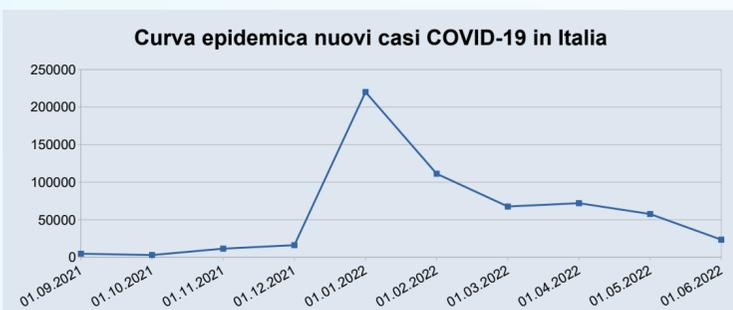
Integrazione territorio e Day Hospital Clinica di Malattie Infettive in corso di pandemia per Covid-19

M. Brangi, D. D'Elia, L.M. Ditaranto, P. Ditaranto, M. Floreani, M. Geminiani, L. Martini, S. Ielpo, F. Prativiera, T. Semenzin, C. Tascini



Introduction

Per fronteggiare la malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) si è avuta l'esigenza di creare una Osservazione Breve Intensiva (OBI) COVID all'interno del Day Hospital Clinica di Malattie Infettive dell'ASUFC; permettendo la centralizzazione in ospedale HUB per i pazienti che potevano rientrare nei criteri di somministrazione di terapie anti virali o anticorpi monoclonali. La finalità terapeutica consiste nell'evitare l'ospedalizzazione per la popolazione fragile o per i pazienti considerati a rischio di sviluppare polmoniti gravi da COVID-19, con l'obiettivo di avvicinarci ulteriormente ai cittadini



Methodology

Fascia Temporale	Anticorpi Monoclonali	Molnupiravir (antivirali)	Paxlovid (antivirali)	Mantico 1 - 2	Totale pazienti in OBI
01.09.2021					
27.06.2022					
Dal 1.09.21 al 27.06.22	1002	/	/	/	
Dal 10.01.22 al 27.06.22	/	157	/	/	
Dal 8.03.22 al 27.06.22	/	/	48	/	
Dal 14.01.22 al 15.03.22	/	/	/	89	/
Dal 1.09.21 al 27.06.22	/	/	/	/	1296

Results

L'organizzazione di una Osservazione Breve Intensiva (OBI) COVID all'interno del Day Hospital Clinica di Malattie Infettive ha permesso di innovare ed rimodulare il *setting* organizzativo e di gestire 1296 pazienti in regime ambulatoriale in un periodo di 14 mesi circa. Tutti i pazienti avevano una prestazione compilata dal MMG con priorità "U", inviata attraverso la digitalizzazione informatizzata nell'apposita cassella postale elettronica.

La popolazione che è stata trattata rientrava nei criteri AIFA di età superiore a 65 anni o delle categorie a rischio con i seguenti fattori di rischio quali: BMI \geq 30; IRC; diabete mellito non controllato (HbA1c > 9,0% 75 mmol/mol); malattia cardio-cerebrovascolare; BPCO; epatopatia cronica; emoglobinopatie; patologie neurodegenerative e del neurosviluppo; immunodeficienza primitiva o secondaria.

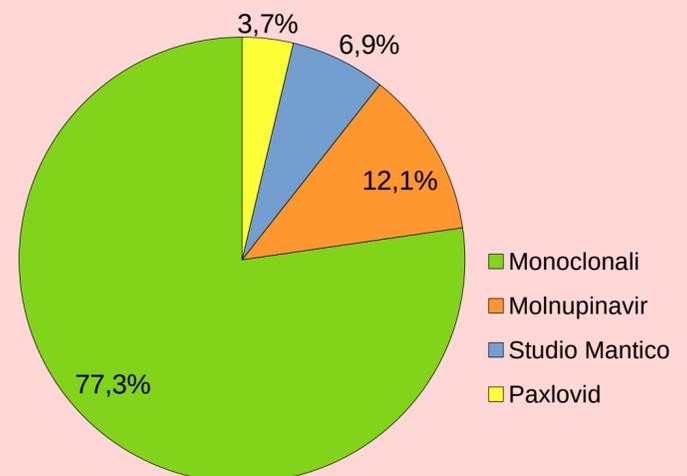
I pazienti trattati non avevano forme gravi di malattia da COVID-19 e non avevano necessità di ossigeno-terapia. Il trattamento precoce (entro 5-7 gg) dei pazienti positivi al SARS-CoV2, prima dello sviluppo della forma grave di malattia, può rappresentare uno degli strumenti per il controllo della pandemia.

La maggior parte dei casi trattati nel nostro OBI erano segnalati dai medici del territorio con i quali è stata instaurata una rete di valutazione, allo scopo di non ritardare la presa in carico dei pazienti.

Conclusion

La riorganizzazione ha consentito di affrontare con tempestività, appropriatezza e con *standard* ottimali il trattamento della malattia da COVID-19 in regime ambulatoriale.

Trattamento della malattia da Coronavirus (COVID-19)



Fascia temporale dal 01.09.2021 al 27.06.2022

Acknowledgements

Sandra Delon *et al.* Alberta's systems approach to Chronic disease Management and Prevention Utilizing the Expanded Chronic Care Model. 2009





Prehabilitation come alleata nel percorso di cura del paziente in chirurgia a degenza breve

G.Mulloni, M.Rizzuto, E.Botto, M.Bernardinis, M.Brushtulli, M.D'Aniello, F.Esposito, G.Samero, P.Sgobino, I.Tomasino, R.Petri

Day Surgery ASUFC Udine

Introduction

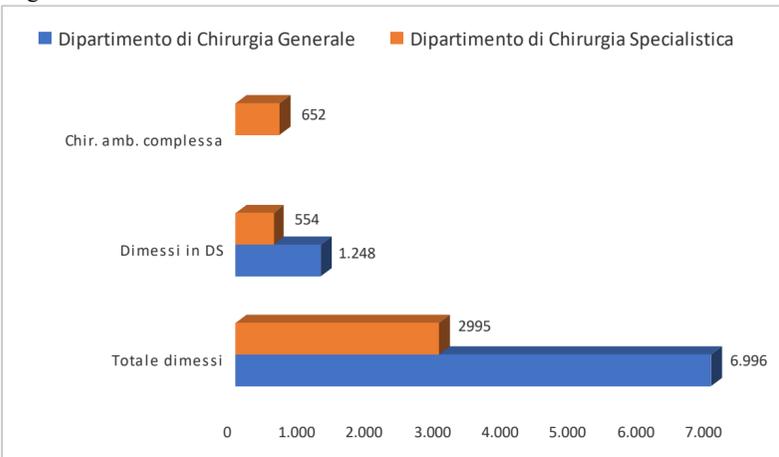
La "preabilitazione" migliora la salute e il benessere prima di un intervento o procedura chirurgica e potenzialmente la salute a lungo termine. Durante la finestra preoperatoria, gli individui possono essere più recettivi ad interventi comportamentali strutturati. Il Team Clinico Assistenziale prepara il paziente alla sfida fisiologica dell'intervento o della procedura chirurgica che può essere paragonata alla corsa di una maratona. I risultati di un cambiamento duraturo del comportamento preoperatorio si allineano con obiettivi di salute pubblica.



Methodology

I percorsi sviluppati nei Piani Standard Integrati per Specialità Chirurgiche identificano le opportunità per avviare e incorporare iniziative di preabilitazione; definendo l'uso ottimale del tempo preoperatorio in modo da "far valere ogni contatto" e "far sì che ogni contatto conti" per supportare il cambiamento del comportamento, come bagaglio per promuovere la qualità di vita. Le giornate di aperture del Day Surgery nel 2021 sono state 145 trattando 2454 pazienti (Fig.1). I pazienti di età tra 16-98 anni, presentavano uno o più fattori di rischio, alcuni non modificabili (età, sesso, familiarità per patologie) e modificabili. Abbiamo focalizzato 5 macroaree condivise con i pazienti per sviluppare e correggere i fattori di rischio modificabili; introdotto un diario per registrare i propri dati e sviluppato la rete assistenziale Home-Hospital-Territorio per condividere le criticità e individuare le possibili soluzioni.

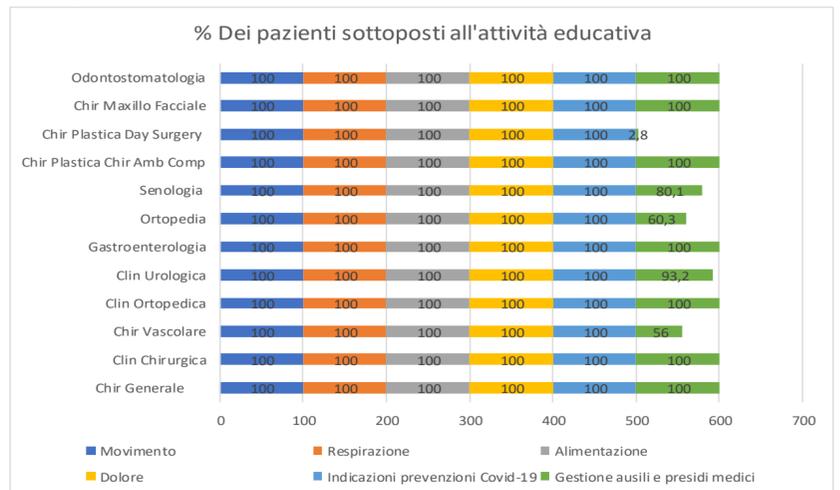
Fig.1



Results

La prehabilitation ha offerto ai pazienti l'opportunità di acquisire cambiamenti dello stile di vita, riguardanti le macroaree illustrate nella Fig. 2. Al contatto telefonico a 30 giorni il 96% dei pazienti utilizzava i consigli comportamentali condivisi in preabilitazione.

Fig.2



Conclusion

La Prehabilitation preoperatoria persegue l'Obiettivo 3 dell'Agenda 2030: Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età. La preabilitazione contribuisce al passaggio da una medicina e assistenza riparativa a una attiva di prevenzione. La sinergia Home-Hospital-Territorio coadiuva la realizzazione dei PPDTA (percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici e assistenziali).

Obiettivo 3: Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età



Acknowledgements

Santa Mina D, Scheede-Bergdahl C, Gillis C, Carli F. Ottimizzazione degli esiti chirurgici con la preabilitazione. Appl Physiol Nutr Metab 2015; 40: 966-9. Flocke SA, Clark E, Antognoli E, et al. Momenti di insegnamento per il cambiamento del comportamento sanitario e gli esiti intermedi del paziente. Conti Educazione Pazienti 2014; 96: 43-9.



Sicurezza e appropriatezza della gestione del percorso terapeutico delle donne in gravidanza con diabete gestazionale attraverso il supporto del farmacista clinico

Federico Pigato¹, Anna Parzianello¹, Giulia Fornasier¹, Riccardo Candido², Giulia Zamagni³, Marta Paulina Trojniak¹, Barbara Brunato⁴, Erika Specogna⁵, Sandra Agus⁶, Paola Rossi⁷, Anna Arbo¹.

1 SSD Farmacia, IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo, 34137, Trieste;
2 Centro Diabetologico, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), 34100 Trieste;
3 Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari, IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo, 34137, Trieste;
4 Centro Diabetologico, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), 34074 Monfalcone (Gorizia);
5 Servizio Farmaceutico, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), 33100, Udine;
6 Centro Diabetologico, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), 33100 Udine;
7 Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità - Servizio pianificazione, controllo, economia sanitaria e assistenza farmaceutica, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, 34121, Trieste.

Introduzione

Il diabete mellito gestazionale (GDM) è un'intolleranza al glucosio diagnosticata in gravidanza, la cui prevalenza è stimata tra 11-13% [1,2]. Se non trattato, il GDM comporta rischi significativi per la madre e per il feto/neonato (Fig. 1) [3,4]. È fondamentale, quindi, il mantenimento di un buon controllo glicemico e dell'aderenza al trattamento per ridurre la probabilità di complicazioni materno-neonatali [5,6]. Tuttavia, diversi studi evidenziano una non completa aderenza al trattamento nelle donne con GDM [7].

Lo scopo dello studio è quello di valutare l'aderenza alle terapie proposte e di stimare la diminuzione delle possibili complicanze attraverso il monitoraggio costante della glicemia in queste pazienti.

Materiali e Metodi

È stato condotto uno studio multicentrico, prospettico e osservazionale presso i reparti di diabetologia del Friuli-Venezia Giulia tra il 2019 e il 2021. Per tutte le pazienti con GDM seguite dai diabetologi, il farmacista ha raccolto i dati di aderenza al trattamento. La paziente è stata valutata aderente in presenza di valori di glicemia ≤ 90 mg a digiuno e ≤ 130 mg 1 ora dopo il pasto. Quindi, le pazienti sono state suddivise in aderenti e non aderenti. La raccolta dei dati durante la gravidanza è stata effettuata a intervalli regolari per una media di 3 *follow-up* ciascuna ed è proseguita fino a 12 mesi dopo il parto (Fig2).

Fig1 GDM non trattato / non diagnosticato: POSSIBILI COMPLICAZIONI

GESTANTE / MADRE	FETO / NEONATO
1. Ipertensione	1. Macrosomia
2. Aumento della frequenza di tagli cesarei	2. Iperbilirubinemia
3. Aumento del rischio (7x) di sviluppare diabete mellito 2	3. Ipocalcemia
	4. Policitemia
	5. Ipoglicemia



Tab1

	Pazienti aderenti	Pazienti non aderenti
Dati glucometro	145 (53.5%)	126 (46.5%)
Dati diabetologo	155 (57.2%)	116 (42.8%)

Risultati

Sono state arruolate in totale 287 pazienti (età media: 34 anni; IQR:31-38 anni), per 271 di queste è stata valutata l'aderenza (Tab1). 32 donne (43,2%) hanno assunto farmaci *off-label*, di cui 20 (60,5%) acido acetilsalicilico.

All'arruolamento, 257 pazienti (89,6%) seguivano solo la terapia dietetica mentre tutte le 29 pazienti in terapia farmacologica (10,1%) assumevano insulina. La percentuale di pazienti che assumevano la sola terapia dietetica è stata significativamente più alta nel gruppo di pazienti valutate aderenti dal diabetologo (53,6% vs 39,7%; $p=0,023$). Di conseguenza, la terapia insulinica è stata più frequentemente richiesta dalle pazienti non aderenti ($p=0,018$). L'analisi multivariata basata sulla classificazione del glucometro ha mostrato che l'essere in terapia con insulina e l'iperglicemia sono forti fattori di rischio per la non aderenza.

È attualmente in corso un'ulteriore analisi sulla possibile correlazione tra la scarsa aderenza alla terapia antidiabetica nella madre e le possibili complicanze legate al parto e al neonato.

Conclusioni

Da questo studio emerge la complessità di valutazione dell'aderenza al trattamento antidiabetico nelle pazienti con GDM. Si evince inoltre l'importanza dei centri di diabetologia nella presa in carico di queste pazienti. Infatti, l'unica strategia efficace per migliorare l'aderenza al trattamento delle pazienti con GDM è quella di monitorarle frequentemente con visite programmate.

Bibliografia

- [1] SID. Standard per la cura del diabete mellito 2018. Available at: <https://www.siditalia.it/clinica/standard-di-cura-amd-sid> (02 Feb 2022).
- [2] Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014;160:414–20.
- [3] Persson B, Hanson U. Neonatal morbidities in gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care.* srpen 1998;21 Suppl 2:B79-84.
- [4] Lapolla A, Dalfrà MG, Ragazzi E, De Cata AP, Fedele D. New International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) recommendations for diagnosing gestational diabetes compared with former criteria: a retrospective study on pregnancy outcome. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* 2011;28:1074–7.
- [5] Mukona DM, Munjanja SP, Zvinvashe M, Stray-Pederson B. Association between adherence to anti-diabetic therapy and adverse maternal and perinatal outcomes in diabetes in pregnancy. *J Endocrinol Metab Diabetes South Afr.* 2018;23:70–5.
- [6] Cosson E, Baz B, Gary F, Pharisien I, Nguyen MT, Sandre-Banon D, et al. Poor Reliability and Poor Adherence to Self-Monitoring of Blood Glucose Are Common in Women With Gestational Diabetes Mellitus and May Be Associated With Poor Pregnancy Outcomes. *Diabetes Care.* 2017;40:1181–6.
- [7] Staynova R, Gueorguiev S, Petkova-Gueorguieva E, Madzharov V, Ivanova S, Ivanov K. Importance of Self-Monitoring of Blood Glucose in Gestational Diabetes: Pharmacists' Role in Improving Patient's Compliance-Pilot Study. *IOSR J Pharm.* 2017;7:15–9.



COVID-19 COME INFEZIONE CORRELATA ALL'ASSISTENZA: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE E CONTROLLO IN ASL 5

Marianna Marcantuono, Simonetta Barbieri, Enrica Cantinotti, Paola Lorenzani, Giovanna Rizzo, Micaela La Regina*

SC Pianificazione, Qualità, Accreditamento e Formazione - Azienda sociosanitaria Figure 5, La Spezia

*SC Governo e Rischio clinico, Programmazione sanitaria e controllo di gestione - Azienda sociosanitaria Figure 5, La Spezia

Introduzione

Le infezioni nosocomiali, ovvero le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), rappresentano in ambito sanitario un evento tanto frequente quanto evitabile, se si adottano misure di provata efficacia. Covid-19, in quanto malattia trasmissibile per via respiratoria o da contatto, può configurarsi anche come infezione nosocomiale.

Obiettivi

L'obiettivo primario dello studio è verificare la conoscenza e l'applicazione nella pratica clinica quotidiana delle indicazioni aziendali relative alla prevenzione e controllo della infezione da Sars-Cov-2 nei reparti non covid. Obiettivo secondario è verificare l'eventuale correlazione tra grado di adesione alle indicazioni aziendali ed esiti clinici (numero pazienti positivamente durante la degenza nel periodo di indagine).

Materiali

E' stato elaborato un questionario basato su una procedura aziendale che recepisce le disposizioni Ministeriali e Regionali vigenti. Il questionario è stato somministrato al personale infermieristico delle degenze di ASL5, nel periodo 20 Luglio-20 Settembre 2022, attraverso la piattaforma *Moduli di Google*.

Metodi

Sono stati analizzati i seguenti aspetti: conoscenza documentale, misure di prevenzione adottate all'ingresso di un paziente in reparto, durante la degenza e alla dimissione, appropriatezza nell'utilizzo dei tamponi per SARS-CoV2, utilizzo delle misure di prevenzione individuale, accoglienza dei visitatori in reparto, pulizia degli ambienti e degli arredi, comportamento degli addetti al trapezo sanitario.

È stata effettuata una analisi statistica descrittiva. I dati, elaborati in tempo reale con la funzione *Moduli di Google*, sono stati rianalizzati tramite il software Excel. La significatività statistica delle differenze è stata determinata mediante il test di Fisher con $p < 0,01$. È stata utilizzata infine la regressione logistica per valutare eventuali relazioni funzionali fra le variabili presenti nello studio.

I risultati sono stati confrontati fra aree omogenee e messi in relazione con la casistica interna di pazienti che si sono positivamente nel corso della degenza nel periodo di indagine, al fine di correlare tale esito con il grado di adesione alle indicazioni da parte del personale infermieristico.

Risultati

Hanno risposto al questionario 102 infermieri su 405 (25%).

Le criticità rilevate sono state le seguenti: 70% ha contratto l'infezione sul posto di lavoro dall'inizio della pandemia (57% da paziente e 12% da colleghi); 1 infermiere ogni 3 riferisce di non verificare all'ingresso in reparto se il paziente ha un link epidemiologico; 1 infermiere su 5 dichiara di non eseguire o eseguire solo occasionalmente la disinfezione dei dispositivi medici di uso condiviso (es. termometro) fra un paziente e l'altro; 1 infermiere su 4 non eseguirebbe il tampone ad un paziente che diventa sintomatico durante la degenza o deve essere dimesso presso strutture sanitarie o con servizi domiciliari; solo il 40% afferma di praticare l'igiene della mani con acqua e sapone, quando visibilmente sporche; 45% non ha l'abitudine di disinfettare la postazione di lavoro e gli oggetti di uso frequente o comune a fine turno; 90% dichiara che gli addetti ai trasporti sanitari accompagnano il paziente fino al letto di degenza, nonostante le indicazioni aziendali di segno opposto.

Le uniche differenze statisticamente significative sono emerse nel confronto fra Area Medica e Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA) e riguardano il monitoraggio clinico giornaliero dei pazienti, l'utilizzo dei DPI nei rapporti con i colleghi (spogliatoi) e la disinfezione della postazione di lavoro, tutte pratiche verso le quali il DEA è risultato meno compliant.

Non si sono evidenziate associazioni statisticamente significative tra i comportamenti del personale infermieristico e il numero di pazienti positivamente durante la degenza.

Conclusioni

Pur con i limiti di un campione ridotto e della necessità di azioni di miglioramento, lo studio conferma il ruolo centrale dell'infermiere nella prevenzione della trasmissione intra-ospedaliera dell'infezione da SARS-CoV2 e offre una fotografia rispetto alle misure di prevenzione e controllo da parte degli infermieri di ASL5.





TIGULLIO LUOGO DI SALUTE: LA TELEMEDICINA IN ASL4 LIGURIA PASSA PER L'ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA

AUTORI: S. Giacobbe¹; C. Ulivi²; V. Lizzio³; M. Ferlenghi⁴; M. I. Grassi⁵; D. Mortello⁶; A. Brioschi⁷; M. E. Secchi⁸; F. Orlandini⁹; P. Petralia¹⁰

¹Risk Manager; ²SC Sistema Informativo; ³SSD Ingegneria Clinica; ⁴SSD URP, ⁵ Distretti Socio Sanitari 14 e 16; ⁶ Distretto Socio Sanitario 14 e Cure Primarie; ⁷SC CCD; ⁸DSS, ⁹DS, ¹⁰DG

Abstract

Il percorso di accreditamento è parte del progetto sperimentale di riorganizzazione per una sanità di prossimità anche digitalizzata. Obiettivi del progetto:

- Coinvolgere i professionisti in un percorso di formazione permanente su alcune prospettive di change management
- Realizzare una ricerca per alcuni aspetti legati alla medicina di popolazione
- Sperimentare sistemi tecnologici ed informatici avanzati collaborando con diversi Partners "Top Player" nei settori della telemedicina, teleriabilitazione e controllo di dati a distanza e nell'ambiente esterno, dotando anche le sedi Hub e Spoke dell'Asl4 di attrezzature e dotazioni tecniche proprie.
- Integrare la progettualità nel sistema della piattaforma e dei relativi strumenti applicativi di Liguria Digitale, per un'estensione a breve alle altre strutture regionali.

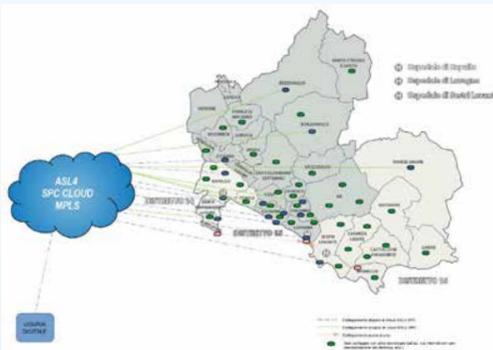
Methodology

E' stato selezionato quale Advisor Certificatore l'Ente "Accreditation Canada", unico ad esprimere standard specifici di telemedicina. Il percorso annuale si concluderà nel 2022, coinvolgendo l'intera Asl4, orientata ad ottimizzare la sua gestione ed organizzazione.

PIANO DI MIGLIORAMENTO QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2022 rev.1

TITOLO INIZIATIVA DI MIGLIORAMENTO 1: PERCORSO DI ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA ALLINEATO A PERCORSO IN ESSERE DI CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015

CONTENUTO ATTIVITÀ 2022	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	RESPONSABILITÀ
DEFINIZIONE TEAM TEAM LEADER E ASSEGNAZIONE AUDITORS													DIREZIONE STRATEGICA
FORMAZIONE LEADER TEAM LEADER, AUDITORE													ALESSANDRO BURLANI
INSERIMENTO SEDE NEL PORTALE AC													QUALITÀ
REUNIONI DEL TEAM PER VERIFICA STANDARD E "COMPIAZIONE EXCEL"													TEAM LEADER
INVIIO NOMINATIVI A QUAL ACCR PER QUESTIONARIO ONLINE DI AUTOVALUTAZIONE													TEAM LEADER VIA MAIL A QUAL.ACCR@ASL4.LIGURIA.IT
WEBINAR N° (traviso degli incontri webinar)													CON TEAM LEADER, AUDITORS E QUARN
COMPIAZIONE QUESTIONARIO ONLINE DI AUTOVALUTAZIONE													QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISK MANAGEMENT CON TEAM LEADER E AUDITORS
ANALISI RISPOSTE DEL QUESTIONARIO													QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISK MANAGEMENT CON TEAM LEADER E AUDITORS, DIREZIONE STRATEGICA
DEFINIZIONE PIANO DI MIGLIORAMENTO 2022													QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISK MANAGEMENT CON TEAM LEADER E AUDITORS
IMPLEMENTAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO													INDIVIDUATE NEL PIANO DI MIGLIORAMENTO
QUESTIONARY AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHQR)													PREVISTA SOMMINISTRAZIONE A 321 OPERATORI (SCOGIA AC)
SIMULAZIONE CON ALESSANDRO BURLANI													ALESSANDRO BURLANI
AUDI DI PARTE TERZA CON VALUTATORI ACCREDITATION CANADA E RINA													ASL4 LIGURIA



Introduction

E' stato attivato il percorso di certificazione in base a specifici standard riconosciuti dalla comunità internazionale. Il percorso progettuale è proattivo e trasversale, il suo completamento è inserito come obiettivo strategico complessivo nel Piano di Budget aziendale.

L'impegno degli operatori in questo percorso costituisce un valore aggiunto di tipo motivazionale e professionale, strategico nella costruzione del cambiamento dei Sistemi organizzativi e di erogazione di salute.

Quando la telemedicina, o assistenza sanitaria virtuale non è in grado di soddisfare le esigenze di un potenziale paziente, il team di assistenza facilita l'accesso ad altri servizi.

Viene sviluppato un processo organizzativo per gestire i tempi di inattività del sistema di telemedicina.

Conclusion

Il progetto innovativo pone la PERSONA al CENTRO dell'INNOVAZIONE come: Paziente, Professionista Sanitario, Professionista dell'Amministrazione. Sono stati definiti specifici indicatori value based. Il progetto sperimentale si è concluso il 31.08 ora ASL4 è impegnata nella standardizzazione dei percorsi e nella definizione di ulteriori percorsi clinici, anche attraverso la diffusione dell'esperienza internamente ed esternamente all'azienda.



Acknowledgements

Un grazie doveroso ai team leader e auditors che hanno coordinato/facilitato il percorso verso l'accREDITAMENTO all'ecCELLENZA.

Noi siamo ciò che facciamo costantemente. L'ecCELLENZA, quindi, non è un atto, ma un'abitudine.
Will Durant



A patient-centred digitalization solution to access the emergency department – the case of ASST Bergamo Est (Italy)

Filippo Manelli*, Mattia Cattaneo**, Luisa Giuliano*, Francesco Locati*, Chiara Morlotti**, Stefano Paleari**, Bianca Ricciardella*, Alice Ubiali**, Franco Cammarota ***

*Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Bergamo Est

**Università degli Studi di Bergamo

***FERB (Fondazione Europea per la Ricerca Biomedica), Bruxelles

Introduction

Better involving patients in service provision has become a priority within healthcare processes. To this aim, a plethora of technological and analytical solutions have been developed to address different domains, reshaping how care is delivered to patients. Additionally, within emergency department (ED) contexts, a pivotal requirement for the delivery of safe and high-quality healthcare services is the effective communication between the patient and the service provider. Miscommunication can indeed be life-threatening, and it is tremendously exacerbated when dealing with language barriers. Accordingly, we developed and implemented a digitized solution to improve the communication of patients in case of emergency, with consequent positive impacts on ED's operational efficiency.

Methodology

ASST Bergamo Est, in collaboration with FERB Onlus (Fondazione Europea di Ricerca Biomedica) and the University of Bergamo, relies on the concept of digitalization to improve the patients' communication ability in case of emergency. Specifically, ASST Bergamo Est has recently introduced a multi-language tool for patients accessing the ED.

The tool consists of an application installed on a touchscreen multimedia kiosk and it is at disposal of low priority patients during their waiting time. The application, available in eight different languages, consists of three main sections. The first section is dedicated to patients' profiling, comprising health historical information. In the second section, patients communicate the reasons why they are accessing the ED. Finally, the third section generates a summary of all the entered data and save a file, immediately accessible from the ED personnel.

Results

From June to September 2021, the use of this tool was preliminary tested from ASST Bergamo Est at the Bolognini Hospital in Seriate (Bergamo-Italy). This phase highlighted the importance of involving patients in the waiting time span of the provision of healthcare services. Furthermore, outcomes highlighted the importance of developing an integration of the kiosks with a portable mobile app, to reduce triage time and the associated resources. With this solution, patients can immediately transfer their health historical information from the mobile to the totem and fill acute sections (e.g., symptoms) using the ED totem, thus directly sharing data with health professionals.

Conclusion

The implementation of the digitized solution provided evidence on the improvement it provides in the current delivery of emergency care. The contribution is twofold. First, the solution facilitates the communication of patients' health status, giving the opportunity to both Italian and non-Italian speaking individuals to express themselves in their own native language. Second, the tool enhances patients' empowerment, leading to a direct involvement during their unoccupied time and allowing healthcare professionals to rely on data directly communicated by patients.

Acknowledgements

- The use of a self-check-in kiosk for early patient identification and queuing in the emergency department.
- Coyle N, Kennedy A, Schull MJ, Kiss A, Hefferon D, Sinclair P, Alsharafi Z. CJEM. 2019 Nov;21(6):789-792.



Modello organizzativo per La gestione dei ricoveri In un'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) multi presidio

Manelli Filippo, [^]Riccardi Bianca, ^{*}Imbrogno Pietro.

Pronto Soccorso Seriate, [^]Direzione Medica di Presidio 1, ^{*}Direzione Sanitaria Aziendale
Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Bergamo Est.

Abstract

Proponiamo un possibile modello organizzativo che possa essere applicato ad una Azienda Socio- Sanitaria Multipresidio per una migliore gestione dei ricoveri ordinari.

Introduzione

Overcrowding e boarding rappresentano due dei principali elementi di debolezza del Pronto Soccorso (PS) e di ogni azienda sanitaria. La letteratura ha dimostrato che questi due aspetti del processo sono la concausa di un aumento dei tempi di successiva degenza dei pazienti ricoverati, oltre che di un peggioramento dell'outcome degli stessi.

Le ASST distribuite su più presidi sono organizzate in un Sistema Hub Spoke con unità operative simili ma con dimensioni, risorse e caratteristiche diverse, spesso poco integrate fra loro. La presenza di posto letto talvolta è distribuita in modo non omogeneo, con settori con tasso di occupazione elevato e altri sotto utilizzati, alimentando il fenomeno del boarding specialmente nei centri Hub.

Materiali e metodi

La ASST Bergamo Est è dotata di quattro presidi con Pronto Soccorso (PS). Seriate che è Hub (PS-S) e tre sedi Spoke (Alzano Lombardo, Piario e Lovere: PS-A, PS-P e PS-L). Gli accessi annui nel 2019, 2020 e 2021 si sono distribuiti come segue. PS-S: 55.020, 35.683, 45.985. PS-A: 33.148, 14.143, 18.009. PS-L: 21.434, 14.499, 16.683. PS-L: 13.734, 9.203, 11.136. Dall'estate del 2021 è stato progressivamente inserito un nuovo approccio organizzativo per integrare i diversi PS aziendali e conseguentemente le unità operative (UO) di medesima area (medica e chirurgica) attraverso vari strumenti, tra i quali: bed management aziendale con rilevazione centralizzata delle disponibilità di posto letto e programmazione trasversale; definizione del fabbisogno medio giornaliero di posto letto per ogni UO, potenziamento dei trasferimenti fra i vari presidi, coinvolgimento dei vari dipartimenti nella determinazione di un protocollo aziendale di gestione dei pazienti per competenza e complessità di cura, accordi e programmazione di collaborazione con strutture sanitarie esterne alla ASST.

Risultati

Nel breve tempo di attuazione di questo modello organizzativo (iniziato a settembre 2021) il principale risultato ottenuto è stato il progressivo cambiamento di approccio e disponibilità, al netto dell'interferenza dettata dalla quarta ondata della pandemia da COVID19 che ha rallentato il processo del cambiamento. I principali indicatori utilizzati per il monitoraggio della situazioni sono stati i seguenti per ogni PS: numero accessi, tempi di attesa, % di ricovero, % di trasferimento all'interno e all'esterno della ASST.

Conclusioni

Nelle ASST multi presidio l'integrazione e trasversalità delle varie sedi e UO appare obiettivo difficile, perché implica un approccio di sistema estremamente diverso e nuovo rispetto al passato. Tuttavia, risulta il modello organizzativo principale che consente di ottimizzare le risorse di posto letto, riducendo la pressione sulle sedi di gestione dei pazienti a maggiore complessità e distribuendo gli altri pazienti nelle altre sedi integrate, anche per meglio definire e stimolare lo sviluppo di aree di competenza diverse fra medesime UO di diversi ospedali.

Bibliografia

- Yarmohammadian MH, Rezaei F, Haghshenas A, Tavakoli N. Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. J Res Med Sci. 2017 Feb 16;22:23
- Kenny JF, Chang BC, Hemmert KC. Factors Affecting Emergency Department Crowding. Emerg Med Clin North Am. 2020 Aug;38(3):573-587.



Studio retrospettivo su pazienti presi in carico dagli infermieri di famiglia di ASST Mantova



Mara Azzi, Direttore Generale ASST Mantova
Renzo Boscaini, Direttore Socio Sanitario ASST Mantova
Angela Bellani, direttore struttura Gestione Fragilità e direttore f.f. distretto mantovano ASST Mantova
Franco Vallicella, direttore SITRA ASST Mantova
Stefano Bernardelli, dirigente SITRA ASST Mantova
Monica Carnevali, RAD dipartimento delle fragilità Infermieri di famiglia e comunità ASST Mantova

INTRODUZIONE

Al fine di valutare l'efficacia dell'impatto dell'attività infermieristica nella appropriatezza delle cure e di garantire il setting di cura ottimale, si è pensato - grazie alla preziosa collaborazione del Controllo di Gestione di ASST Mantova - di organizzare uno studio retrospettivo con una valutazione ex-ante e a 6 mesi ex-post dalla data del 1° contatto per ciascun paziente preso in carico dagli IFEC rispetto al numero di ricoveri (flusso SDO) e al numero di prestazioni effettuate (flusso 28 SAN).

MATERIALI E METODI

Al fine di valutare l'efficacia dell'impatto dell'attività infermieristica nell'appropriatezza delle cure garantendo così il setting di cura ottimale, si è pensato di organizzare uno studio retrospettivo con una valutazione ex-ante e a 6 mesi ex-post dalla data del 1° contatto per ciascun paziente preso in carico dagli IFEC rispetto i seguenti indicatori: numero di ricoveri (flusso SDO) e numero di prestazioni effettuate (flusso 28 SAN) nel periodo in esame. Questi pazienti sono stati presi in carico dagli infermieri di famiglia e di comunità di ASST Mantova con interventi di monitoraggio dei parametri vitali (sia a domicilio che con un kit di telemedicina) e con interventi mirati alla valutazione della compliance clinico/terapeutica. Tali pazienti sono stati segnalati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

RISULTATI

Complessivamente dei 584 pazienti ad oggi in carico agli infermieri di famiglia e comunità, solo 203 sono stati arruolati nel presente studio poiché avente i criteri di elegibilità (6 mesi ante e 6 post dal momento di primo contatto). La distribuzione per sesso è di 103 maschi vs 100 femmine.

Rispetto ai due indicatori scelti si evincono i seguenti dati:

RICOVERI	EX - ANTE	34	Durata media ricovero: 11 giorni	-67% ex ante VS ex post
	EX - POST	11	Durata media ricovero: 8 giorni	

Ricovero durata media: - 3 giorni ex post VS ex ante

PRESTAZIONI	EX - ANTE	1.960	-31% ex ante VS ex post	CASE MIX PRESTAZIONI Visite ambulatoriali 32% Specialistica ambulatoriale e diagnostica specialistica 68%
	EX - POST	1.348		

CONCLUSIONI

Seppur con i limiti del numero di soggetti arruolati limitato, dovuto ai sei mesi ex post, sono stati evidenziati:

- una **riduzione netta e significativa dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali specialistiche** dal momento di primo contatto in poi;
- un'**ottima appropriatezza del setting assistenziale** contrassegnato sia dal numero di ricoveri, ma anche dalle giornate di degenza ridotte, segno che i pazienti arrivano in ospedale in condizioni meno compromesse;
- un **miglioramento delle ripercussioni sociali su caregiver e famigliari**. Nel nostro piccolo, 374 giorni di degenza VS 88 giorni di degenza con tutto quello che ne consegue sul 'sistema famiglia' quando un proprio caro è ricoverato. Evidenzia la fattibilità del modello e l'efficacia nella riduzione delle ospedalizzazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Shajani Z., Snell D., *Infermieristica di famiglia. Una guida per prendersi cura del sistema famiglia*, Edizione italiana a cura di Brugnolli A., Cavadana L., Longhini J., Pedrotti D., Saiani L., Il Pensiero Scientifico Editore, 2021
2. Position statement. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) - Revisione luglio 2020 (<https://bit.ly/3DcTDIH>)
3. Rocco G, Mercadelli S, Stievano A, Cipolla C., *Infermiere di famiglia e di comunità: proposte di policy per un nuovo welfare: ricerca svolta in collaborazione tra Ministero della salute e Collegio IPASVI di Roma*, Franco Angeli, 2017
4. Mislej M., Paoletti F., *L'Infermiere di famiglia e di comunità*, Maggioli editore, 2008



Sicurezza alimentare: la validazione di nuove referenze

Guttadauro Renzo*, Tremamondo John**, Radice Barbara***, Pessina Federica****, Colangelo Stefania****, Daviddi Chiara****, Chirone Sabrina****, Russo Omar****, Tolomeo Martina*****

*Responsabile Direzione medica di presidio e U.O.C. Accreditamento Qualità e Risk Management, **Responsabile Direzione Assistenziale Professioni Sanitarie, *** Direzione Assistenziale Professioni Sanitarie, **** Servizio Dietetico Aziendale, *****Medico in formazione specialistica- Università degli Studi di Milano Bicocca

Introduzione

La sicurezza alimentare costituisce una prerogativa indispensabile del percorso terapeutico del paziente/utente. A tale scopo, il Gestore del servizio di ristorazione ospedaliera dell'ASST Rhodense impiega esclusivamente prodotti alimentari previa validazione del dietista del Servizio Dietetico Aziendale (S.D.A.), effettuata attraverso il supporto di uno specifico strumento: "Scheda di validazione nuova referenza". L'iter di validazione consiste in una verifica scrupolosa di: etichetta, scheda tecnica, aspetto visivo ed organolettico, ed in alcuni casi, in collaborazione con il logopedista, della consistenza dell'alimento. Le informazioni raccolte per ciascun alimento vengono documentate, digitalizzate ed archiviate (corredate di materiale fotografico) attraverso supporti informatici in modo da creare una "banca prodotto" consultabile sia dal Gestore sia dal S.D.A.

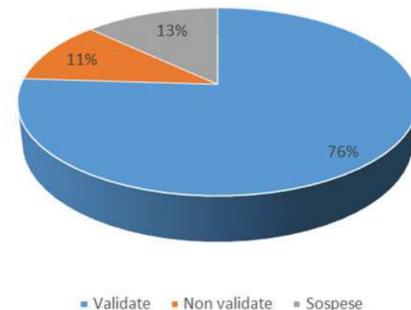
Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale analizzando i registri informatizzati del S.D.A. dell'ASST Rhodense, contenente dati riguardanti le validazioni effettuate tramite una "Scheda di validazione nuova referenza" dal 18 ottobre 2021 al 18 ottobre 2022; l'applicazione della medesima scheda di validazione delle referenze ha permesso un approccio omogeneo al campione preso in esame. Di tale periodo sono stati quindi verificati gli esiti delle validazioni delle referenze che potevano essere definite: validate, non validate o in sospeso in attesa di verifica documentale da parte del Gestore. Delle stesse, per le referenze destinate a pazienti fragili con difficoltà di masticazione e/o deglutizione, sono stati valutati anche i casi in cui è stata coinvolta la figura del logopedista.

Risultati

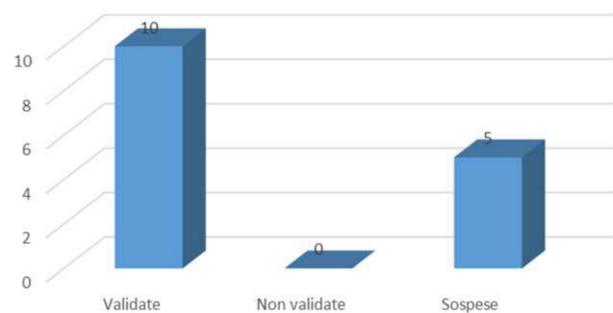
Il dataset in nostro possesso, su cui è stata condotta un'analisi statistica esplorativa concorde agli obiettivi primari dello studio, raccoglie informazioni su 71 referenze risultate eleggibili secondo i nostri criteri di inclusione, ovvero la validazione di alimenti intercorsa nel periodo considerato. Di queste referenze, il 76% degli alimenti sono stati validati, l'11% non sono stati validati e il 13% sono stati momentaneamente sospesi.

Grafico n.1- Validazione referenze



Le referenze che hanno previsto una valutazione multidisciplinare con il logopedista sono state complessivamente 15, di cui 10 tra le referenze validate e 5 tra quelle in sospeso.

Grafico n.2-Validazioni referenze multidisciplinari



Conclusioni

Consci della centralità della sicurezza alimentare (in termini di *food safety* e *food security*) per i pazienti/utenti, l'azienda si è posta i seguenti obiettivi: continuare ad applicare la *Scheda di validazione di nuove referenze* e, previa adeguata formazione, rendere accessibile le informazioni e i materiali raccolti nella *Banca prodotto* a tutti gli operatori coinvolti nella somministrazione dei pasti, al fine di aumentarne la conoscenza e sensibilità, diffondendo così la cultura della sicurezza alimentare.

Bibliografia essenziale

-Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica (2021)

Ringraziamenti

Si ringrazia tutto il personale dell'ASST Rhodense per la collaborazione.



LA SELF-EFFICACY E L'ADERENZA TERAPEUTICA NEL PAZIENTE CARDIOPATICO



Claudia Salice, Laura Tosetti, Alberto Madureri
UO CARDIOLOGIA
ASST VALCAMONICA-ESINE

INTRODUZIONE

La self efficacy rappresenta l'insieme di convinzioni nutrite dalla persona sulle proprie capacità di gestire adeguatamente situazioni e attuare comportamenti necessari per raggiungere obiettivi prefissati.

La ridotta percezione di auto - efficacy condiziona un atteggiamento di evitamento od un comportamento con basse prestazioni.

La percezione di autoefficacia è correlata ad esperienze (dirette, vicarie, verbali...) ed attribuzioni (fattori interni, esterni, cause stabili/instabili).

Un alto livello di autoefficacia nell'ambito della cura garantisce il mantenimento di comportamenti riguardanti l'aderenza terapeutica

Processo che coinvolge l'insieme dei comportamenti messi in atto dall'individuo sano o malato per promuovere la salute e gestire la malattia

La promozione del self-care è una pratica raccomandata dalle linee guida e si è dimostrata efficace nel raggiungimento di obiettivi di gestione della malattia sia clinici che patient-centred ed è riconosciuta come esito sensibile dell'assistenza infermieristica.

Vogliamo prendere in considerazione la self - efficacy quale strumento di aderenza terapeutica nel paziente cardiopatico soprattutto scompensato.

MATERIALI E METODI

SELF CARE MAINTENANCE
 SELF CARE MONITORING
 SELF CARE MANAGEMENT
 -> SELF CARE CONFIDENCE



RISULTATI

- METODI EDUCATIVI EFFICACI Individuali/di gruppo/di natura
- STRUMENTI UTILI NELL'ACQUISIZIONE DELLE CAPACITA' ED ADERENZA AI COMPORTAMENTI DI AUTO CURA?

Di automonitoraggio; facilitanti attuazione dei comportamenti del self/care; informativi (cartacei, multimediali, supporti educativi, di automonitoraggio)

- I CAMBIAMENTI AUSPICATI HANNO CARATTERISTICHE PER ESSERE DURATURI E STABILI?

SELF-CARE OF HEART FAILURE INDEX
(All answers are confidential)

Think about how you have been feeling in the last month as you complete this survey.

SECTION A:
 Listed below are behaviors that people with heart failure use to help themselves. How often or routinely do you do the following?

	Never	Sometimes	Always
1. Try to avoid getting sick (e.g., wash your hands)?	1	2	3
2. Get some exercise (e.g., take a brisk walk, use the stairs)?	1	2	3
3. Eat low salt diet?	1	2	3
4. See your health care provider for routine health care?	1	2	3
5. Take your medicine without raising a fuss?	1	2	3
6. Order low salt items when eating out?	1	2	3
7. Make sure to get salt checked regularly?	1	2	3
8. Ask for low salt foods when visiting family and friends?	1	2	3
9. Use a system or method to help you remember to take your medicines?	1	2	3
10. Ask your healthcare provider about your medicines?	1	2	3

SECTION B:
 Listed below are changes that people with heart failure commonly mention. How often do you do the following?

	Never	Sometimes	Always
11. Monitor your weight daily?	1	2	3
12. Pay attention to changes in how you feel?	1	2	3
13. Look for medicine side-effects?	1	2	3
14. Notice whether you're more than usual...?	1	2	3

SECTION C:
 Listed below are behaviors that people with heart failure use to control their symptoms. When you have symptoms, how likely are you to use one of these?

	Not Likely	Somewhat Likely	Very Likely
22. Further limit the salt you eat that day?	1	2	3
23. Reduce your fluid intake?	1	2	3
24. Take a medicine?	1	2	3
25. Call your healthcare provider for guidance?	1	2	3
26. Ask a family member or friend for advice?	1	2	3
27. Try to figure out why you have symptoms?	1	2	3
28. Limit your activity until you feel better?	1	2	3

SECTION D:
 In general, how confident are you that you can... (Circle one number for each statement)

	Not Confident	Somewhat Confident	Extremely Confident
29. Keep yourself stable and free of symptoms?	1	2	3
30. Follow the treatment plan you have been given?	1	2	3
31. Persist in following the treatment plan even when difficult?	1	2	3
32. Monitor your condition carefully?	1	2	3
33. Persist in routinely monitoring your condition even when difficult?	1	2	3
34. Recognize changes in your health if they occur?	1	2	3
35. Evaluate the importance of your symptoms?	1	2	3
36. Do something to relieve your symptoms?	1	2	3
37. Persist in finding a remedy for your symptoms even when difficult?	1	2	3
38. Evaluate how well a remedy works?	1	2	3

CONCLUSIONI

Entro il 2030, si prevede che la carenza globale di operatori sanitari stimata per raggiungere e sostenere l'UHC (Universal Health Coverage) aumenterà fino a 15.000.000 di unità. In media le persone trascorrono meno di un'ora all'anno con un operatore sanitario rispetto alle oltre 8700 spese nella cura di sé. La riduzione dei fattori di rischio modificabili, come inattività o fumo di tabacco, può prevenire l'81% delle malattie cardiovascolari. L'adozione sostenuta di interventi di autocura di qualità basati sull'evidenza riduce la mortalità e la morbilità e migliora salute e benessere.



L'istituzionalizzazione della persona affetta da demenza: una ricerca qualitativa sull'esperienza decisionale del caregiver

Debora Gasparini, Sara Bonfadini, Marinella Turla, Maria Sofia Cotelli

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valcamonica (Esine, Brescia- Italia)

INTRODUZIONE

La demenza rappresenta una sindrome che si caratterizza per qualsiasi declino a livello cognitivo che sia sufficiente per interferire nelle attività quotidiane e nell'autonomia con conseguente necessità di assistenza (caregiving). In Europa si stima che la demenza di Alzheimer (DA) rappresenti il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%. La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne.

La maggior parte dei pazienti affetti è quotidianamente seguita al domicilio da familiari. Essi sono frequentemente sottoposti ad uno stress fisico e psicologico rilevante con conseguente impatto sullo stato emotivo e sullo stato di salute complessivo.

Scopo del lavoro consiste nel valutare le caratteristiche di una piccola coorte di pazienti istituzionalizzati presso alcune Residenze Socio Assistenziali in Valle Camonica riconosciuti affetti da disturbo neurocognitivo maggiore (demenza) nonché l'impatto della malattia e dell'inserimento in struttura sui caregiver.

RISULTATI

Il 60% dei pazienti arruolati nello studio è risultato di sesso maschile (60%). Le fasce di età maggiormente colpite sono fra 85-89 (40%) e 80- 84 anni (24%). L'80% dei soggetti era vedovo mentre il 20% risultava coniugato. 21 pazienti avevano ottenuto la licenza elementare, 2 la licenza di scuola secondaria di primo grado, uno un diploma professionale, uno il diploma di secondo grado superiore.

L'istituzionalizzazione è avvenuta prevalentemente nella fascia di età compresa tra gli 85 e gli 89 anni (36% dei casi), mentre nel 24% dei casi tra gli 80 e gli 84. La maggior parte dei Soggetti è risultata affetta da demenza di Alzheimer (60% del campione, seguita dalla demenza vascolare (32%) e malattia frontotemporale (8%). I Caregiver hanno dichiarato nel 48% dei casi una importante difficoltà a conciliare la vita sociale/lavorativa con l'assistenza al Congiunto. Il peggioramento del deficit cognitivo e dell'autonomia sono risultati i principali fattori condizionanti l'istituzionalizzazione. La maggior parte dei Caregiver ha riferito un senso di colpa dopo l'inserimento in RSA

MATERIALI E METODI

Tra l'8 settembre ed il 22 ottobre 2020 sono stati somministrati 25 questionari composti da 36 domande a risposta singola, multipla ed aperta a Caregiver di pazienti residenti presso 4 Residenze Socio-Assistenziali (RSA) ubicate in Valle Camonica affetti da disturbo neurocognitivo maggiore (demenza) diagnosticato presso un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). Un singolo caregiver è stato intervistato per ogni paziente, selezionando la persona che presentava un maggiore carico assistenziale al domicilio. La durata media di compilazione è risultata pari a circa 20 minuti ed è avvenuta in un ambiente isolato e confortevole. E' stata preliminarmente somministrata una scheda informativa con un modulo di consenso informato. Il questionario comprendeva sia domande sul probando affetto che sul caregiver stesso.

CONCLUSIONI

Similmente a quanto già precedentemente osservato in letteratura è stato osservato un impatto rilevante della diagnosi e dell'istituzionalizzazione di pazienti affetti da demenza sui caregiver. Sarà fondamentale il ruolo di nuove figure territoriali (quali ad esempio l'Infermiere di Famiglia e Comunità), oltre che la costruzione di "strutture ad hoc" che possano garantire assistenza ai malati riducendo il carico gravoso su coloro che prestano cura ed assistenza. Sarà altresì utile potenziare la figura dello psicologo in grado di aiutare nel processo di elaborazione/accettazione della diagnosi, nella gestione e nell'eventuale delicata decisione di istituzionalizzazione.



BIBLIOGRAFIA

- Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. Am J Med. 2018 Oct;131(10):1161-1169.
- Cheng ST. Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. Curr Psychiatry Rep. 2017 Aug 10;19(9):64.



Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Valle Olona

EFFICIENTAMENTO DEL FLUSSO DEI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO PRESSO L'ASST VALLE OLONA: ATTIVAZIONE DELLA DISCHARGE ROOM

Dott. Danilo Rocca – Direzione Medica PO Busto Arsizio ; **Dott. Dino Piacentino** – DAPSS ASST Valle Olona ; **Dott.ssa Vittoria Frontuto** – Direttore DAPSS ASST Valle Olona ; **Dott.ssa Francesca Crespi** – Direzione Medica PO Busto Arsizio ; **Dott.ssa Adelina Salzillo** – Direttore Medico PO Busto Arsizio ; **Dott. Claudio Arici** – Direttore Sanitario ASST Valle Olona

Abstract

Negli ultimi anni si è determinato a livello nazionale un aggravamento del fenomeno del sovraffollamento nei Pronto Soccorso, le cui cause, come descritto in letteratura, sono molteplici, alcune legate a fattori **esterni** all'ospedale – come l'invecchiamento della popolazione, l'inappropriato ricorso al PS, la carenza di strutture territoriali alternative, ecc., - altre, invece, **interne** all'ospedale come la possibile riduzione di posti letto o i ritardi nella diagnostica di supporto o il fenomeno del "boarding", ossia i pazienti in PS in attesa di ricovero in reparto.

Nel contesto degli interventi di efficientamento dei flussi di Pronto Soccorso promossi da Regione Lombardia con DGR n. XI/6893 del 5.9.2022 (recante ad oggetto "Approvazione del documento tecnico "Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso"), viene proposta l'attivazione di un **servizio di discharge room**, ossia di un'area dedicata ai pazienti da dimettere da un'Unità Operativa di degenza e che sono in attesa di essere trasferiti a domicilio o in altre strutture del territorio.

Introduction

La letteratura dimostra che il **tempo di attesa al ricovero** è uno degli elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del PS e rappresenta una delle primarie cause del sovraffollamento. Obiettivo prioritario per le aziende ospedaliere è di garantire l'adempimento dell'indicazione ministeriale secondo cui il tempo che intercorre fra l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alle 8 ore.

L'ASST della Valle Olona è un' Azienda Socio Sanitaria Territoriale multipresidio operante sul territorio della Provincia di Varese, coincidente con i distretti sociosanitari dell'area sud della provincia, popolata da circa 430.000 abitanti (dati ISTAT, 2018), distribuiti in 139 comuni; afferiscono all'Azienda i Presidi Ospedalieri di Busto Arsizio, Saronno, Gallarate e Somma Lombardo, che annoverano nel complesso un contingente di n. 1042 posti letto ordinari e un numero di n. 112.000 accessi/anno registrati nei 3 Pronto Soccorso Aziendali (periodo: settembre 2021 / settembre 2022).

Methodology

Nell'ambito di un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito dalla Direzione Medica, dal DAPSS e da un Referente Clinico di Area Medica, sono state condotte le seguenti attività:

- ricognizione della letteratura esistente sul servizio di discharge room, (Figura 1);
- analisi del fenomeno delle dimissioni all'interno di tutta l'ASST, mediante una rilevazione informatizzata;
- analisi SWOT;
- stesura di una procedura di discharge room.

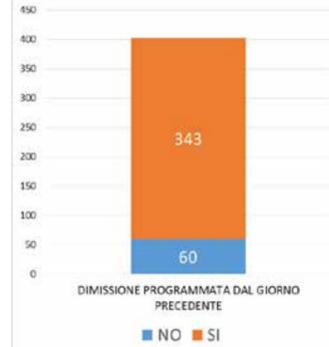
Nel periodo 28/09/2022 – 06/10/2022 è stata quindi condotta un'analisi delle dimissioni da parte di tutte le Unità Operative dell'azienda, prendendo in considerazione i seguenti item:

- Data della dimissione
- Fascia di età del paziente (>80 anni, 65 – 80 anni, <65 anni)
- Dimissione programmata dal giorno precedente (con risposta si / no)
- Orario consegna lettera di dimissione
- Orario effettivo di uscita dal reparto
- Eventuali cause di ritardo all'uscita
- Condizioni del paziente alla dimissione

Patient Eligibility	Completely self-sufficient	Some medical needs (e.g., using O ₂)
Patient Identification	Screening performed by unit ("push" to lounge)	Screening performed by centralized team ("pull" from floor)
Hours	Activated only as needed	Standard daily hours of operation
Staffing	No staffing	Volunteer Part-Time PCT or RN Float/Shared Full-Time
Clinical Services	No or limited services	RN discharge consultations, prescription/durable medical equipment delivery, etc.
Other Services	No or limited services	Scheduling follow-up appointments, arranging transportation, etc.
Space	Shared space (e.g., day surgery lobby)	Dedicated/enclosed space
Amenities	No or limited amenities (e.g., snacks)	Meals, parking/meal vouchers for family

← Many U.S. hospitals → Many U.K. hospitals →

Results



La rilevazione ha interessato n. 33 Unità Operative di area medica e chirurgica aziendali così distinte:
- n. 21 UUOO di area medica
- n. 11 UUOO di area chirurgica

Nel periodo di analisi di n. 9 giorni, sono state registrate n. 413 dimissioni.

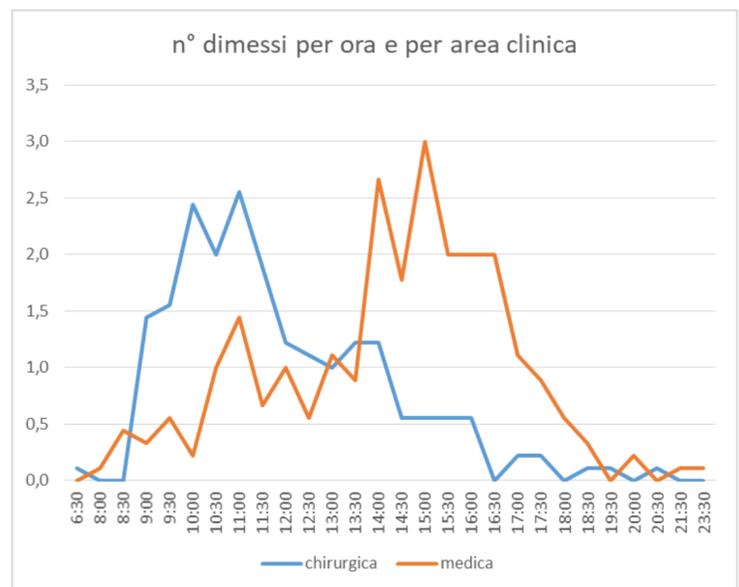
Rispetto alla totalità delle dimissioni, le stesse sono state programmate il giorno prima in 343 casi (**83%** delle dimissioni).

Sul totale dei dimessi, i pazienti che presentavano criteri validi per l'accesso in discharge room sono risultati n. 370 (90 % delle dimissioni).

Cause di ritardo alla dimissione		
attesa caregiver	121	29%
attesa esiti esami	11	3%
attesa mezzo sanitario	42	10%
conclusione ciclo terapia	4	1%
peggioramento clinico	3	1%

Dall'analisi dell'andamento temporale delle dimissioni è emersa inoltre una distribuzione giornaliera concentrata nella fascia oraria centrale (11.00 – 15.00).

nessuna delle precedenti	232	56%
Totale complessivo	413	100%



Conclusion

A seguito di quanto emerso, il gruppo di lavoro ha redatto un progetto aziendale finalizzato all'attivazione delle discharge room all'interno dell'ASST, con definizione dei seguenti aspetti:

- criteri di arruolamento
- organizzazione del servizio (fasce orarie di attività, personale coinvolto e modalità operative)
- caratteristiche minime della sede del servizio

Si prevede di attivare le discharge room in forma sperimentale per un periodo di n. 6 mesi.

Riferimenti:

- DGR n. XI/6893 del 5.9.2022 - "Approvazione del documento tecnico "Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso"
- Corey Joseph & Angela Melder. January 2020. Discharge Lounge: A Rapid Review. Centre for Clinical Effectiveness, Monash Health,



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Valle Olona

EFFICIENTAMENTO DEL FLUSSO DEI PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO PRESSO L'ASST VALLE OLONA:

METODO DI VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA RICOVERI DA PS

Dott.ssa Francesca Crespi – Direzione Medica PO Busto Arsizio ; Dott. Danilo Rocca – Direzione Medica PO Busto Arsizio, Dott.ssa Adelina Salzillo – Direttore Medico PO Busto Arsizio ; Dott. Claudio Arici – Direttore Sanitario ASST Valle Olona

Abstract

Nel contesto degli interventi di efficientamento dei flussi di Pronto Soccorso promossi da Regione Lombardia con DGR n. XI/6893 del 5.9.2022 (recante ad oggetto "Approvazione del documento tecnico "Interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso"), viene proposta l'implementazione di alcuni indicatori da tenere monitorati per definire l'andamento dei processi e alcune possibili azioni correttive/preventive.

- Tra i diversi indicatori previsti (tasso di saturazione dell'area di degenza; numero percentuale di bed-blockers; numero di dimissioni con attivazione di prestazioni domiciliari; numero percentuale dei pazienti con ricovero non programmato e dimissione entro 4 giorni dall'ingresso; sviluppo del piano di degenza per ogni paziente ricoverato; tempo di erogazione di servizi/consulenze; utilizzo della diagnostica e percorsi di follow-up in regime di post-ricovero) la Direzione Medica si è focalizzata sull'elaborazione di un metodo di monitoraggio e analisi dei ricoveri da Pronto Soccorso ritenuti non appropriati.

Introduction

L'ASST della Valle Olona è un' Azienda Socio Sanitaria Territoriale multipresidiale operante sul territorio della Provincia di Varese, che comprende 139 comuni. Afferiscono all'Azienda i Presidi Ospedalieri di Busto Arsizio, Saronno, Gallarate e Somma Lombardo, con un numero di n. **11.2.000 accessi/anno** registrati nei n. 3 Pronto Soccorso Aziendali (periodo: settembre 2021 / settembre 2022).

A fronte della necessità di identificare i ricoveri da PS ritenuti non appropriati, si è ritenuto coerente riferirsi all'elenco dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza già codificati a livello ministeriale.

Tale elenco (108 DRG) si riconduce all'Allegato B del Patto per la salute per gli anni 2010-2012 del 03 dicembre 2009, ancora oggi oggetto di verifica da parte dei NOC con i conseguenti abbattimenti/osservazioni di merito.

Methodology

Il lavoro è stato impostato dalla Direzione Medica, con la collaborazione di un medico internista e un medico di Pronto Soccorso e consiste sostanzialmente nella definizione di un metodo di lavoro sia **proattivo** che a **consuntivo** volto alla riduzione progressiva dei ricoveri inappropriati provenienti da PS.

Sono state individuate le seguenti 4 FASI OPERATIVE:

FASE 0 – ANALISI PROATTIVA

FASE 1 - MONITORAGGIO

FASE 2 – ANALISI DEL DATO A CONSUNTIVO

FASE 3 – ANALISI DELLE CARTELLE CLINICHE

La FASE 0 è preventiva e pertanto permette l'analisi della problematica a prescindere dalla situazione contingente.

In primo luogo viene identificato nominalmente il gruppo di lavoro costituito da:

- Un referente medico di Pronto Soccorso
- Un referente medico di area internistica
- Un componente del gruppo NIC di ciascuna Direzione Medica

In questa fase il gruppo si occupa di un'analisi preliminare dei casi dell'anno in corso confluiti nei 108 DRG a rischio, per individuare alcuni criteri d'intervento preventivi e percorsi proattivi rispetto al ricovero potenzialmente inappropriato.

L'analisi dovrebbe condurre a riconoscere a priori alcuni fattori predisponenti ai ricoveri inappropriati da Pronto Soccorso e limitarne l'impatto sull'organizzazione. A tal fine il gruppo andrà ad analizzare un campione di cartelle cliniche recenti significative per lo studio di cui sopra.

Results

A seguito della FASE 0 di analisi proattiva, segue il vero e proprio monitoraggio strutturato secondo il seguente percorso e successiva analisi dei dati

FASE 1 - MONITORAGGIO

Il monitoraggio consiste nell'estrazione periodica (ogni mese) del dato, a consuntivo, dal Flusso SDO.

Il campione individuato è rappresentato dalle SDO codificate con i 108 DRG di cui sopra, con provenienza da Pronto Soccorso (regime urgente) nel mese di riferimento.

Lo strumento di estrazione più efficace presente in Azienda potrebbe essere rappresentato da Quany SDO che vede già inserito a sistema, tra i criteri di campionamento, l'intero elenco alla voce "DRG ad alto rischio di inappropriatazza" e permette pertanto di creare il campione desiderato filtrando ulteriormente il dato prodotto con i parametri di tempo (il mese di interesse) e il regime di presa in carico (urgente) per ciascun monitoraggio. Per l'estrazione del dato sarà comunque di supporto il Controllo di Gestione e la Struttura Flussi.

FASE 2 – ANALISI DEL DATO A CONSUNTIVO

Per l'analisi del dato si è definito di assumere un numero percentuale soglia di SDO con tali caratteristiche sull'intero campione mensile.

La percentuale soglia sarà calcolata in base ai dati di anni in cui la gestione dei flussi in Pronto Soccorso era meno critica (si potrebbe assumere come riferimento il valore medio calcolato sui flussi SDO degli anni 2017-2018).

Qualora la percentuale delle SDO estratte con i criteri di cui sopra superi del 2,5% il valore atteso, si dovrà entrare nel merito di tutte le cartelle cliniche per approfondirne le criticità. Tale lavoro sarà condotto da un apposito gruppo di valutazione (FASE 3).

FASE 3 – ANALISI DELLE CARTELLE CLINICHE

Qualora la percentuale di soglia sia superiore al 2,5 dell'atteso, si considera il campione in stato di allerta. Pertanto verranno recuperate le cartelle cliniche originali per un'analisi di dettaglio.

Il gruppo di analisi valuterà le cartelle congiuntamente per capire, tra le diverse tipologie di ricoveri provenienti da Pronto Soccorso con le caratteristiche di cui sopra, in quale fase del percorso del paziente si è riscontrata la criticità maggiore che ha determinato un ricovero passibile di inappropriatazza.

L'analisi dovrebbe portare ad identificare caratteristiche comuni a tali pazienti che potrebbero essere peculiari per la strutturazione di percorsi maggiormente appropriati per il paziente. Il gruppo di analisi a seguito dell'approfondimento redigerà una relazione con tali considerazioni di merito

Il risultato dello studio è la strutturazione di una metodologia standardizzata che, partendo dagli esiti della fase proattiva (FASE 0) e dei dati raccolti con il monitoraggio (FASE 1), porti analisi dei dati (FASE 2) in funzione dell'individuazione di percorsi di ricovero ottimali ed appropriati (FASE 3).

Conclusion

A seguito di quanto elaborato, il metodo è stato valutato estremamente utile per dare una prima fotografia aziendale ed un'ipotesi di fattibile gestione del fenomeno dei ricoveri inappropriati da Pronto Soccorso.

L'utilità è stata inoltre associata alla estrema oggettività del metodo che, andando a riprendere i rischi di inappropriatazza già codificati a livello ministeriale, non crea all'interno dell'equipe di Pronto Soccorso la percezione di un giudizio di inappropriatazza legato alla soggettività dei valutatori, poco codificato e/o circostanziato.

Il metodo permette di far confluire le ipotesi definite in una fase preliminare di studio con i dati raccolti a consuntivo e determinare quindi conclusioni avallate da diversi punti di vista.

Le prime rilevazioni saranno possibili entro la fine dell'anno 2022.

Laddove sarà possibile intervenire preventivamente o comunque seguito di una fase 3 efficace e produttiva si assisterà ad un riduzione dei ricoveri inappropriati in tempi brevi, con riduzione significativa già nei rimi mesi del



Attuazione del piano aziendale di *procurement* donazione organi e tessuti per trapianti in ASST Valle Olona

dr. Saverio Ungheri – referente Direzione Sanitaria del piano di procurement donazione organi e tessuti in ASST Valle Olona
 dr.ssa Laura Chierichetti – responsabile medico Aziendale del piano di procurement donazione organi e tessuti in ASST Valle Olona
 dr.ssa Carola Bertolini – responsabile infermiere Aziendale del piano di procurement donazione organi e tessuti in ASST Valle Olona
 dr. Emanuele Bossi – Direttore Rianimazione PO Gallarate
 dr. Claudio Arici – direttore sanitario ASST Valle Olona

Introduzione

Il trapianto di organi e tessuti è un trattamento consolidato nella medicina attuale e consente di curare efficacemente molte malattie che non hanno altre possibilità di cura altrettanto valide, con ottimi risultati in termini di sopravvivenza e qualità di vita¹.

Dal 2020 l'emergenza pandemica, unitamente a problematiche di personale carente in diverse aree strategiche Aziendali, hanno portato alla drastica riduzione del numero di prelievi di cornee, richiedendo pertanto la costituzione di un responsabile medico ed infermieristico Aziendale, di un Comitato e un ufficio a supporto delle attività in tutta l'ASST.

Materiali e metodi

Nel presente studio si valuta il primo mese di attività (agosto) del Comitato appena istituito sul PO di Gallarate, Ospedale dove attualmente si concentra tutto il personale dedicato al coordinamento di tale funzione Aziendale.

I dati analizzati sono pervenuti dal registro dei decessi compilato dalla Direzione Medica di Presidio e dal numero di attivazioni della procedura Aziendale PG35 "Gestione decessi".

Risultati

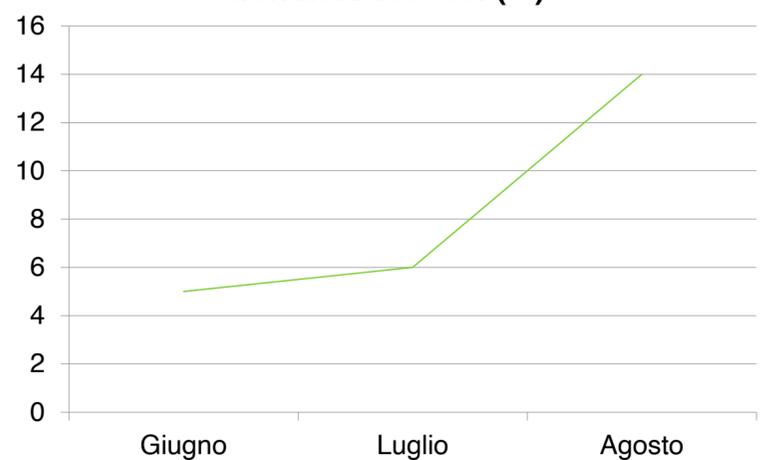
La presenza di un medico responsabile Aziendale e di un ufficio dedicato hanno consentito, nel mese di agosto, di raggiungere lo standard di Regione Lombardia nel PO di Gallarate, dove, grazie alla presenza di più operatori con tempo più o meno dedicato, si è potuto vigilare sulle attività e garantire il rispetto della procedura.

Tale risultato è stato possibile grazie alla formazione e agli incontri organizzati con le sentinelle della donazione nelle UU.OO con pazienti più fragili, consentendo di superare gli ostacoli e le difficoltà segnalate dai colleghi.

Fondamentale è stata altresì la formazione di un medico anatomopatologo per garantire maggiore copertura dei sanitari prelevatori in diverse fasce orarie.

	Giugno	Luglio	Agosto
decessi	43	50	43
% donatori/decessi	5	6	14
obiettivo Regione Lombardia >10%	no	no	sì

donatori/decessi (%)



Conclusioni

I risultati raggiunti nel primo mese sul PO di Gallarate hanno dimostrato come sia fondamentale la formazione rivolta al personale delle UU.OO interessate e la presenza di personale con tempo dedicato per garantire il coordinamento e l'attivazione della procedura.

Si stanno organizzando altresì degli incontri negli altri PO Aziendali, così da risolvere le problematiche che attualmente limitano l'attivazione della procedura e superare così tutti gli ostacoli.

Tali incontri saranno organizzati altresì periodicamente a tutto il personale infermieristico neo assunto, così da diffondere anche nel colleghi più giovane la cultura della donazione.

Bibliografia

1 – deliberazione n° XI / 6150 Seduta del 21/03/2022





Gestionali Informatici del SIMT e di Avis Provinciale Mantova: integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico per la gestione della trasmissione dei referti ai Donatori di sangue

Lanfredi S.(1), Zani M.(2), Rizzoli S.(1), Al-khaffaf A.(2), Frattini F.(2), Gaiardoni R.(2), Glingani C.(2), Mimiola E.(2), Montorsi P.(2), Randon F.(2), Sissa C.(2), Capuzzo E.(1), Savi G.(1), Franchini M.(2)
(1) – Unità di Raccolta AVIS Provinciale Mantova; (2) – Servizio Trasfusionale Mantova



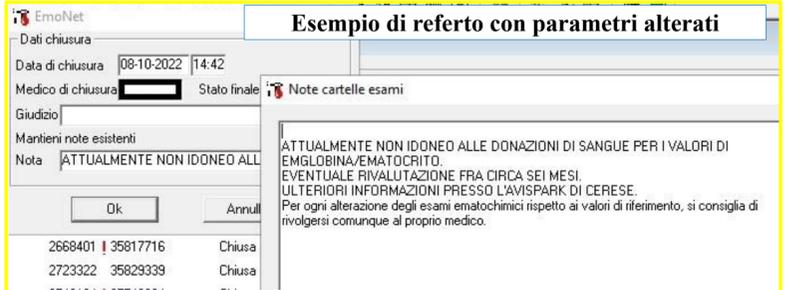
Introduzione

Il percorso della donazione di sangue richiede l'impiego di un Sistema informatico che assicuri tracciabilità e sicurezza in ogni fase delle attività svolte nell'interesse della tutela della salute del donatore e del paziente. La comunicazione al donatore dei risultati degli accertamenti eseguiti deve avvenire con tempestività e con la garanzia della privacy,

Quando gli esami eseguiti sull'attività del donatore sono stati validati, un Medico del SIMT provvede a chiudere la Cartella elaborando le conclusioni del referto nell'apposito campo note di Emonet e, in caso di alterazioni che comportino una sospensione, dettagliando i provvedimenti del caso.

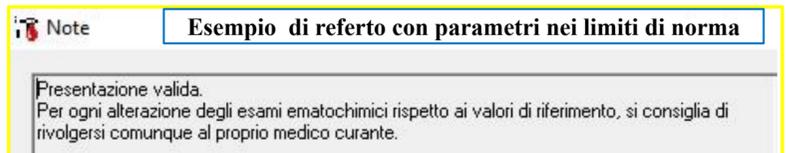
Materiali e metodi

In provincia di Mantova il software Emonet (GPI) viene utilizzato presso il SIMT e presso le Unità di raccolta (UdR) di Avis per gestire l'attività di donazione del sangue e di plasma. L'accesso ad Emonet presso le UdR avviene tramite il Software Citrix permettendo la gestione di tutte le fasi dell'attività in tempo reale. AVIS prenota i donatori utilizzando il gestionale Emodonor (GPI) su cui è configurato il calendario con i posti e le fasce orarie disponibili presso le UdR e il SIMT.



Questo testo con le conclusioni viene esportato in Dnlab come "Nota SIMT" e appare nel referto del donatore in calce agli esami eseguiti.

Quando il Medico del SIMT firma il referto sull'applicativo DNFIRMA al Donatore giunge un messaggio telefonico che lo avverte della disponibilità del documento sul proprio FSE.



Sul referto compaiono solo gli esami eseguiti presso il Laboratorio Analisi di Mantova gestiti con DnLab e non gli esami di validazione e il gruppo sanguigno eseguiti dal CLV con l'interfaccia di Emonet, risolvendo così la criticità della gestione del risultato del test HIV per via telematica.

In caso di positività rilevate con i test di validazione o di esami con valori di preoccupazione per la salute il Donatore viene subito avvisato telefonicamente e convocato per colloquio o per ripetere gli esami.

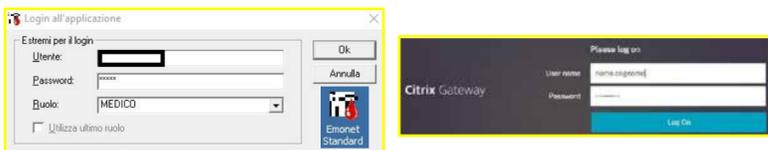
Gli esami vengono spediti per posta ai pochi donatori residenti fuori Regione che non possono visualizzare il documento sul FSE e hanno difficoltà ad accedere ai Totem ospedalieri e agli Aspiranti Donatori unitamente al referto dell'Elettrocardiogramma.

Conclusioni

La trasmissione del referto con gli esami del donatore sul FSE comprensivo delle indicazioni di tipo sanitario garantisce rapidità nella comunicazione, riservatezza nella gestione dei dati sanitari, condivisione con il Medico di Medicina Generale, risparmio di tempo e risorse rispetto alla modalità cartacea. Per attuare questo percorso è fondamentale la stretta collaborazione dei Medici del SIMT con Avis.

Bibliografia essenziale

DM 2 novembre 2015: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti



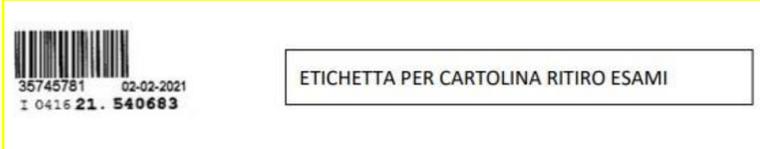
Gli esami che accompagnano l'attività del donatore vengono trasmessi al Centro di Lavorazione e Validazione di Cremona (CLV) (esami di validazione – in Emonet) e al Gestionale del Laboratorio (DnLab-Dedalus) (esami ematochimici).

Completata la validazione degli esami e dell'Unità di sangue su Emonet la cartella del donatore viene chiusa, viene validata l'attività su DnLab e si procede alla firma con Carta Siss sull'applicativo DnFirma cui consegue il passaggio del documento sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dell'utente.



Risultati

Al momento dell'accettazione al donatore viene consegnato un tagliando su cui viene apposta un'etichetta con il codice a barre del numero della Cartella esami: con questa potrà ritirare il referto degli esami presso i Totem automatici ubicati presso i Presidi Ospedalieri della Provincia. La maggior parte dei donatori visualizza e scarica il referto consultando il proprio FSE.



Home visiting: dall'ospedale, al territorio, alla casa per aumentare la sicurezza post partum

Stampa E. *, Pezzin C. *, Norchi S. *, Orzella A. ^, Buzzi L. °

* U.O.S. Ostetricia (Dip. Materno-Infantile), ^Servizio Risk Management e Privacy, °Servizio Qualità Formazione Accreditemento
Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata - Ospedale Valduce

Introduzione

Il progetto Home Visiting è un percorso di sostegno e prossimità alla coppia mamma-bambino, potenziando fattori di protezione e sicurezza, riducendo rischi di fragilità e vulnerabilità connessi al puerperio.

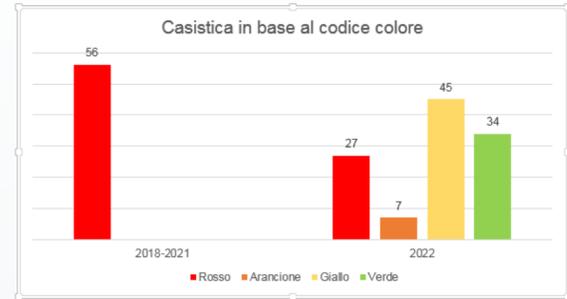
La Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata-Ospedale Valduce, ospedale classificato generale zonale e punto di riferimento per la popolazione, quale « aiuto per chi è ammalato nel corpo, conforto per lo spirito e parola di vita per chi si trova in situazioni difficili », ha voluto ridefinire il progetto Andiamo a Casa (supporto post-dimissione a coppie valutate a rischio elevato di fragilità) a seguito della pandemia.

Due le finalità:

1. Potenziare le equipe multi-professionali miste ospedale-territorio
2. Estendere la presa in carico, includendo oltre a coppie mamma-bambino valutate codici rossi anche codici gialli e verdi

L'Home Visiting, oltre che intervento mirato significativo per SSN e Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza, acquista valore anche ai sensi della M6C1 del PNRR sulla casa come luogo di cura.

Risultati



*Nota: Anno 2022 (ultimo aggiornamento settembre 2022)

Il confronto tra quadriennio e anno in corso evidenzia la duplicazione della casistica, con rilevanti differenze tra codici colore (24% rossi, 40% gialli, 30% verdi, oltre ad alcune visite domiciliari relative a dimissioni precoci – 6% codici arancioni).

- **CODICI ROSSI (2018-2021)** - fragilità di natura psicologica, emotiva, socio-economica
- **CODICI GIALLI (2022)** - difficoltà di allattamento
- **CODICI VERDI (2022)** - assenza di fattori di rischio

Materiali e Metodi

- ✓ Check list di triage alla dimissione, per individuazione codice colore adeguato al rischio della coppia.
- ✓ Intervento al domicilio di ostetrica (ospedaliera e/o consultoriale), puericultrice, counsellor, assistente sociale (generalmente due operatori, selezionati in base ad esigenze e fragilità della puerpera).
- ✓ Comunicazione Ospedale-Consultorio con agende digitali per programmazione costantemente condivisa dell'attività.

CHECK LIST DIMISSIONE	
1. Anamnesi postpartum per disturbi psicologici e sostegno al sostegno demagogico integrato e a rete	1/100
2. Valutazione rischio di fragilità della coppia con i fattori di rischio (Stato Sociale, Psicologico, Economico)	1/100
3. Valutazione di fragilità della coppia con i fattori di rischio (Stato Sociale, Psicologico, Economico)	1/100
4. Valutazione di fragilità della coppia con i fattori di rischio (Stato Sociale, Psicologico, Economico)	1/100
5. Stato prenatale +12% alla dimissione	1/100
6. Stato con fototerapia	1/100
7. Sintomatologia presente	1/100
8. Peso tra 3 e 4 kg e BMI < 25 (1° trimestre / peso < 1000 g)	1/100
9. Stato idemmatario neonatale (siccità, Nervosità di respirazione al parto, ...)	1/100
10. Lunghezza neonatale	1/100
11. Ricarica in patologia neonatale	1/100
12. Neonato malformato o sindrome	1/100
13. Tutti i GAS in cui attualmente si chiede alla donna di trattarsi in ospedale (accusa per la riduzione del gradimento neonato)	1/100
14. Qualità mamma presente al parto	1/100
15. Difficoltà nell'atto dell'allattamento e/o con puerpera tra 1 e 3 giorni	1/100
16. Stato psico-emotivo della puerpera (ansietà e depressione) e stato socio-economico del nucleo familiare	1/100

CODICE COLORE: Rosso Arancione Giallo Verde

APPUNTAMENTO DIMISSIONE PRECOCE il _____

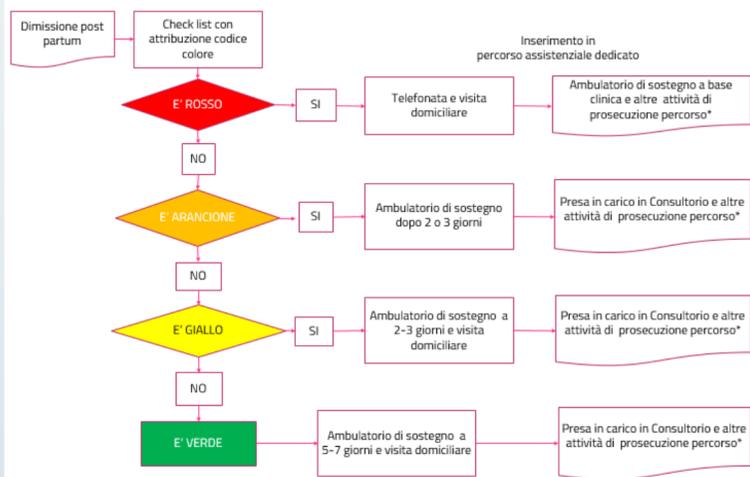
APPUNTAMENTO AMBULATORIO il _____

VISITA DOMICILIARE il _____ ALLE _____ OSTETRICA _____ PUER. _____

DOMICILIARE RIFERITA DALLA PR MOTIVO _____

DATA _____

LE FASI DEL PERCORSO



*NOTA: Prosecuzione percorso: programmazione bilanci di salute post-natali a 3 e a 8 settimane dopo il parto, sia in ambiente ospedaliero che nei due consultori convenzionati ("La Famiglia" e "Icarus"), con presa in carico continuativa e prolungata.

Conclusioni

Il Servizio rappresenta una risposta concreta di integrazione e lavoro di equipe multidisciplinare in linea con indicazioni di UNICEF e WHO sulla Visita Domiciliare e con quanto evidenziato da Regione Lombardia e ATS su supporto ad allattamento, prevenzione di depressione, importanza delle reti e contrasto a disuguaglianze. Il puerperio è un periodo fisiologico scandito da una perdita – la gravidanza – e un'acquisizione, il bambino e implica un processo di separazione/trasformazione, ed occorre proteggere e sostenere le madri con intervento precoce, universale, multi-settoriale, facilitando l'instaurarsi di una relazione sana, consapevole, positiva tra genitori e figli e rafforzando le capacità genitoriali. Il Progetto e i riscontri finora conseguiti e in corso con indagine qualitativa sull'efficacia percepita della visita stimolano alla prosecuzione e messa a punto di ulteriori azioni per rafforzare la rete ospedale-territorio.

Bibliografia Essenziale

- Interventi a sostegno della genitorialità nei primi 1000 giorni: razionale, obiettivi, criticità Giorgio Tamburlini Centro per la Salute del Bambino – onlus
- Nurturing care for early childhood development. WHO; 2018
- Postnatal care NICE guideline Published: 20 April 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng194
- Yonemoto N, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane 2021, Issue 7. Art. No.: CD009326.
- UNICEF home visiting guidelines – ALSPAC study
- WHO Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience – 2022

Ringraziamenti

Grazie a Congregazione, Direzione Ospedaliera; Dipartimento Materno-Infantile; Consultori Familiari Icarus e La Famiglia Onlus; Professionisti coinvolti nelle visite e Utenti.



Home visiting: dall'ospedale, al territorio, alla casa per aumentare la sicurezza post partum

Stampa E. *, Pezzin C. *, Norchi S. *, Orzella A. ^, Buzzi L. °

* U.O.S. Ostetricia (Dip. Materno-Infantile), ^Servizio Risk Management e Privacy, °Servizio Qualità Formazione Accreditemento
Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata - Ospedale Valduce

Introduzione

Il progetto Home Visiting è un percorso di sostegno e prossimità alla coppia mamma-bambino, potenziando fattori di protezione e sicurezza, riducendo rischi di fragilità e vulnerabilità connessi al puerperio.

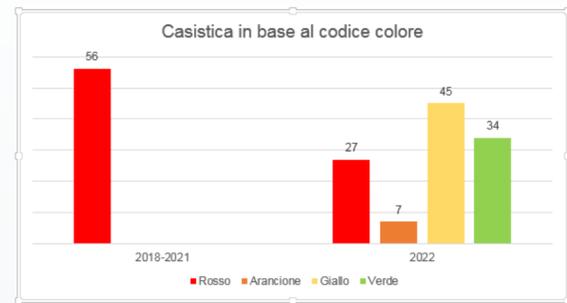
La Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata-Ospedale Valduce, ospedale classificato generale zonale e punto di riferimento per la popolazione, quale « aiuto per chi è ammalato nel corpo, conforto per lo spirito e parola di vita per chi si trova in situazioni difficili », ha voluto ridefinire il progetto Andiamo a Casa (supporto post-dimissione a coppie valutate a rischio elevato di fragilità) a seguito della pandemia.

Due le finalità:

1. Potenziare le equipe multi-professionali miste ospedale-territorio
2. Estendere la presa in carico, includendo oltre a coppie mamma-bambino valutate codici rossi anche codici gialli e verdi

L'Home Visiting, oltre che intervento mirato significativo per SSN e Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza, acquista valore anche ai sensi della M6C1 del PNRR sulla casa come luogo di cura.

Risultati



*Nota: Anno 2022 (ultimo aggiornamento settembre 2022)

Il confronto tra quadriennio e anno in corso evidenzia la duplicazione della casistica, con rilevanti differenze tra codici colore (24% rossi, 40% gialli, 30% verdi, oltre ad alcune visite domiciliari relative a dimissioni precoci – 6% codici arancioni).

- **CODICI ROSSI (2018-2021)** - fragilità di natura psicologica, emotiva, socio-economica
- **CODICI GIALLI (2022)** - difficoltà di allattamento
- **CODICI VERDI (2022)** - assenza di fattori di rischio

Materiali e Metodi

- ✓ Check list di triage alla dimissione, per individuazione codice colore adeguato al rischio della coppia.
- ✓ Intervento al domicilio di ostetrica (ospedaliera e/o consultoriale), puericultrice, counsellor, assistente sociale (generalmente due operatori, selezionati in base ad esigenze e fragilità della puerpera).
- ✓ Comunicazione Ospedale-Consultorio con agende digitali per programmazione costantemente condivisa dell'attività.

CHECK LIST DIMISSIONE	
1. Anamnesi postpartum per disturbi psicologici e sostegno al sostegno demagogico empatico e di aiuto	1/100
2. Valutazione della coppia (rischio) con i fattori di rischio (Stato Sociale, Economico)	1/100
3. Valutazione di fragilità (Stato Sociale, Economico) e stato di salute del neonato e dell'allattamento	1/100
4. Stato di salute della coppia con il neonato e stato di salute del neonato e dell'allattamento	1/100
5. Stato prepartum +12h alla dimissione	1/100
6. Stato con fototerapia	1/100
7. Sintomatologia presente	1/100
8. Stato tra 2 e 24h (24h - 10h) (Stato 10h - 24h) (Stato 24h - 48h)	1/100
9. Stato allattamento neonato (suecchio, necessità di rinvisione al parto, ...)	1/100
10. Longitudine neonato	1/100
11. Ricarica in patologia neonatale	1/100
12. Ricarica in patologia neonatale	1/100
13. Tutti i casi in cui attualmente si chiede alla donna di trattarsi in ospedale (accusa per la rinvisione del neonato neonato)	1/100
14. Qualità mamma presente al parto	1/100
15. Difficoltà nell'atto dell'allattamento e/o stato prepartum tra 1 e 24h	1/100
16. Stato di salute di neonato (psicologico, fisico) e neonato e stato di salute del neonato	1/100

CODICE COLORE: Rosso Arancione Giallo Verde

APPUNTAMENTO DIMISSIONE PRECOCE il _____

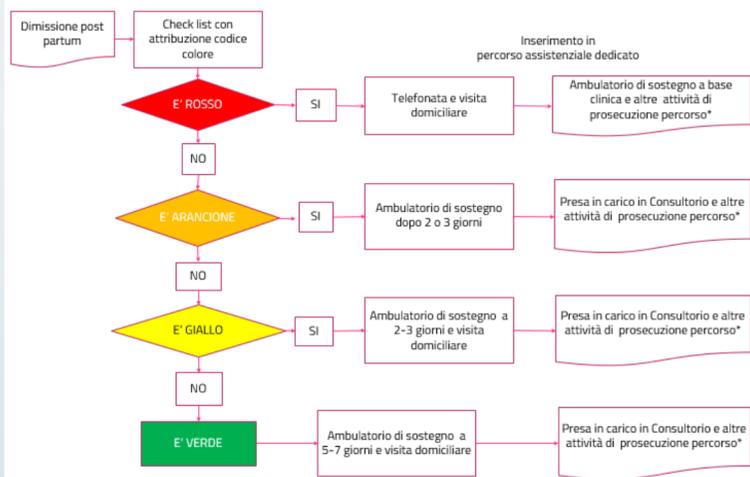
APPUNTAMENTO AMBULATORIO il _____

VISITA DOMICILIARE il _____ ALLE _____ OSTETRICA _____ PUER. _____

DOMICILIARE RIFERITA DALLA PR MOTIVO _____

DATA _____

LE FASI DEL PERCORSO



*NOTA: Prosecuzione percorso: programmazione bilanci di salute post-natali a 3 e a 8 settimane dopo il parto, sia in ambiente ospedaliero che nei due consultori convenzionati ("La Famiglia" e "Icarus"), con presa in carico continuativa e prolungata.

Conclusioni

Il Servizio rappresenta una risposta concreta di integrazione e lavoro di equipe multidisciplinare in linea con indicazioni di UNICEF e WHO sulla Visita Domiciliare e con quanto evidenziato da Regione Lombardia e ATS su supporto ad allattamento, prevenzione di depressione, importanza delle reti e contrasto a disuguaglianze. Il puerperio è un periodo fisiologico scandito da una perdita – la gravidanza – e un'acquisizione, il bambino e implica un processo di separazione/trasformazione, ed occorre proteggere e sostenere le madri con intervento precoce, universale, multi-settoriale, facilitando l'instaurarsi di una relazione sana, consapevole, positiva tra genitori e figli e rafforzando le capacità genitoriali. Il Progetto e i riscontri finora conseguiti e in corso con indagine qualitativa sull'efficacia percepita della visita stimolano alla prosecuzione e messa a punto di ulteriori azioni per rafforzare la rete ospedale-territorio.

Bibliografia Essenziale

- Interventi a sostegno della genitorialità nei primi 1000 giorni: razionale, obiettivi, criticità Giorgio Tamburlini Centro per la Salute del Bambino – onlus
- Nurturing care for early childhood development. WHO; 2018
- Postnatal care NICE guideline Published: 20 April 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng194
- Yonemoto N, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane 2021, Issue 7. Art. No.: CD009326.
- UNICEF home visiting guidelines – ALSPAC study
- WHO Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience – 2022

Ringraziamenti

Grazie a Congregazione, Direzione Ospedaliera; Dipartimento Materno-Infantile; Consultori Familiari Icarus e La Famiglia Onlus; Professionisti coinvolti nelle visite e Utenti.



**Transitional Care dalle Cure Pediatriche alle Cure dell'Adulto:
il modello dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino**

Olivero E.*, Corezzi M.**, Camussi E.***, Corsi D.*, Raciti I.M.**, Scarmozzino A.****

* SSD Integrazione Ospedale Territorio, ** SC Qualità, Risk Management e Accreditamento, *** SSD Epidemiologia Screening CRPT, **** Dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino



Introduzione

La gestione della transizione per i pazienti pediatrici affetti da malattie croniche che richiedono il passaggio all'assistenza dell'adulto (transitional care) rappresenta un problema emergente ed attuale, grazie al significativo aumento della sopravvivenza di bambini affetti da patologie croniche che giungono all'età adulta. Un processo di transizione non strutturato è spesso causa di cure inappropriate, di trasferimento in tempi e modi inadeguati, di stress emotivo per pazienti e familiari, di aggravio dei costi all'interno del sistema sanitario.

L'obiettivo è stato quello di definire un percorso strutturato e standardizzato di transizione per i pazienti pediatrici affetti da malattie croniche, personalizzato in base alle esigenze socio-assistenziali del paziente.

Risultati

Totale casi: 149 pazienti transitati nel biennio 2017/2019

Residenza: 29,5% Torino; 46,3% provincia di Torino; 22,2% Regione Piemonte

No drop out (n° almeno due visite effettuate dopo la transizione c/o centro adulto): 80,5%

Compliance post transizione ottima/buona: 83,2%
Compenso ottimo/buono post transizione: 69%

Almeno una condizione GIT: 48%

Il punteggio di complessità è risultato fortemente associato alla necessità di un follow-up più intensivo post-transizione, **senza differenze di aderenza al percorso clinico proposto.**

Metodi

L'Azienda ha definito una procedura per la gestione della transitional care che prevede la compilazione di un modulo GIT (Gruppo Interdisciplinare per la Transizione) per la valutazione della complessità del paziente secondo tre ambiti (clinico-assistenziale, socio-ambientale, burocratico – amministrativo), l'organizzazione strutturata di un percorso di transizione personalizzato, la valutazione e il monitoraggio del dropout post transizione. Sono stati redatti percorsi di transizione "standard" per dodici patologie. Tali percorsi sono stati descritti in specifici PDTA, pubblicati sul sito Internet dell'Azienda al fine di renderli disponibili a operatori sanitari, pazienti e cittadini.

La valutazione del percorso di transizione proposto è stata effettuata attraverso uno studio retrospettivo che ha previsto la compilazione a posteriori del modulo di complessità e la valutazione degli esiti di transizione per tutti i pazienti pediatrici transitati nel triennio 2017-2019. Le misure di esito adottate sono rappresentate dal drop-out precoce (discontinuazione del percorso di cura entro le prime due visite programmate nell'ospedale dell'adulto), tardivo (pazienti non più in carico nell'ospedale dell'adulto nel 2020) e dalle variazioni nel numero di visite pre-/post- transizione.



Conclusioni

Il modello messo a punto in Azienda garantisce un percorso di transizione adattato ai bisogni clinici e assistenziali del singolo paziente e del suo nucleo familiare. La presenza di uno strumento per la definizione della complessità permette di organizzare un percorso personalizzato e strutturato, garantendo un'adeguata multidisciplinarietà e integrazione con i servizi territoriali. Inoltre il modello proposto prefigura un attento monitoraggio, selezionando degli indicatori organizzativi comuni applicabili a diverse condizioni patologiche. In particolare, l'attento monitoraggio del drop-out post-transizione (precoce e a lungo termine) assicura una continuativa sorveglianza sull'efficacia e sulla sostenibilità della presa in carico da parte delle cure dell'adulto.

La Determina Dirigenziale del Settore Sanità e Welfare Regione Piemonte n.347/A1413C/2022 del 2 marzo 2022, Rete regionale delle malattie rare: Progetto per la transizione dalla pediatria alla medicina dell'adulto di persone con patologie rare e complesse ha riconosciuto il modello organizzativo proposto e sperimentato dalla Città della Salute estendendolo a tutte le Aziende Sanitarie e garantendo in tal modo la trasferibilità e l'equità di trattamento sul territorio regionale.

		Modulo G.I.T. Gruppo Interdisciplinare transizione	MODU.A009.0440.00.01	Rev. 0
Modulo		15/06/2022	Pagina 1 di 1	

DATA:	
Paziente	Operatore
Nome:	Nome:
Cognome:	Cognome:
Data di nascita:	Qualifica professionale:
Sesso:	Specialità:
	Struttura:

BISOGNI CHE RICHIEDONO UN CASE MANAGER/TUTOR PER LA TRANSIZIONE
È presente una o più delle seguenti condizioni che determinano la necessità di attivare il GIT per la definizione di un percorso di transizione non standard?

Clinico assistenziali:

- Comorbilità e/o complicanze gravi o non connesse con la patologia di base che richiedono intervento multiprofessionale e multispecialistico
- Limitazioni funzionali significative con necessità di ausili o device/necessità di supporti assistenziali complessi/necessità di assistenza continuativa
- Disturbi della sfera sessuale/ fertilità
- Disturbo cognitivo e/o disturbi comportamentali e/o disturbi psichici
- Scarsa compliance e/o aderenza e/o difficoltà/scarsa autogestione della patologia
- Necessità di gestione del dolore

Socio-ambientali:

- Esaurimento del/idei care givers
- Stili di vita a rischio e/o in carico al SERD
- Situazione abitativa critica e/o Disoccupazione o lavoro precario
- Difficoltà linguistiche/culturali con scarsa comprensione delle comunicazioni ricevute
- Rete familiare fragile, inesistente o eccessiva

Amministrativo-burocratici:

- Proveniente da fuori regione
- Senza iscrizione SSN/SIP/con iscrizione temporanea

SE NON PRESENTE NESSUNO DEI BISOGNI SOPRA ELENCATI BARRARE:

A GIUDIZIO DEL CLINICO CURANTE:

Grado di compliance alla terapia (punteggio da 1=minima a 4=massima) _____

Grado di compenso clinico (punteggio da 1=minimo a 4=massimo) _____



Educare la persona assistita alla corretta gestione della terapia immunosoppressiva: l'esperienza del trapianto di rene dell' AOU Città della Salute e e della Scienza di Torino

Devardo C.*, Giongrandi E.**, Corezzi M.*, Della Valle R.***, Persichilli A.***, Raciti I.M.*

*SC Qualità, Risk Management e Accreditamento – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino ** SC MIC 3 – Ospedale Martini, Asl Città di Torino *** SC Nefrologia Dialisi e Trapianto U – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino



Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'educazione terapeutica è un processo permanente integrato alla cura, centrato sul paziente, che implica attività organizzate di sensibilizzazione, d'informazione e di apprendimento all'autogestione. L'intervento educativo nel paziente post trapianto riguarda principalmente la gestione della terapia immunosoppressiva e lo stile di vita da seguire. Insegnare la corretta gestione dei farmaci immunosoppressori alla persona sottoposta a trapianto di rene è un intervento infermieristico fondamentale per garantire l'uso in sicurezza di questo tipo di farmaci a domicilio. La consapevolezza rispetto a questi temi e i comportamenti che la persona assistita adotta di conseguenza, sono fondamentali per il buon funzionamento e la durata del rene trapiantato.

Obiettivi

Presso il reparto Degenza della S. C. Nefrologia Dialisi e Trapianto U, Unità Trapianto Rene dell'Azienda Ospedaliera "Città della Salute e della Scienza" di Torino è stato condotto uno studio pilota con lo scopo di:

- indagare l'efficacia di un intervento educativo, a seguito della applicazione di un'istruzione operativa versus l'intervento educativo standard nelle persone sottoposte a trapianto di rene;
- realizzare un opuscolo dedicato agli infermieri dal titolo "Raccomandazioni per la persona portatrice di trapianto renale" comprensivo di legenda "Educazione terapeutica sui farmaci";
- realizzare un opuscolo multilingue per i pazienti dal titolo "Consigli e raccomandazioni per la vita dopo il trapianto".

Materiali e metodi

Lo studio pilota ha previsto il confronto tra due gruppi di pazienti: il gruppo dei controlli, costituito da 9 pazienti addestrati prima dell'applicazione dell'istruzione operativa e il gruppo sperimentale costituito da 9 pazienti addestrati con i metodi presentati all'interno dell'istruzione operativa. È stata somministrata una scheda raccolta dati che indagava la soddisfazione del paziente, le conoscenze acquisite in seguito all'addestramento e l'aderenza alla terapia farmacologica, valutata mediante scala di Moriski.

<p>S.C. Nefrologia Dialisi e Trapianto Unità Trapianto Renale Direttore: Prof. Dott. Luigi Biancone</p> <p>LA VITA DOPO IL TRAPIANTO Consigli e raccomandazioni</p>  	<p>وحدة زراعة الكلى المدير: الأستاذ الدكتور لويجي بيانكوني Luigi Biancone المدير: الأستاذ الدكتور لويجي بيانكوني الحياة بعد زراعة الأعضاء نصائح وتوصيات</p>  	<p>S.C. Nefrologie, Dializă și Transplant Unitatea de Transplant Renal Director: Prof. Dr. Luigi Biancone VIATA DUPĂ TRANSPLANT Sfaturi și recomandări</p>  	<p>S.c. Dializa dhe nefrologjia e transplantimit Njësi e transplantit renal Drejtori: Prof. Dr. Luigi Biancone JETA PAS TRANSPLANTIMIT Këshilla dhe Regjistrime</p>  
---	---	--	---



Risultati

Il gruppo sperimentale si è ritenuto maggiormente soddisfatto dell'addestramento ricevuto rispetto al gruppo dei controlli. Nel gruppo sperimentale si è osservato un miglioramento delle conoscenze acquisite riguardo la corretta gestione dei farmaci.

Conclusioni

L'applicazione dell'istruzione operativa ha permesso di uniformare gli interventi educativi infermieristici, ha migliorato l'aderenza terapeutica, le conoscenze acquisite e il grado di soddisfazione del paziente. A corollario dello studio, sono stati realizzati gli opuscoli "Raccomandazioni per la persona portatrice di trapianto renale" comprensivo di legenda "Educazione terapeutica sui farmaci" e quello multilingue per i pazienti dal titolo "Consigli e raccomandazioni per la vita dopo il trapianto".



**TELEMEDICINA: UN MODELLO DI PROGRAMMAZIONE PER LA GOVERNANCE
NELLE AZIENDE SANITARIE**

FRANCESCA GIULIANI

REFERENTE TELEMEDICINA REGIONE PIEMONTE E AZIENDA ZERO PIEMONTE
MEMBRO SOCIETA' ITALIANA TELEMEDICINA

INTRODUZIONE

Lo sviluppo e l'implementazione della Telemedicina non sono solo una questione tecnologica ma hanno un impatto organizzativo rilevante che va considerato ed analizzato. Alla luce di ciò una Governance dei progetti e dell' implementazione dei nuovi servizi di telemedicina, lo sviluppo di una cultura di fondo e trovare il giusto inquadramento tecnologico ed amministrativo di supporto, sono fondamentali in tutti gli ambiti aziendali per il successo delle iniziative.

Le Aziende sanitarie sono un laboratorio cruciale per il decollo di modelli di erogazione delle cure da remoto; la rilevanza delle dinamiche intra-aziendali che guidano i processi di selezione, sviluppo e implementazione della Telemedicina appare indispensabile così come orientare i processi di "Change Management" per vincere la resistenza culturale al cambiamento



ELEMENTI CARDINE DEL MODELLO

➤ ISTITUIRE UNA REGIA AZIENDALE possibilmente con l'introduzione di un Unità Operativa di Telemedicina, spazi e personale dedicato



➤ COSTITUIRE UN GRUPPO DI LAVORO MULTIPROFESSIONALE IN CUI SONO PRESENTI COMPETENZE DIVERSE (data la trasversalità della Telemedicina)



➤ LA FORMAZIONE E L' INFORMAZIONE DEVONO ACCOMPAGNARE TUTTO IL PROCESSO PER VINCERE LA RESISTENZA CULTURALE A TUTTI I LIVELLI CON UN APPROCCIO AL CHANGE MANAGEMENT



ELEMENTI OPERATIVI DEL MODELLO

1. Definire il Piano Aziendale di Telemedicina
2. Garantire la Governance del Piano Aziendale di Telemedicina
3. Analizzare le esperienze avviate e provvedere alla rendicontazione periodica di quanto implementato
4. Effettuare un'analisi e revisione dei PDTA Aziendali
5. Ipotizzare un audit per ogni struttura per azioni di miglioramento e per definire un eventuale target
6. Creare un ambulatorio «virtuale» in ogni Reparto
7. Verificare di possedere gli elementi standard di servizio e l'esistenza dei sistemi a supporto dei professionisti sanitari e dei pazienti
8. Analizzare e valutare la Customer Satisfaction di pazienti ed operatori e gestire il feedback
9. Creare schede uniche di progetto, videotutorial e manuali d'uso aziendali
10. Implementare un sistema di report e monitoraggio sempre aggiornato sui flussi, dati e sui progetti attivi
11. Effettuare un controllo specifico ed assicurare che vengano rispettati gli aspetti etici e regolatori
12. Implementare Strumenti di valutazione (indicatori)
13. Controllare di fornire le adeguate garanzie di accesso al servizio, tecnologiche, professionali, organizzative e cliniche
14. Contribuire allo sviluppo dei progetti sul quadrante nell'ottica di una omogeneizzazione regionale



CONCLUSIONI

La transizione va sostenuta per mezzo di una nuova Governance aziendale strutturata e definita, con un'attenzione strategica dedicata da parte delle Direzioni Aziendali a tutto il processo ed accompagnata da una formazione costante; tutto ciò in modo da incrementare ed accelerare lo sviluppo dei servizi di Telemedicina e rafforzare la fiducia da parte di cittadini e professionisti sanitari verso una modalità alternativa di erogazione delle prestazioni sanitarie



BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI DI TELEMEDICINA
2014 - 2020 - 2021



Il Percorso Integrato di Cura(PIC) Piede Diabetico ASL Torino 5: Esempio emblematico di Integrazione Ospedale Territorio

Francesco Romeo(1),Giuliana Elisabetta Bruno(2),Luigi Conforti(3),Alberto Kiss(4),Elia Pezzuto(4),Giuliana Micali(1),Rita D'Anna(5),Elena Ragazzoni(5),Marianna Faggiani(3), Marella Doglio(1) e Carlo Bruno Giorda(1).
SC Diabetologia Territoriale(1),SC Chirurgia Carmagnola(2),SC Ortopedia (3), SC Chirurgia Chieri(4),SC Recupero e Riabilitazione Funzionale(5)

Introduzione

Il diabete mellito è una malattia cronica complessa ad elevata prevalenza (5,3% dell'intera popolazione nazionale) che richiede continui e molteplici interventi sui livelli glicemici e sui fattori di rischio cardiovascolari, finalizzati alla prevenzione delle complicanze acute e croniche. Il "piede diabetico" è la complicanza tardiva del diabete mellito con il più rilevante peso sociale ed economico, poiché è causa di ripetuti ricoveri ospedalieri e, frequentemente, di amputazioni e invalidità.

Il paziente diabetico con complicanze al piede è particolarmente fragile per le comorbidità e l'elevatissimo rischio cardio-vascolare ed è importante che la gestione clinica sia coordinata da una figura internistica, che nello specifico è rappresentata dal diabetologo. Si tratta, in effetti, di una patologia in buona parte chirurgica da affrontare comunque con sensibilità e competenza internistica. Uno studio di qualche anno fa (Carnà P et al. JAMD 20:33-43,2017) ha stimato in Piemonte l'incidenza complessiva dei ricoveri per piede diabetico (tassi di incidenza per 100,000 soggetti, standardizzati per età e sesso), indipendentemente dall'esito di amputazione, per il triennio 2012-2014.

Complessivamente sono stati conteggiati quasi 4,000 casi incidenti, di cui circa 1.000 pazienti hanno subito un'amputazione maggiore (n. 513) e/o minore (n.504). Le dimissioni ospedaliere sono risultate circa 6.000 (ricoveri ordinari n. 4800, day hospital n.1.200) con oltre il 60% dei ricoveri a carico di soggetti che hanno avuto solo complicazioni del piede diabetico senza amputazioni.

A confermare la gravità complessiva della casistica si segnala la mortalità osservata nel campione nei tre anni in studio: 28.5%, quasi tre volte, quella della popolazione diabetica in Piemonte, circa 7% quella della popolazione non diabetica.

La ASL Torino 5 consta di circa 300.000 abitanti distribuiti in 4 distretti (Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino) e in 3 Ospedali (Maggiore di Chieri, Santa Croce di Moncalieri e San Lorenzo di Carmagnola).

Recuperando i dati relativi ai ricoveri nel 2019 si è rilevato che il 66% delle amputazioni maggiori (10 su 15) il 90 %delle amputazioni minori(28su 31) e il 75% dei ricoveri per ulcere(113su 152)di pazienti residenti in ASL TO 5 venivano erogate in Strutture al di fuori della ASL stessa. Si è quindi resa auspicabile e necessaria una strategia che includesse la prevenzione con lo screening dei piedi e l'educazione dei pazienti e del personale sanitario; e l'istituzione di un ambulatorio di II livello multidisciplinare e multiprofessionale adeguatamente integrato col territorio al fine di rispondere alle esigenze dei cittadini ed ridurre la mobilità passiva.

Metodologia

L'organizzazione della Rete "Piede Diabetico" nella ASL TORINO 5 si attiene alle Linee Guida nazionali (Standard italiani per la Cura del diabete mellito 2018) con l'identificazione di tre livelli di assistenza per il piede diabetico (Figura 1).

Fig.1 – Organizzazione dei livelli di assistenza per il piede diabetico

Livello di assistenza	Attività garantite dal centro	Equipe operante
Ambulatorio di I livello presso ambulatori territoriali o CAD	Attività di diagnosi del piede diabetico, attività di prevenzione e terapia educativa	Diabetologo, personale infermieristico dedicato e/o podologo
Ambulatorio di II livello presso ospedali o grandi centri polispecialistici territoriali	Attività di prevenzione, diagnosi e cura della patologia acuta e cronica del piede diabetico: - medicazioni - piccola chirurgia - scarico delle lesioni neuropatiche plantari	Diabetologo, chirurgo generale, ortopedico, personale infermieristico dedicato, podologo e tecnico ortopedico
Ambulatorio di III livello presso grossi ospedali o cliniche universitarie	Attività di ricovero, procedure di rivascolarizzazione distali chirurgiche ed endoluminali, interventi di chirurgia sia di urgenza sia di elezione	Diabetologo, chirurgo generale, chirurgo vascolare, radiologo interventista, chirurgo plastico, ortopedico, nefrologo (per dialisi)

Nello specifico il primo livello si sviluppa a livello territoriale attraverso l'attività di screening eseguita dal personale infermieristico in carico alla Diabetologia e dal personale IfeC (Infermiere di famiglia e comunità) adeguatamente formato.

I pazienti con rischio elevato vengono segnalati dal diabetologo all'ambulatorio di II LIVELLO che si riunisce due volte al mese e comprende un team multispecialistico il TPD(Diabetologo, Fisiatra, Chirurgo e Ortopedico).

Se il paziente presenta un piede infetto in stato tossinfettivo per gangrena diabetica o ischemia critica agli arti inferiori o quando comunque lo specialista del piede ravvisa l'opportunità di consigliare un ricovero ordinario con urgenza il paziente viene inviato presso le sedi del DEA aziendali o in un centro HUB con lettera di accompagnamento.

L'attività di terzo livello si colloca in linea di massima presso i centri per la Cura del Piede Diabetico Hub (attualmente sono stati identificati 2 Centri di riferimento per la nostra ASL)presso:

- AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio CTO
- AO Mauriziano di Torino

e prevede attività ambulatoriali e di ricovero ordinarie e in urgenza.

Questi centri infatti sono collocati presso un Ospedale di Riferimento con un DEA di II livello e una Rianimazione e garantiscono la presenza di servizi specialistici attualmente non disponibili nella ASLTO5 (Chirurgia Vascolare, Chirurgia plastica, Angioradiologia).

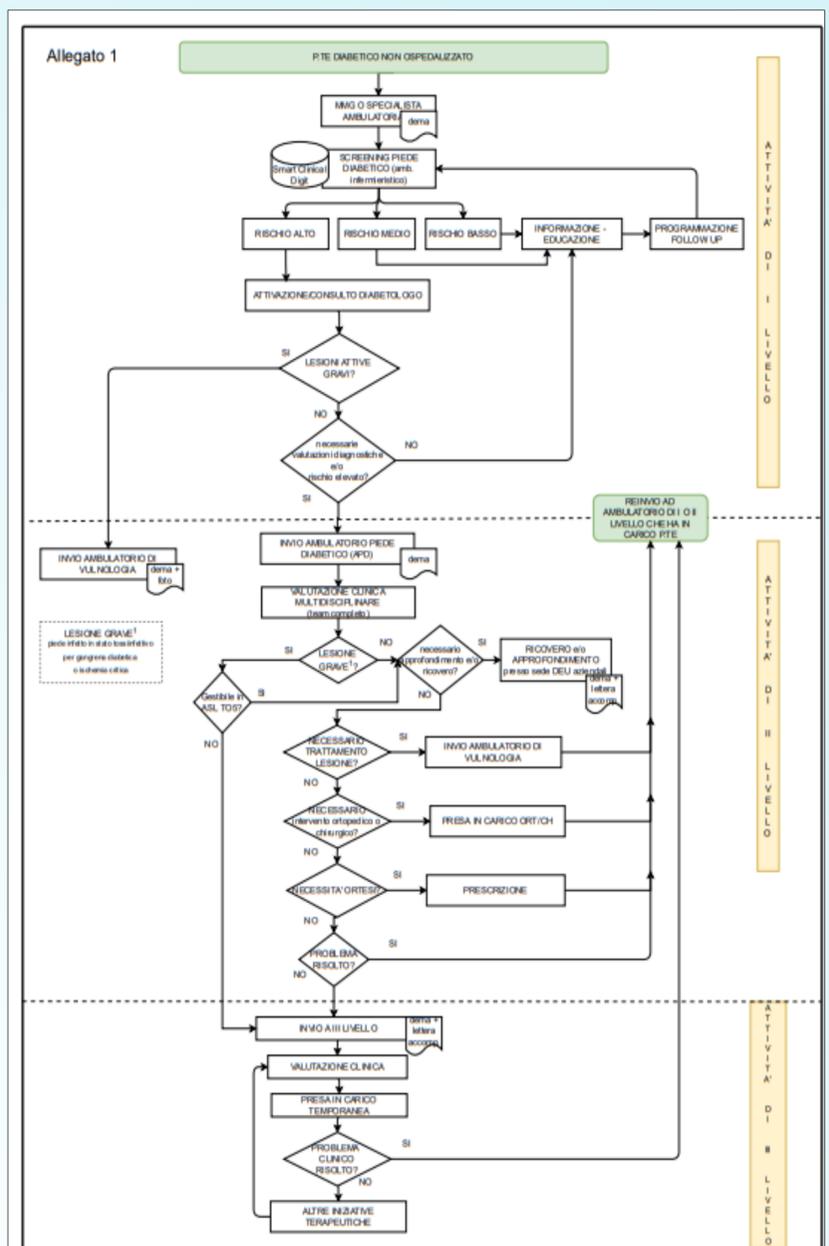
Risultati e Conclusioni

L'ambulatorio di secondo livello è attivo da marzo 2022 e quello di screening è andato a regime da luglio 2022.

Sono stati valutati in maniera collegiale 27 pazienti e trattati in loco anche casi complessi. Di questi solo 1 è stato inviato al terzo livello dimostrando la bontà dei professionisti coinvolti e la capacità di risoluzione delle problematiche anche in contesti in cui non sono presenti tutte le specialità richieste.

Si tratta di un esempio emblematico di integrazione ospedale territorio in cui la diabetologia territoriale con competenze internistiche ha un ruolo strategico fra distretto, MMG e infermiere territoriali e l'ospedale in cui sono presenti le specialità chirurgiche e , qualora necessarie per il ricovero, anche mediche.

Il percorso è stato appena avviato ma ci sono tutte le premesse per ottenere dei buoni risultati che saranno valutabili in prima istanza ad almeno un anno dall'inizio dell'espletamento delle attività .



OSAS e COVID: impatto della pandemia sulla prescrizione di CPAP e contrasto alla Sindrome attraverso interventi di promozione della salute



Galis V¹, Lentini A¹, Angius P¹, Cosola A², Minniti D³, Dall'Occo F⁴

¹S.S. Integrativa e Protesica, ²S.S. Promozione della Salute, ³Direttore Sanitario, ⁴Direttore Generale ASL TO3



Introduzione

Gli studi relativi all'interconnessione tra Covid e OSAS evidenziano come tale sindrome porti ad una maggior probabilità di contrarre una forma grave di Covid e vi sia una condivisione di fattori di rischio e comorbidità (obesità, ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari etc).

Parimenti la rimodulazione nell'erogazione delle prestazioni non urgenti ha portato ad una sotto-diagnosi di OSAS nelle fasi precoci della pandemia.

Obiettivo dello studio è analizzare quanto avvenuto all'interno dell'ASL TO3 e individuare gli interventi di promozione della salute più idonei.

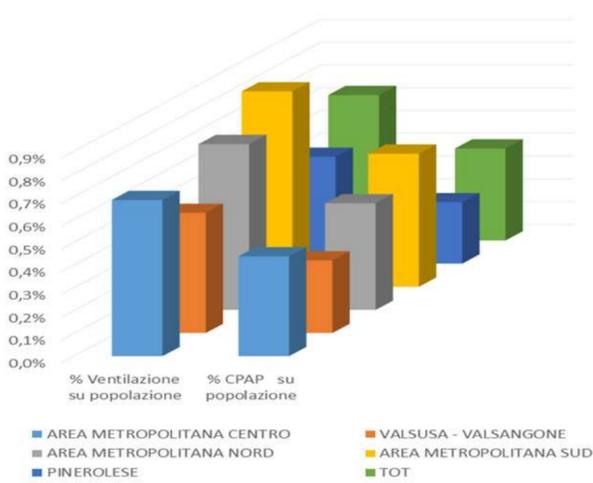
Materiali e metodi

Analisi della fornitura di ausili per ventilazione, CPAP/AutoCPAP (associabili ad OSAS) e relativo trend.

Risultati

Circa lo 0,6% della popolazione residente in ASL TO3 (581.404 abitanti) risulta dotato di un dispositivo per disfunzione respiratoria e di tali dispositivi ben il 63,2% è costituito da CPAP/AutoCPAP (0,4% della popolazione, con valori massimi per il l'Area Metropolitana Sud – 68,1% corrispondente allo 0,6% della popolazione e minimo per il Distretto Pinerolese – 57,5% corrispondente allo 0,3% della popolazione).

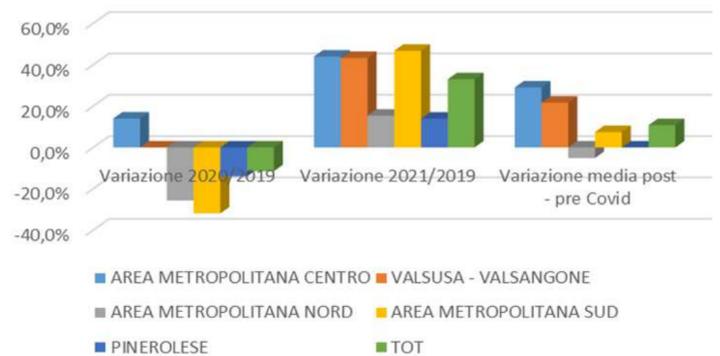
Dispositivi per ventilazione



Il trend del triennio 2019 – 2021 rispecchia quanto riportato dalla letteratura, riportando un calo di prescrizioni medio dell'11% (con un picco negativo relativo all'Area Metropolitana Sud, Distretto con l'Indice di fragilità maggiore (10,2%), pari al 31,9%), seguito da un aumento di prescrizioni nel 2021 (+33%).

È importante notare come analizzando la variazione pre e post pandemica, l'aumento di prescrizioni nel 2021 colmi e superi il delta negativo verificatosi nel 2020 (con un valore finale medio pari a +10,8%).

Nuove prescrizioni CPAP/AutoCPAP



Conclusione

Questi dati dimostrano come a seguito della pandemia vi sia stato un aumento nella prescrizione di CPAP correlate ad OSAS rispetto agli anni pre-pandemia, meritevole di ulteriori approfondimenti.

Per la prevenzione dell'OSAS e il controllo delle sue comorbidità è necessario intervenire sui fattori di rischio attraverso la promozione di stili di vita salutari, coinvolgendo i soggetti a rischio nelle attività già presenti in Azienda (gruppi di cammino, lotta al tabagismo, etc).



Bibliografia

Is there a link between COVID-19 and obstructive sleep apnea?
C Salles, JR Lopes, M Neves, R S Brito, A Bacelar; Sleep Sci; 2021 Jul-Sep; 14(3):299-302.

A systematic review of COVID-19 and obstructive sleep apnoea
MA Miller, FP Cappuccio; Sleep Med Rev; 2021 Feb;55:101382; Epub 2020 Sep 8

Obstructive sleep apnea (OSA) and outcomes from coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia: a systematic review and meta-analysis
T I Hariyanto, A Kurniawan; Sleep Med; 2021 Jun;82:47-53



PREVENIRE LA DISIDRATAZIONE NELLA P.A. PORTATRICE DI STOMIA

Autori: Cirio Angela (1), Aimar Silvia (1), Crosetto Anna (1), Viale Michela(1), ASO S. Croce e Carle Cuneo – (1) SC Chirurgia Generale e Oncologica

Introduction

Il confezionamento di una stomia comporta per la p.a. un adattamento fisiologico e psicologico. Le complicanze possono essere precoci e tardive, in particolare quella più comune in caso di ileostomia è la disidratazione. Questa complicanza, associata in molti casi un'ileostomia ad alta portata può avere conseguenze gravi quali ipovolemia e squilibrio elettrolitico. Tale condizione se non trattata può evolvere in breve tempo verso un'insufficienza renale acuta e conseguente malnutrizione. La valutazione dei fattori predisponenti, il monitoraggio dei parametri, un percorso personalizzato educazionale e la presa in cura da parte di un team multidisciplinare permettono di prevenire tale rischio e di pianificare i trattamenti appropriati e prevenire le ri-ospedalizzazioni

Results

- ❖ Educare la p.a. a riconoscere i SeS della disidratazione per evitare il peggioramento clinico
- ❖ Ridurre il rischio di complicanze conseguenti a ileostomia ad alta portata
- ❖ Ridurre le ri-ospedalizzazioni
- ❖ Creare una scheda di monitoraggio condivisa e validata dalle linee guida per identificare il rischio e pianificare trattamenti appropriati

Methodology

Educare la p.a. a identificare i SeS (segni e sintomi) della disidratazione per attivare un self care e prevenire i rischi

Programmazione di follow up ambulatoriali e telefonici per attivare un programma di supporto

Monitoraggio attraverso la compilazione di un **diario alimentare** (per registrare output e qualità e quantità degli alimenti assunti) da parte della p.a. e del care giver

Creare una **scheda di monitoraggio** che aiuta a misurare i parametri degli output stomali, la sintomatologia e i valori sierologici per valutare il rischio e stabilire gli interventi

DIARIO ALIMENTARE

	ALIMENTI ASSUNTI	LICQUORI	QUANTITÀ FLUIDI	QUANTITÀ SODIUMI
ESORDIO	Pranzo			
	Cena			
PESO IN	Pranzo		Tracce	Tracce
	Cena			
SAZIETÀ	Pranzo		Tracce	Tracce
	Cena			
SERVOLEMI	Pranzo		Tracce	Tracce
	Cena			
GROVITÀ	Pranzo		Tracce	Tracce
	Cena			
VERGOGNE	Pranzo		Tracce	Tracce
	Cena			
PESO SU	Pranzo		Tracce	Tracce
	Cena			
SABATO	Pranzo		Tracce	Tracce
	Cena			
DOMENICA	Pranzo		Tracce	Tracce
	Cena			

SCHEDA MONITORAGGIO AMBULATORIALE P.A. PORTATRICE DI STOMIA

COGNOME E NOME _____
 DATA DI NASCITA _____
 DIAGNOSI _____
 INTERVENTO CHIRURGICO _____
 PATOLOGIE ASSOCIATE _____
 PESO CORPOREO _____

INDICATORI PER ILEOSTOMIA AD ALTA PORTATA
 PARAMETRI DA MONITORARE

OUTPUT STOMIALE	INDICAZIONE	1° RICOVERO	2° RICOVERO	3° RICOVERO	ALTO
OUTPUT UROLOGICO	NA/K	MG	MG	MG	CA
VALORI EMATICI	NA/K	MG	MG	MG	CA
VALORI URINARI	NA/K	MG	MG	MG	CA
VERTIGOGNE	ASTENIA	SECCHEZZA	IPOTENSIONE		
SEGN E SINTOMI SeS	CEFALEA	STANCHEZZA	MUCOSI, BOCCA ASCIUTTA		
DISIDRATAZIONE					

Conclusion

- ❖ Ruolo attivo della p.a. e del care giver nel percorso di cura
- ❖ Identificare in tempo lo squilibrio elettrolitico per prevenire l'insufficienza renale e il rischio di malnutrizione
- ❖ Prevenire le ri-ospedalizzazioni
- ❖ Misurare i campanelli d'allarme e pianificare trattamenti appropriati tramite metodo condiviso e validato
- ❖ Migliorare la qualità di vita della p.a.



BIBLIOGRAPHY

Nightingale J, Woodward JM. Guidelines for management of patients with a short bowel. Gut. 2006; 55 (4): iv 1-12.
 Shabbir J, Britton DC. Stomia complications: a literature overview. Colorectal Dis. 2010; 12(10): 958-64
 Balthara KS, Hight B, Omron R. Hypokalemia causing rhabdomyolysis in a patient with short bowel syndrome. J Emerg Med. 2015; 48 (4): 97-9.





Il recupero degli interventi chirurgici e delle prestazioni di screening oncologico post pandemia COVID-19: l'esperienza dell'A.O. S.Croce e Carle di Cuneo



Guano G. (1), Garibaldi A. (2), Coletta G. (3), Puppo A. (4), Mercuri M. (5), Barberis M. (6), Simondi D. (7), Venezia G. (8), Fallo D. (9), Rosso M. (10), Rebora M. (11), Azzan E. (12)

Abstract

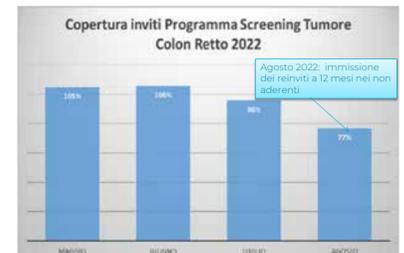
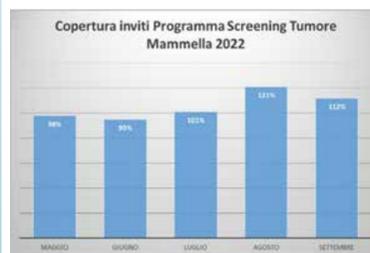
Le liste d'attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini come criticità dei moderni sistemi sanitari poiché compromettono l'accessibilità e la fruibilità delle cure. Il governo dei tempi di attesa è uno degli obiettivi prioritari del S.S.N. e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rappresenta una componente strutturale dei LEA. L'emergenza sanitaria derivante dal Covid-19 ha inciso negativamente sui tempi di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie. La Regione Piemonte ha definito il Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e degli screening oncologici. Il modello operativo messo in atto dall'A.O. S.Croce e Carle si riferisce alle tipologie di ricovero oggetto di monitoraggio nazionale e regionale e all'attività di screening oncologico. Lo standard di riferimento regionale è stato fissato nell'erogazione di un numero di ricoveri eseguiti pari al 2019 ed una percentuale di copertura inviti attesa del 100% per il programma di prevenzione del tumore alla mammella e del colon-retto. Per l'attuazione del Piano di Recupero l'Azienda ha utilizzato il finanziamento messo a disposizione dalla Regione Piemonte per l'attività in regime di prestazioni aggiuntive.

Risultati

RECUPERO ATTIVITA' RICOVERI CHIRURGICI



RECUPERO ATTIVITA' SCREENING ONCOLOGICO



Materiali e metodi

L'Azienda ha elaborato il Piano di Recupero delle Liste di Attesa con una logica sistemica agendo a livello programmatico e operativo su più livelli. Al fine di implementare l'offerta di attività chirurgica ed allo scopo di conseguire il raggiungimento dei volumi previsti con riduzione dei tempi di attesa, sono state elaborate e concretizzate le seguenti proposte operative:

- incremento orario delle sedute operatorie;
- rimodulazione dell'assegnazione delle sedute operatorie a partire dai volumi da recuperare rispetto al 2019, dal numero di pazienti in lista di attesa e dai tempi medi di esecuzione per intervento;
- programmazione delle sedute aggiuntive inserendo nel singolo slot la medesima tipologia di intervento a bassa complessità eseguibile con tempistiche relativamente brevi
- monitoraggio dei tempi di ingresso in sala operatoria;
- ridefinizione della durata standard degli interventi chirurgici utilizzando i tempi medi rilevati nel periodo 2017-2021;
- monitoraggio e ridefinizione dei tempi operatori di cambio.

Il recupero dello screening fa riferimento ai dati mensili dell'Unità di Valutazione Organizzazione Screening dell'ASL CN1 con l'obiettivo di esaurire entro il 31 dicembre 2022 il 100% della popolazione target relativamente allo screening mammografico e rettosigmoidoscopico

Conclusioni

Le azioni intraprese consentiranno in proiezione di attestare il recupero dell'attività chirurgica al 99% entro il 31.12.2022 (media regionale 94%). La copertura inviti, in prospettiva al 31.12.2022, per i programmi di screening registra il 121% per il tumore della mammella. Per quanto riguarda lo screening del tumore del colon-retto la Regione Piemonte, dal mese di agosto, ha proceduto all'immissione dei reinviati a 12 mesi nei non aderenti determinando una diminuzione rispetto alle percentuali di copertura da inviti (dal 96% dato previsionale a luglio 2022 al 77% dato previsionale ad agosto 2022).

Bibliografia

- D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016, Aggiornamento del Programma regionale di screening oncologici, denominato "Prevenzione Serena" e individuazione del centro unificato regionale per l'esecuzione del test immunochimico di ricerca del sangue occulto nelle feci. Parziale modifica della D.G.R. n. 111-3632 del 02.08.2006.
- DL 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa.
- D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980. "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2".
- DL 25 maggio 2021, n. 73. Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse.
- D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, di costituzione della Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017.
- D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980".
- L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".
- D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022, "Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti, della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".
- D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022, "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso".

1. Controllo di Gestione-Responsabile- Coordinatore Audit Piano di Recupero, 2. Direzione Sanitaria di Presidio- Direttore 3. Dipartimento di Emergenza e delle Aree Critiche- Direttore, 4. Dipartimento Area Chirurgica-Direttore, 5. Radiologia- Dirigente Medico settore mammografico, 6. Dipartimento Interaziendale dei Servizi- Coordinatore di Dipartimento, 7. Gastroenterologia- Dirigente Medico Responsabile Screening, 8. Endoscopia Digestiva- Responsabile, 9. Endoscopia Digestiva- Coordinatore di Comparto, 10. Funzione Qualità ed Accredimento, 11. Direttore Sanitario A.O. S.Croce e Carle-Cuneo, 12. Direttore Generale A.O. S.Croce e Carle-Cuneo





Gestione delle emergenze intraospedaliere nell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo

Barile L.¹, Barzaghi N.¹, Cagna L.¹, Coletta G.¹, Delfino C.¹, Lauria G.¹, Peirone D.¹, Peano G.², Rebora M.³, Azzan E.⁴

¹Dipartimento di Emergenza e delle Aree Critiche ²Funzione Qualità e Accreditamento-Rischio Clinico ³Direttore Sanitario A. O. S. Croce e Carle Cuneo ⁴ Direttore Generale A.O. S. Croce e Carle Cuneo

Abstract

Dal 2017 l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle ha, su indicazione della Regione, sviluppato un percorso Strutturato e funzionale della gestione delle Emergenze/Urgenze intraospedaliere attraverso sistemi di monitoraggio, diagnosi precoce, allertamento e tempestivo intervento.

Introduzione

I sistemi di risposta alle emergenze intraospedaliere nascono dall'esigenza di gestire in modo appropriato emergenze-urgenze che possono verificarsi nelle diverse aree ospedaliere in ospedale ed interessare pazienti, utenti, visitatori e operatori. Il tempestivo riconoscimento dell'Emergenza/Urgenza (E/U), la precocità di risposta e l'appropriatezza del trattamento sono fattori determinanti per l'esito dell'acuzie.

Materiali e Metodi

FASE I: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO REGIONALE INTEGRATO DI MONITORAGGIO E ALLERTAMENTO (PRIMA)

-2017: mandato regionale alle Aziende Sanitarie di avvio del progetto PRIMA

In Azienda:

- costituzione gruppo di lavoro;
- revisione della letteratura e analisi dell'eterogenea documentazione in uso in azienda;
- elaborazione di 2 schede standardizzate (per area medica e chirurgica) per la registrazione del monitoraggio, il riconoscimento precoce di condizioni di peggioramento clinico (codice colore) e indicazione sulle azioni da intraprendere in caso di parametri alterati (aumento frequenza rilevazioni, attivazione medico di reparto o Team di Emergenza).

-2018: introduzione delle schede in due reparti "pilota" (Chirurgia Generale e Pneumologia)

-2019:

- diffusione delle schede alle degenze ospedaliere, con incontri formativi e vademecum operativo;
- informatizzazione del PRIMA su Digistat © e implementazione nelle degenze utilizzatrici;
- implementazione della versione pediatrica (PRIMAP) e ostetrica (PRIMAO);

-2020: audit di monitoraggio sull'appropriatezza di utilizzo delle schede a livello aziendale.

FASE II: ANALISI CARRELLI DI EMERGENZA E DOTAZIONI

- 2021:

- questionario conoscitivo ai coordinatori sanitari sulle modalità di controlli e ripristino dei carrelli dell'urgenza presenti nei servizi;
- analisi osservazionale dei carrelli d'emergenza delle strutture aziendali. Per ciascuno dei 38 carrelli è stata valutata la conformità di materiale e farmaci rispetto alle 4 check list aziendali di riferimento (Tabella).

FASE III: RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI RISPOSTA ALL'E/U INTRAOSPEDALIERA ED ATTIVAZIONE DEL NUMERO UNICO

- 2018: istituzione di un gruppo di lavoro aziendale "Emergenza/Urgenza" per la riorganizzazione del sistema di risposta all'emergenza urgenza sanitaria intraospedaliere.

- 2021/2022:

- attivazione del numero unico di chiamata in ottemperanza alle indicazioni della Regione Piemonte;
- elaborazione e diffusione della procedura aziendale "Piano di risposta E/U sanitaria intraospedaliere", corredata da cartellonistica dedicata.

Ringraziamenti

Si ringraziano per il supporto fornito alla realizzazione del progetto: Maccario A., Panuele L. Dipartimento di Emergenza e delle Aree Critiche; Dutto A., Gallone A., Nasi L. Funzione Qualità e Accreditamento - Rischio Clinico; Poglio A. Direzione Sanitaria di Presidio e Nittardi M.

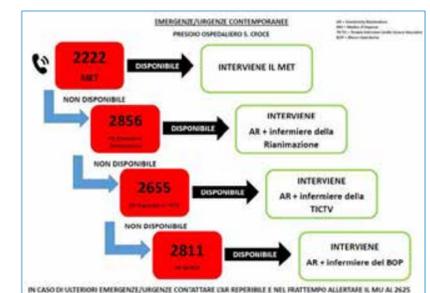
Risultati

- Adozione del PRIMA/O/P in tutti i reparti di degenza ordinaria. La scheda è presente nel 92% delle cartelle cliniche (audit 2020). Condivisione delle criticità rilevate nell'utilizzo dello strumento e individuazione di azioni di miglioramento

- Mappa aggiornata dei carrelli di emergenza e valutazione dell'aderenza alle check list aziendali

Check list	RISULTATI COMPARAZIONE CHECK LIST (38 STRUTTURE)		
	PRESENTE %	NON PRESENTE %	QUANTITA' INFERIORE %
A	96,39%	5,15%	0,46%
B	82,50%	17,36%	1,47%
C	95,22%	4,78%	0,18%
D	100,00%	0,00%	0,00%
Totale	94,71%	6,20%	0,48%

- Creazione di un sistema di attivazione in E/U con numero telefonico unico e riorganizzazione del percorso di risposta.



Conclusioni

Una gestione strutturata delle emergenze-urgenze intraospedaliere coinvolge tutte le strutture e gli operatori di un'azienda e rappresenta non solo un riferimento pratico per i sanitari coinvolti, ma l'occasione per un'armonizzazione delle procedure e l'ottimizzazione delle risorse. In quest'ottica le evoluzioni future del percorso prevedono il monitoraggio dei percorsi validati e una riorganizzazione dei carrelli di emergenza.

Bibliografia

1. Eherenverth J, Sorbo S, Hackel A. "Transport of critically ill adult". Crit.Care Med 1986 Vol 14 n. 6543-47
2. Markakis C. et al "Evaluation of a risk score for interhospital transport of critically ill patients" Emerg Med J 2006;23:313-317
3. Jones, DA; DeVita, MA; Bellomo, R. "Rapid-response teams". The New England Journal of Medicine July 14, 2011 365 (2): 139-46
4. Devita, MA; Bellomo, R; Hillman, K; Kellum, J; Rotondi, A; Teres, D; Auerbach, A; Chen, WJ; Duncan, K; Kenward, G; Bell, M; Buist, M; Chen, J; Bion, J; Kirby, A; Lighthall, G; Ovreveit, J; Braithwaite, RS; Gosbee, J; Milbrandt, E; Peberdy, M; Savitz, L; Young, L; Harvey, M; Galhotra, S "Findings of the first consensus conference on medical emergency teams". Critical Care Medicine. Sep 2006. 34 (9): 2463-78
5. Winters, BD; Weaver, SJ; Pfoh, ER; Yang, T; Pham, JC; Dy, SM. "Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review". Annals of Internal Medicine. Mar 5, 2013 158 (5 Pt 2): 417-25
6. "Raccomandazioni per i trasferimenti inter ed intra ospedalieri". Gruppo di studio siaarti emergenza SIAARTI. 31 ottobre 2012, prot. n. 562/b
7. De Vita M. et al. "First Consensus Conference on Medical Emergency Teams". Crit Care Med 2006; 34: 2463-78
8. NICE clinical guideline 50: "Acutely ill patients in hospital – recognition of and response to acute illness in adults in hospital". National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk
9. Savoia G et al. "SIAARTH-IRC Recommendations for organizing responses to In-Hospital emergencies". Minerva Anest. 2007; 73:533-53
10. Davies et al. "Barriers to activation of the rapid response system". Resuscitation 2014; 85:1557-1561
11. Linee Guida per l'organizzazione dei sistemi di risposta alle emergenze/urgenze intraospedaliere DGR 5 - 9887 2008
12. Programma Regionale Gestione Rischio Clinico Azione 7 D.D. 21/10/2020 n. 1223.



APPROCCIO MULTIPROFESSIONALE PER LA TRANSIZIONE DELLE CURE ALLA DIMISSIONE DEI PAZIENTI IPERGLICEMICI CON COVID-19: STUDIO MONOCENTRICO

Castellano E¹; Gaviglio D¹; Pellegrino M¹; Magro G¹; Gianotti L¹; Tassone F¹; Baffoni C¹; Sibbono R¹; Boriani A²; Borretta G¹.
¹Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolism, Santa Croce and Carle Hospital, Cuneo, Italy; ²Medical Physics Department, Santa Croce and Carle Hospital, Cuneo, Italy

Abstract

Background. La dimissione dall'ospedale nei pazienti iperglicemici trattati con insulina è sempre un passo impegnativo, particolarmente delicato nei pazienti che richiedono un trattamento con steroidi, come accade nei soggetti con malattia da Coronavirus 2019 (COVID-19).
Pazienti e metodi. È stato condotto uno studio monocentrico retrospettivo su 23 pazienti ricoverati, naïve al trattamento con insulina, con diabete mellito (DM) di nuova diagnosi o già noto, ricoverati in ospedale con COVID-19 in contesti non critici e dimessi a domicilio. Per un mese dopo la dimissione, il follow-up è stato eseguito da un team multiprofessionale attraverso consulenze telefoniche per la gestione del trattamento insulinico.
Risultati. La dose media quotidiana di insulina alla dimissione era di 24,6 ± 14 U/die, iniettata in 2 ± 1,5 dosi giornaliere. Sono state richieste una media di 3 consultazioni telefoniche. La riduzione media ad un mese di distanza è risultata di 1,5 ± 1,3 somministrazioni/die e di 6 ± 5 U/die. Tutti i pazienti hanno raggiunto il loro target glicemico senza eventi ipoglicemici, abbandoni o nuovi ricoveri.
Conclusioni. Questo studio mostra fattibilità, efficacia e sicurezza di un approccio multiprofessionale attraverso strumenti di telemedicina per la gestione dei pazienti con DM dopo la dimissione, ai tempi del COVID-19.

Introduzione

Tra i pazienti ospedalizzati, l'iperglicemia, l'ipoglicemia e la variabilità del glucosio sono associate a un rischio maggiore di complicanze, mentre un adeguato controllo glicemico può contribuire a migliorare gli esiti clinici [1-3]. La pandemia di Coronavirus 2019 (COVID-19) ha aggiunto nuove preoccupazioni alla gestione ospedaliera dei pazienti ricoverati con iperglicemia, in quanto considerati ad alto rischio di sviluppare complicanze e morte [4,5]. L'insulina è il trattamento preferito dell'iperglicemia nei pazienti ospedalizzati e le attuali linee guida forniscono raccomandazioni per gestire i regimi di insulina in questo contesto [6]. Alla dimissione può essere necessario mantenere la terapia insulinica, in particolare quando è necessaria una terapia concomitante con corticosteroidi, come spesso accade nei pazienti con COVID-19 [7]. In questi pazienti, la terapia con corticosteroidi di solito viene ridotta rapidamente [7] ed è necessaria una contemporanea calibrazione della terapia con insulina per evitare iper- e ipoglicemia. Diventa necessario addestrare il paziente o il suo caregiver al regime di iniezioni multiple e al frequente monitoraggio glicemico, riducendo al minimo le interazioni personali, a causa delle restrizioni imposte dalla pandemia, fornendo un'attenta transizione fuori dall'ospedale [6,8]. Il nostro team multiprofessionale specializzato ha adottato un protocollo di transizione e follow-up a breve termine, con consulenze telefoniche, con o senza supporto video, la cui frequenza è stata ritagliata sulle richieste dei pazienti. Abbiamo valutato retrospettivamente i dati sul follow-up di un mese dopo la dimissione a casa in una serie di 23 pazienti diabetici naïve al trattamento con insulina ricoverati in ambiente non critico per COVID-19.

Risultati

La tabella 1 riassume le caratteristiche demografiche, cliniche e biochimiche dell'intera serie di 23 pazienti al momento del ricovero. Alla dimissione il programma di insulina prescritto era di 24,6 ± 14 U/die iniettato in 2 ± 1,5 dosi giornaliere; inoltre, almeno un ipoglicemizzante orale è stato prescritto all'87% dei pazienti. Nel mese successivo alla dimissione sono state necessarie in media 3 consulenze telefoniche, con disponibilità di supporto video nel 65,2% dei casi. Dopo un mese, la riduzione media dell'insulina è stata di 1,5 ± 1,3 dosi e 6 ± 5 U/die. Nessuna differenza nel fabbisogno di insulina è stata registrata in 4 pazienti dimessi con sola insulina basale.

Table 1
Demographic, clinical and biochemical data of the whole series (n = 23)

Age (years)	65.8 ± 13.9
Sex (males/females)	18/5
BMI	33.2 ± 7.8
>30	34.8%
Smokers	21.7%
Alcoholic abuse	4.3%
Hypertension	69.6%
Previous CV events	30.4%
Oncologic history	17.4%
Previous DM diagnosis	52.2%
Glucose levels at admission (mg/dL)	280 ± 140
HbA1c (%)	9 ± 2
eGFR (mL/min/1.73 m ²)	79.8 ± 28
Required phone counselings (n)	3 ± 1
Video availability	65.2%
Caregiver	47.8%
Corticosteroid therapy at discharge	69.6%
OHA at discharge	87%
Daily insulin shots	2 ± 1.5
at discharge	0.6 ± 0.6
one month after discharge	1.5 ± 1.3
difference	1.5 ± 1.3
Daily insulin units	24.6 ± 14
at discharge	6.1 ± 5
one month after discharge	17.4 ± 13.2
difference	17.4 ± 13.2

Continuous data are expressed as mean ± SD, categorical ones as percentage

La tabella 2 riporta il confronto delle dosi di insulina alla dimissione tra i pazienti raggruppati in base alle loro caratteristiche demografiche, biochimiche e cliniche. L'HbA1c era significativamente più alta nei pazienti con precedenti eventi CV (10,9 ± 2,7 vs 8,2 ± 1,2, p = 0,003) che sono stati dimessi con un numero significativamente maggiore di somministrazioni giornaliere di insulina.

Table 2
Number of insulin administrations at discharge

		Shots	p
Age (years)	≥65 (n = 15)	2.33 ± 1.6	0.219
	<65 (n = 8)	1.5 ± 1.3	
Glucose levels at admission (mg/dL)	≥250 (n = 12)	2.0 ± 1.5	0.9
	<250 (n = 11)	2.0 ± 1.4	
HbA1c at admission (%)	≥8.8 (n = 12)	2.4 ± 1.5	0.227
	<8.8 (n = 11)	1.5 ± 1.4	
Number of required counselings	>2 (n = 16)	2.3 ± 1.4	0.337
	≤2 (n = 7)	1.6 ± 1.3	
Video availability	Yes (n = 15)	2.0 ± 1.6	0.923
	No (n = 8)	2.0 ± 1.7	
Presence of a caregiver	Yes (n = 11)	2.3 ± 1.5	0.502
	No (n = 12)	1.8 ± 1.5	
Oncologic history	Yes (n = 4)	1.5 ± 1.2	0.439
	No (n = 16)	2.2 ± 1.5	
Previous CV events	Yes (n = 7)	3.0 ± 1.6	0.043
	No (n = 16)	1.6 ± 1.2	
Diabetes mellitus	Already known (n = 12)	2.3 ± 1.7	0.508
	New diagnosis (n = 11)	1.8 ± 1.3	
OHA at discharge	Yes (n = 20)	1.9 ± 1.5	0.184
	No (n = 3)	3.0 ± 1.0	

Lo stesso confronto è stato effettuato a un mese dalla dimissione: l'unica differenza, peraltro non statisticamente significativa, è stata osservata tra pazienti di età superiore e inferiore a 65 anni.

Conclusioni

I nostri dati, sebbene in una piccola serie non controllata, hanno evidenziato sicurezza ed efficacia di questo approccio multi-professionale alla gestione post dimissione del DM nel soggetto naïve a terapia insulinica, molto apprezzato dai pazienti e dai loro caregiver, poiché è stato adattato alle loro esigenze personali.

La gestione tempestiva ed efficace della malattia tramite la telemedicina durante la pandemia di COVID-19 ha evidenziato il suo potenziale come strumento aggiuntivo per aiutare regolarmente la gestione della malattia anche in futuro.

Bibliografia

1. Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, You X, Thaler LM, and Kitabchi AE. Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:978-82.
2. Zapatero A, Gómez-Huelgas R, González N, Canora J, Asenjo A, Hinojosa J, et al. Frequency of hypoglycemia and its impact on length of stay, mortality, and short-term readmission in patients with diabetes hospitalized in internal medicine wards. *Endocr Pract.* 2014;20:870-5.
3. Donihi AC, Gibson JM, Noschese ML, DiNardo MM, Koebel GL, Curl M, et al. Effect of a targeted glycemic management program on provider response to inpatient hyperglycemia. *Endocr Pract.* 2011;17:552-7.
4. Caballero AE, Ceriello A, Misra A, Aschner P, McDonnell ME, Hassanein M, Ji L, Mbanya JC, Fonseca VA. COVID-19 in people living with diabetes: An international consensus. *J Diabetes Complications.* 2020 Sep;34(9):107671.
5. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395:1054-62.
6. American Diabetes Association. 15. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care.* 2020 Jan;43(Suppl 1):S193-S202.
7. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA.* 2020 May 12;323(18):1824-1836.
8. Angelidi AM, Belanger MJ, Mantzoros CS. Commentary: COVID-19 and diabetes mellitus: What we know, how our patients should be treated now, and what should happen next. *Metabolism.* 2020 Jun;107:154245.
9. American Diabetes Association. 12. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care.* 2021 Jan;44(Suppl 1):S168-S179.
10. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care.* 2021 Jan;44(Suppl 1):S15-S33.



Custodia e gestione dei medicinali stupefacenti nel Blocco Operatorio Polivalente (BOP) attraverso i kit per le attività di Non Operating Room Anesthesia (NORA)



Palmisano S.¹, Coletta G.¹, Fruttero C.², Infante L.², Nasi L.³, Rebora M.⁴, Azzan E.⁵

¹ Dipartimento di Emergenza e delle Aree Critiche ²Farmacia Ospedaliera ³Funzione Qualità e Accreditamento-Rischio Clinico ⁴ Direttore Sanitario A.O. S. Croce e Carle Cuneo ⁵ Direttore Generale A.O. S. Croce e Carle Cuneo

Abstract

Nell'attività NORA (Non Operating Room Anesthesia), l'anestesista può dover utilizzare stupefacenti in servizi che non li detengono. Si è definita una procedura di gestione che prevede l'uso di "KIT stupefacenti NORA". I dati di 18 mesi di gestione evidenziano che l'uso dei KIT ha permesso di supportare l'attività NORA nel rispetto della normativa.

Introduzione

Nell'AO S. Croce e Carle il BOP garantisce assistenza anestesiológica ad altre Strutture per procedure effettuate in ambienti diversi dalla sala operatoria. Tale attività è denominata NORA acronimo di Non Operating Room Anesthesia. Durante l'attività NORA, il medico anestesista può dover utilizzare medicinali stupefacenti che non sono detenuti dal servizio dove viene eseguita la procedura. Per assicurarne la pronta disponibilità e garantirne una gestione conforme alla normativa, sono stati allestiti i "KIT stupefacenti NORA".

Materiali e Metodi

Sono stati predisposti:

- 3 KIT NORA (KIT NORA Rosso; KIT NORA Giallo; KIT NORA BEI) ciascuno composto da 5 fiale per tipo di Fentanil 0.1 mg, Remifentanyl 1 mg, Morfina Cloridrato 10 mg, Ketamina 100 mg, Ossicodone 10 mg.

Le fiale che compongono i KIT sono custodite all'interno di astucci porta fiale in materiale rigido con imbottitura di protezione e divisori.

Ogni astuccio riporta la denominazione del KIT per assicurarne la tracciabilità.

I KIT sono custoditi in cassaforte e il loro contenuto è parte integrante della dotazione di medicinali stupefacenti del BOP.



- Il "Registro Movimentazione Kit non Operating Room Anesthesia (NORA) Blocco Operatorio Polivalente" dove l'infermiere che affianca il medico anestesista nella procedura registra e sigla il ritiro e la restituzione del KIT NORA dal BOP. L'infermiere è responsabile della custodia del KIT dal momento in cui lo ritira fino a quando lo ripone in cassaforte dopo l'utilizzo.
- Il blocchetto "Utilizzo stupefacenti durante l'attività NORA" dove l'infermiere annota le eventuali unità di forma farmaceutica utilizzate in corso di procedura e che serve da promemoria per lo scarico del medicinale sul Registro di carico e scarico stupefacenti al rientro nel BOP.

L'utilizzo del KIT NORA è stato introdotto il 12/04/2021.

La modalità di utilizzo dei KIT è descritta all'interno dell'Istruzione Operativa "Custodia e gestione dei medicinali stupefacenti nel Blocco Operatorio Polivalente".

Data e ora _____ Lungo attività NORA

Nome stupefacente somministrato	Numero fiale utilizzate	Firma infermiere
<input type="checkbox"/> Fentanil 0,05mg/ml, 2ml		
<input type="checkbox"/> Remifentanyl _____mg		
<input type="checkbox"/> Morfina Cloridrato 10mg/ml, 1 ml		
<input type="checkbox"/> Ketamina 50mg/ml, 2ml		
<input type="checkbox"/> Ossicodone 10 mg/ml, 1 ml		

Data e ora _____ Lungo attività NORA

Nome stupefacente somministrato	Numero fiale utilizzate	Firma infermiere
<input type="checkbox"/> Fentanil 0,05mg/ml, 2ml		
<input type="checkbox"/> Remifentanyl _____mg		
<input type="checkbox"/> Morfina Cloridrato 10mg/ml, 1 ml		
<input type="checkbox"/> Ketamina 50mg/ml, 2ml		
<input type="checkbox"/> Ossicodone 10 mg/ml, 1 ml		

Struttura AO 25/10/2021 Rev. 01 del 16/02/2022

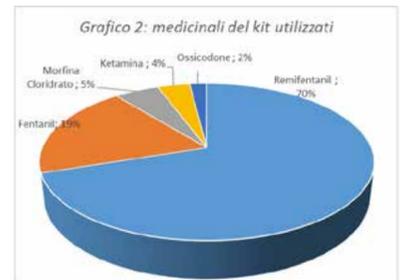
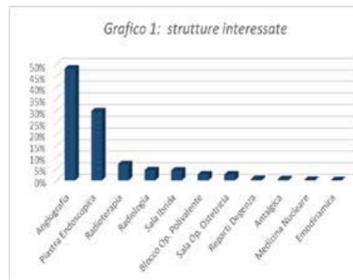
KIT	STIPENDIARIO	DATA	ORA	NOME E COGNOME INFERMIERE CHE MOVIMENTA IL KIT	FIRMA/STIGMA OPERATORE
<input type="checkbox"/> KIT ROSSO	<input type="checkbox"/> KIT ROSSO				
<input type="checkbox"/> KIT GIALLO	<input type="checkbox"/> KIT GIALLO				
<input type="checkbox"/> KIT BEI	<input type="checkbox"/> KIT BEI				
<input type="checkbox"/> KIT ROSSO	<input type="checkbox"/> KIT ROSSO				
<input type="checkbox"/> KIT GIALLO	<input type="checkbox"/> KIT GIALLO				
<input type="checkbox"/> KIT BEI	<input type="checkbox"/> KIT BEI				
<input type="checkbox"/> KIT ROSSO	<input type="checkbox"/> KIT ROSSO				
<input type="checkbox"/> KIT GIALLO	<input type="checkbox"/> KIT GIALLO				
<input type="checkbox"/> KIT BEI	<input type="checkbox"/> KIT BEI				
<input type="checkbox"/> KIT ROSSO	<input type="checkbox"/> KIT ROSSO				
<input type="checkbox"/> KIT GIALLO	<input type="checkbox"/> KIT GIALLO				
<input type="checkbox"/> KIT BEI	<input type="checkbox"/> KIT BEI				
<input type="checkbox"/> KIT ROSSO	<input type="checkbox"/> KIT ROSSO				
<input type="checkbox"/> KIT GIALLO	<input type="checkbox"/> KIT GIALLO				
<input type="checkbox"/> KIT BEI	<input type="checkbox"/> KIT BEI				
<input type="checkbox"/> KIT ROSSO	<input type="checkbox"/> KIT ROSSO				
<input type="checkbox"/> KIT GIALLO	<input type="checkbox"/> KIT GIALLO				
<input type="checkbox"/> KIT BEI	<input type="checkbox"/> KIT BEI				

PROCEDURA UTILIZZATA		
QUANDO	CHI	COSA FA
Prima della procedura	Infermiere assistente di anestesia	<ul style="list-style-type: none"> ritira dalla cassaforte un KIT NORA e introduce il cartoncino che identifica il KIT ritirato. Il cartoncino documenta l'avvenuto ritiro del KIT e giustifica l'ammonto dalla giacenza reale registra e sigla il ritiro del KIT NORA sul "Registro Movimentazione Kit non Operating Room Anesthesia (NORA) Blocco Operatorio"
In corso di procedura		<ul style="list-style-type: none"> registra il medicinale stupefacente utilizzato sul blocchetto "Utilizzo stupefacenti durante l'attività NORA"
A conclusione della procedura, al rientro nel BOP		<ul style="list-style-type: none"> ripone il KIT NORA in cassaforte e rimuove il cartoncino che testimonia il ritiro del KIT; registra e sigla la restituzione del KIT NORA sul "Registro Movimentazione Kit non Operating Room Anesthesia (NORA) Blocco Operatorio Polivalente" provvede allo scarico sul Registro di carico e scarico stupefacenti delle eventuali unità di forma farmaceutica utilizzate avvalendosi del blocchetto "Utilizzo stupefacenti durante l'attività NORA" reintegra le fiale utilizzate

Risultati

I KIT NORA nel periodo 13/04/2021 - 25/10/2022 sono stati utilizzati 839 volte principalmente nelle strutture rappresentate nel Grafico 1.

I medicinali stupefacenti più utilizzati sono presentati nel Grafico 2.



Non si sono verificati problemi relativi alla gestione dei medicinali stupefacenti durante l'attività NORA.

Conclusioni

L'allestimento dei KIT e la definizione delle modalità di gestione dei medicinali stupefacenti durante l'attività NORA ha incrementato la sicurezza nella gestione degli stupefacenti con ricadute in termini di eventi avversi evitati ed ha garantito la pronta disponibilità dei medicinali necessari durante l'attività NORA.

L'attribuzione della gestione al personale del BOP ha consentito un miglioramento dell'appropriatezza nella gestione delle terapie da parte del medico anestesista e l'aderenza alle evidenze scientifiche attraverso la disponibilità di farmaci codificati.

Bibliografia

- Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 09.10.1990 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" e successive modificazioni ed integrazioni
- Decreto del Ministero della Sanità 15.02.1996 "Approvazione della modulistica per il controllo del movimento delle sostanze stupefacenti e psicotrope tra le farmacie interne degli ospedali ed i singoli reparti"
- Decreto del Ministero della Sanità del 03.08.2001 "Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative"
- Sekar S. Bhavani, Basem Abdelmalak. "Nonoperating Room Anesthesia Anesthesia in the Gastrointestinal Suite" - Anesthesiology Clin 37 (2019) 301-316 <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.01.010>
- Zachary G. Woodward, Richard D. Urman, Karen B. Domino. "Safety of Non-Operating Room Anesthesia A Closed Claims Update" - Anesthesiology Clin 35 (2017) 569-581 <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2017.07.003>
- Melloni C. "Anesthesia and sedation outside the operating room: how to prevent risk and maintain good quality" - Curr Opin Anaesthesiol. 2007 Dec;20(6):513-9. doi: 10.1097/ACO.0b013e3282f06ba6. PMID: 17989542
- Keith J Ruskin, James P Bliss. "Alarm Fatigue and Patient Safety" - Circulation 122,210 - Volume 34, No. 1 - June 2019
- Wong T, Georgiadis PL, Urman RD, Tsai MH. "Non-Operating Room Anesthesia: Patient Selection and Special Considerations". Local Reg Anesth. 2020 Jan 8;13:1-9. doi: 10.2147/LRAS181458. PMID: 32021414; PMCID: PMC6956865
- SIAARTI Study Group for Safety in Anesthesia and Intensive Care "Recommendations for anesthesia and sedation in nonoperating room locations" - MINERVA ANESTESIOLOGIA 2005;71:11-20
- Abdelmalak B, Burkle C, Marco A, Mathews D. "Non-Operating Room Anesthesia: Patient Safety, Scheduling, Efficiency and Effective Leadership" Medicine 2019

Ringraziamenti

Si ringrazia il personale della Funzione Qualità e Accreditamento - Rischio Clinico per il supporto fornito alla realizzazione del progetto



PROGETTO DI MIGLIORAMENTO PER LA GESTIONE A DISTANZA DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

AUTORI: BASSO ILARIA, ONGARO FABIO, SAUGO ARIANNA
MASTER IN COORDINAMENTO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Abstract

- Il Covid-19 ha causato numerose problematiche nelle realtà sanitarie
- La telemedicina è stata di notevole importanza nel supporto gestionale della pandemia



NELLO SPECIFICO IN AMBITO CARDIOLOGICO:

- L'attività ambulatoriale è stata interrotta
- L'interruzione delle visite programmate per un periodo di 3 mesi nei pazienti con SCC non ha provocato ricadute cliniche significative per mezzodell'

EFFICACIA DEL SUPPORTO TELEFONICO



Introduction

E' STATO ANALIZZATO IL PROBLEMA NEI SUOI DETTAGLI ED E' EMERSO CHE VI ERA:.

Mancanza totale di strumenti per la e-health
Resistenza al cambiamento da parte di operatori sanitari e assistiti

Mancanza di tempo per la formazione del personale.

Difficoltà di gestire il triage telefonico senza un modello base.

- Caos
- Confusione
- Perdita di informazioni



Materials

CREAZIONE DI UNA SCHEDA INFORMATIZZATA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SCC A DISTANZA TRAMITE IL CONTATTO TELEFONICO

- Standardizzazione del triage telefonico
- Risparmio di tempo, riduzione di errori, riduzione del rischio clinico
- Aumento dell'aderenza terapeutica rispetto ai dati di letteratura
- Riduzione delle visite urgenti e degli accessi in Pronto Soccorso
- Ottimizzazione della gestione delle visite diagnostiche
- Maggiore tempestività di intervento e di comunicazione all'interno del team
- Costruzione di una rete di comunicazione (piano della comunicazione).
- Aumento della qualità di vita dei paziente

Items scheda

- Dati anagrafici paziente con email e contatti del caregivers
- Anamnesi
- Scheda colloquio telefonico con quesiti le cui risposte sono identificate da codice colore e attraverso una reportistica delle risposte fornite verrà stimato il livello di rischio della persona assistita per la programmazione dei follow up successivi
- Agenda per programmazione chiamate telefoniche o visite (compiti)
- Report
- Documenti
- Servizi



Results

- LA SCHEDA PREVEDE UN PERIODO DI IMPLEMETAZIONE DI ALMENO 6 MESI
- DOVRANNO ESSERE EFFETTUATE DELLE RIUNIONI PER VERIFICARE LO STATUS DEL PROGETTO
- DEVONO ESSERE IMPIEGATI DEGLI INDICATORI PER VALUTARNE L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA
- DOPO IL PERIODO DI PROVA E' UTILE UTILIZZARE UN QUESTIONARIO DI GRADIMENTO PER I PAZIENTI PER VEDERE IL LIVELLO DI SODDISFAZIONE DELLA MODALITA' DI GESTIONE ASSISTENZIALE A DISTANZA
- POTREBBERO ESSERE INTRODOTTI CON IL TEMPO STRUMENTI DI TELEMEDICINA A SUPPORTO E-HELTH
- UTILE LA PRESENZA DI UN COORDINAMENTO CON LEADER DEMOCRATICO E TRASCINATORE PER LO SVILUPPO DEL PROGETTO
- IMPORTANTE L'IMPIEGO SIA DI PERSONALE ESPERTO MA ANCHE DEI NEO ASSUNTI
- UTILE IL BENCHMARKING CON ALTRE AZIENDE PER VALUTARE SOLUZIONI MIGLIORI
- PER L'IMPLEMTAZIONE E' STATO SVILUPPATO UN DIGRAMMA DI GANTT PER VERIFICARE LE TEMPISTICHE E PER PRESENTARE IL PROGETTO AL GRUPPO DI LAVORO

Conclusion

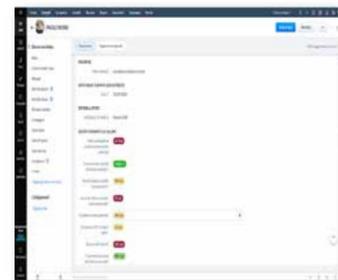
Progetto in fase sperimentale non si hanno ancora dati disponibili.

Recommendations

Privacy Il trattamento dei dati sanitari, rientra nel genius dei dati sensibili esso è disciplinato dalla legge 675 del 1996/91, allo scopo di bilanciare la necessità di tutelare la vita e l'incolumità personale con il diritto alla riservatezza. Tutto questo perché i numerosi dati inseriti hanno lo scopo di trovare soluzioni per il bene della comunità perseguendo la necessità di mantenere in vita i pazienti screenati e tutelandoli.

EMPOWERMENT

Pazienti - imparano a riconoscere, descrivere, identificare segni e sintomi iniziali di scompenso cardiaco



STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE DELLE VACCINAZIONI NEL PAZIENTE CON INFEZIONE DA HIV: ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO NELLA ULSS 8 BERICA.

Autori: Matteo Rigoni¹, Paola Mantoan² Pietro Maculan¹, Sara Mondino², Anna Ferrareso³, Arianna Mantoan³, Ilaria De Cao², Carla Zenere², Paola Savio², Maria Teresa Padovan³, Vinicio Manfrin², Romina Cazzaro²

Affiliazioni:

(1) Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Padova, (2) AULSS 8 Berica - Ospedale di Vicenza, (3) AULSS 8 Berica - Dipartimento di Prevenzione di Vicenza

Introduzione

I soggetti con infezione da HIV presentano un maggior rischio di avere forme gravi di malattie prevenibili con vaccino. Le vaccinazioni dovrebbero essere somministrate precocemente nel corso dell'infezione perché in questa fase la risposta immunitaria è di solito non ancora deteriorata.

In quest'ottica, risulta strategico avviare percorsi multidisciplinari ospedale-territorio che permettano una facilitazione nell'accesso alla vaccinazione sfruttando la sinergia tra gli specialisti che hanno in carico i pazienti e i Servizi di Sanità Pubblica che operano nel contesto delle vaccinazioni. E' stato quindi creato un percorso assistenziale condiviso tra Servizio Igiene e operatori dell' UOC Malattie Infettive con il coordinamento della Direzione Medica al fine di individuare e raggiungere attivamente i candidati al percorso vaccinale.

Materiali e Metodi

UOC Malattie Infettive intercetta precocemente i soggetti da vaccinare e propone le vaccinazioni indicate, sensibilizzando e fidelizzando il paziente. Vengono realizzate quindi sedute vaccinali organizzate in setting ospedaliero. Il personale di Malattie Infettive invia un modulo al SISP che valuta la posizione vaccinale degli utenti segnalati, per creare un percorso vaccinale personalizzato; si procede con la formazione del personale, la condivisione delle documentazioni e l'abilitazione alla registrazione. Si identificano un' area attesa pre-vaccinazione, un ambulatorio anamnesi e somministrazione e un'area osservazione post somministrazione.

Risultati

Da Agosto a Ottobre vengono eseguite 7 sedute permettendo la vaccinazione di 140 utenti fragili o a rischio di esposizione di infezione epidemica in poco più di 40 gg. I vaccini somministrati sono stati per la maggior parte anti Herpes Zoster ricombinante, anti-Pneumococco e anti Monkeypox (che dopo le prime sedute vede lo shift da una somministrazione intramuscolare ad una intradermica).

Conclusioni

La proposta alla vaccinazione da parte dello specialista infettivologo risulta più convincente rispetto ad altri specialisti. Il paziente HIV si sente più tutelato nella privacy ad eseguire la vaccinazione presso l'ambulatorio rispetto ad un ambulatorio territoriale e l'esecuzione in sedute dedicate, con il supporto integrato di più servizi, permette la creazione di un percorso vaccinale personalizzato che migliora la tutela della salute di questi utenti e ne aumenta la fidelizzazione.



PROGETTO:MAPPATURA DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI “DAE” NEL TERRITORIO DELL’ ULSS N.4 “VENETO ORIENTALE” –AZIENDA CARDIOPROTETTA-

Autori: E. Momesso-G. Turiano-C. Benetti-S. Travan-F. Paracchini-F. Cirao



Introduzione

L’Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 4 è situata nella parte orientale della provincia di Venezia e confina con la provincia di Treviso e la Regione Friuli-Venezia Giulia. Ha una superficie di 1.107 Km², una popolazione di 227.153 abitanti (alla data del 31/12/2021), distribuiti in 21 Comuni. Il territorio dell’Unità Locale Socio Sanitaria n. 4 è caratterizzato da densità abitativa disomogenea, nonché da una forte intensità dei flussi turistici stagionali, con circa 22 milioni di presenze e 3,5 milioni di arrivi nelle località balneari di Jesolo, Cavallino-Treporti, Eraclea, Caorle, San Michele al Tagliamento, Bibione. Distribuiti nel territorio vi sono numerosi defibrillatori semiautomatici (DAE) a disposizione dei cittadini, ma non vi è una mappatura precisa che consenta di individuare velocemente l’esatta posizione.

Gli autori, in collaborazione con le associazioni «Amici del cuore» del territorio, hanno coinvolto tutti i portatori di interesse (comuni, associazioni, privati cittadini, centrale 118, ecc..) nella raccolta e mappatura dei DAE attraverso un modulo Google (condiviso con il SUEM di Venezia) ed il prezioso aiuto di una APP che consente di vedere in tempo reale la distribuzione degli stessi.

APP utilizzata



DAEdove è un’applicazione gratuita creata per fornire all’utente una mappa dei defibrillatori semiautomatici esterni (DAE) presenti sul territorio nazionale. Ogni defibrillatore segnalato sulla mappa è supportato da informazioni quali l’indirizzo di ubicazione dello stesso, foto dell’uomo dove si trova il DAE, gli orari di disponibilità e le scadenze dell’apparecchiatura.

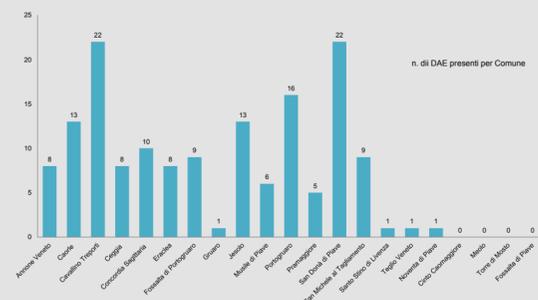
L’idea DAEdove nasce all’interno dell’associazione Squadra Nautica di Salvamento di Verbania, una Pubblica assistenza affiliata ad ANPAS che svolge servizio di trasporti sanitari in emergenza e non anche attraverso convenzioni con il 118. In particolare, la scintilla che ha dato luogo all’idea è stata l’esperienza di uno dei volontari che all’uscita di un ristorante ha dovuto soccorrere un uomo colto da arresto cardiaco e mentre esercitava le prime tecniche di rianimazione cardio polmonare ha chiesto ai presenti dove fosse il defibrillatore più vicino, senza ottenere risposta.

Risultati

Ad oggi sono stati censiti n. 153 defibrillatori semiautomatici afferenti al territorio dell’ Ulss n.4 “Veneto orientale”. La loro ubicazione è condivisa con la Centrale 118 di Mestre che può visualizzare e di conseguenza indirizzare l’ utente in caso di necessità. Tenendo conto della conformazione geografica si nota che alcune zone del territorio, tra l’ altro lontane dai Presidi Ospedalieri, non presentano defibrillatori disponibili. Uno degli obiettivi del progetto è mettere a disposizione dei DAE che possano essere utilizzati da qualsiasi cittadino , guidati dal personale del 118, affinché l’ infornuto venga trattato precocemente con una defibrillazione e rianimazione cardio-polmonare efficace.

Le prossime tappe del progetto prevedono:

- Divulgazione attraverso i mass media e altri canali del progetto
- Sensibilizzazione dei comuni in collaborazione con le associazioni “Amici del Cuore” per l’installazione di nuovi DAE nei territori critici
- Inserimento dei DAE stagionali presenti nel litorale (torrette di salvataggio, ecc..)
- Formazione dei cittadini volontari a corsi di BLS-D
- Riconoscimento di “Azienda cardioprotetta”



Obiettivi



- raccolta e inserimento dei dati raccolti nella app “DAEdove” e relativi referenti
- integrazione dei dati raccolti con i dati già in possesso alla centrale operativa 118 di Venezia
- divulgazione e informazione alla popolazione della presenza dei DAE posti nel territorio e loro utilizzo (attraverso video tutorial informativi/opuscoli/mass media, ecc).
- raccolta dei fabbisogni formativi della popolazione per l’utilizzo in sicurezza dei DAE (BLS-D)
- collaborazione attiva con le associazioni “Amici del cuore” e altre associazioni (es. DAEdove)
- promozione del pronto utilizzo del defibrillatore semiautomatico
- diffusione della cultura del “primo soccorso” alla popolazione
- arrivare alla definizione dell’Azienda ULSS n.4 di “azienda cardioprotetta”

Azioni previste

- ricognizione dei DAE presenti nel territorio chiedendo ai seguenti soggetti la presenza dei DAE nel loro territorio: sedi distrettuali aziendali, territori dei 21 comuni che compongono l’Azienda ULSS n.4 «veneto orientale», associazioni di volontariato (sportive,culturali, di interesse pubblico),scuole, parrocchie, farmacie, MMG,PLS, palestre, comuni, teatri, privati cittadini
- inserimento dei dati in un foglio excel (attraverso modulo Google)
- inserimento dei dati nella app daedove e nel file condiviso con la centrale 118
- valutazione della presenza dei DAE dal punto di vista logistico in modo tale da chiedere l’ implementazione nelle zone scoperte
- diffusione attraverso mass media dei DAE (APP e non solo) e sensibilizzazione del primo soccorso nelle scuole e luoghi di affollamento
- raccolta dei fabbisogni formativi della popolazione attraverso i comuni o le associazioni amici del cuore
- strutturazione di un sistema di controlli e vigilanza sulla buona tenuta e pronta disponibilità dei DAE responsabilizzando i proprietari e i referenti dei DAE



Conclusioni

L’ importante lavoro di squadra tra il personale dell’ULSS n.4 , le associazioni Amici del Cuore del territorio, i gestori della APP DAEdove, il personale del SUEM 118 di Mestre, i referenti dei 21 comuni interessati ,ha fatto in modo che si sia potuto tradurre l’ importante progetto nella mappa sottostante.

Il cittadino che dovesse trovarsi di fronte ad una situazione di arresto cardiaco, può attraverso la APP DAEdove, individuare il defibrillatore più vicino e chiedere che gli venga portato nel più breve tempo possibile. Queste azioni permettono di ridurre drasticamente l’ eventuale danno cerebrale e dare un’ opportunità di vita all’ infornuto prima dell’ arrivo dei soccorsi aziendali. Abbiamo ancora molto lavoro da svolgere ma crediamo nel lavoro di squadra e nel coinvolgimento di tutti gli attori disponibili.



Ringraziamenti

E’ doveroso ringraziare il sig. F. Paracchini, responsabile della ODV DAEdove, per la stretta collaborazione e la disponibilità dimostrata.

