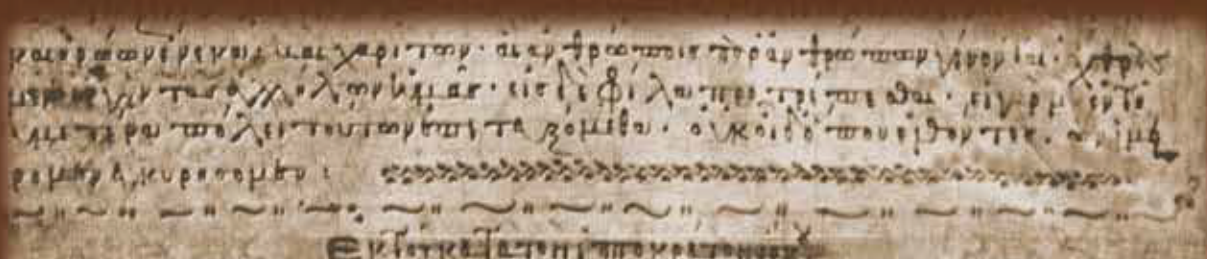


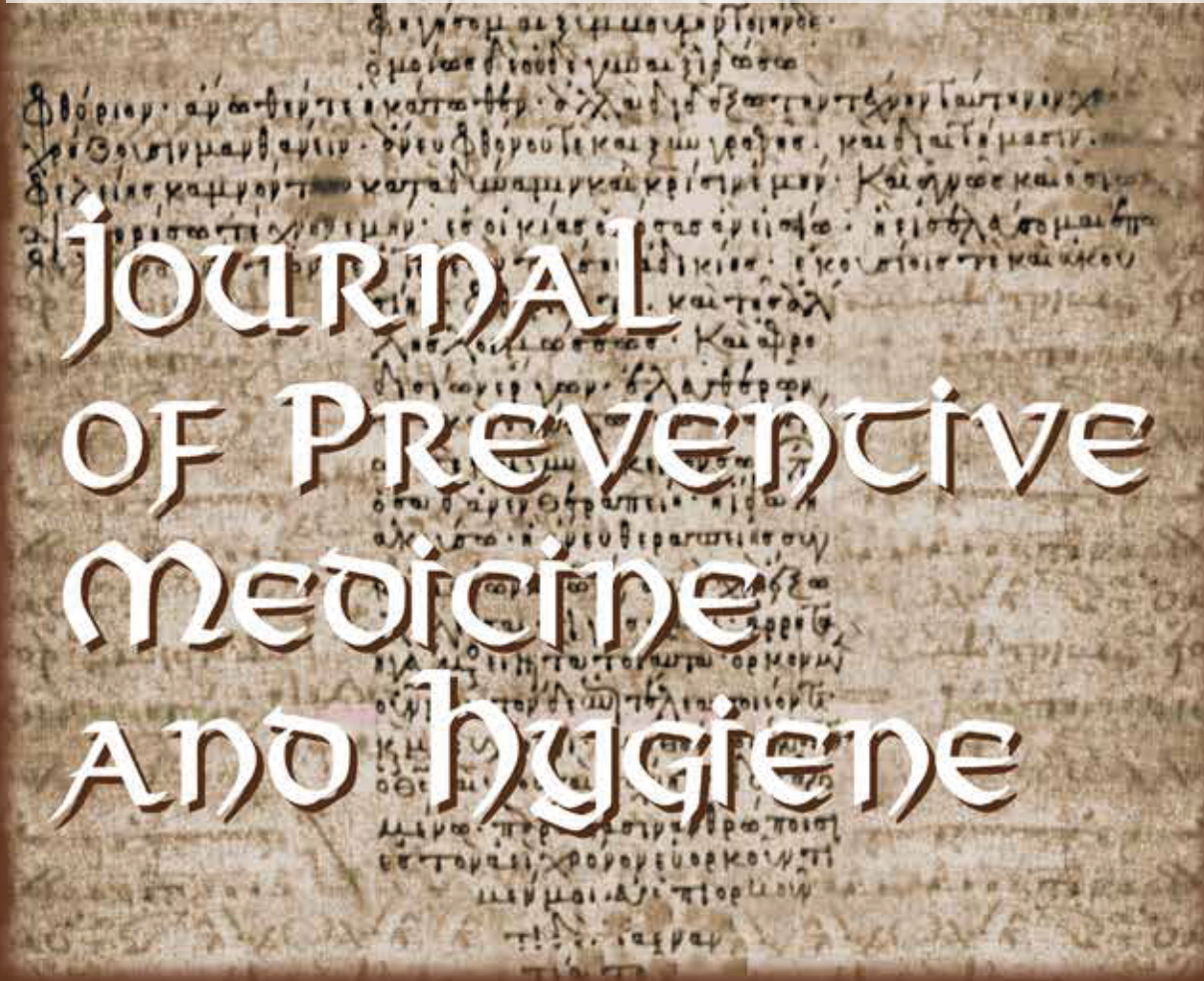
vol. n.
60/3

Cited in Index Medicus / Medline
NLM ID 921440 (Pub-Med)

September
2019



Supplemento 1
Atti del 52° Congresso Nazionale
Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP)
Perugia 16-19 ottobre 2019



JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE AND HYGIENE

the original document of HIPPOCRATES' OATH



The JOURNAL has been accredited,
on occasion of the 17th December
2004 Meeting of the Executive and
Scientific SIIP Councils, by the Italian
Society of Hygiene, Preventive Medicine
and Public Health



Casi di Morbillo nel setting ospedaliero dell'Azienda ULSS 2	358
<i>E. Chermaz, A. Tomè, B. Sartor, S. Pivetta, S. Collotto, S. Da Frè, D. Gentili, S. Zevrain, V. Scarpatò, S. Cinquetti</i>	
Appropriatezza della tardiva dimissione: un audit clinico nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	359
<i>N. Bolognesi, G. Masetti, D. Bernardini, M. Pellegrini, A. Stefanati, F. Bravi, G. Valpiani, G. Franchino, R. Bentivegna, E. Di Ruscio, T. Carradori</i>	
Valutazione di un intervento di comunicazione e informazione sull'uso consapevole dei guanti: un progetto pilota con Choosing Wisely - Igiene Ospedaliera	359
<i>G. Rosta, V. Fiore, A. Giarratana, A. Mauergeri, M. Barchitta, C. Pasquarella, I. Mura, S. Brusaferrò, A. Agodi</i>	
Percorso condiviso per le vaccinazioni in pazienti con patologie polmonari croniche: una proposta operativa	359
<i>V. Cautela, A. Trovato, R. Raffa, G. De Vito, C. Pileggi, A. Bianco</i>	
Indagine sulla IAQ (Indoor Air Quality) in ambienti sanitari non critici per rischio infettivo del P.O. "San Salvatore" di L'Aquila	360
<i>A. Appetiti, R. Mastrantonio, A. Civisca, M. Muselli, T. Lippolis, J. Del Papa, A.R. Giuliani, R. Lepore, G. Micolucci, L. Fabiani</i>	
Approccio multidisciplinare nelle strategie di prevenzione delle infezioni da germi MDR	360
<i>A. D'Avino, A.M. Mastromatteo, A. Cerrone, O. De Pittà, P. Dionisi, D. Grande, B.A. Miraglia, C. Paniccia, A. Schiattarella, G. Nasi</i>	
La valutazione della Cultura della Sicurezza nel setting dei poliambulatori chirurgici: le opinioni dello staff infermieristico a confronto con lo staff medico. Risultati di una rilevazione presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	361
<i>V. Niero, A. Finocchiaro, C. Bovo, E. Bovolenta, S. Majori, A. Poli, A. Carli, G. Giovanazzi, D.A. Ramaroli, M. Capasso, M. Saia, S. Tardivo, F. Moretti</i>	
Gli anziani cadono troppo spesso: indagine conoscitiva sugli ultra64enni brindisini con l'ausilio del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento	361
<i>S. Lorusso, D. Sofia, C. Bandini, M.T. Balducci, G. Calabrese, S. Termite, A. Gigliobianco, P.D. Pedote</i>	
Progettare gli spazi dell'emergenza: data analysis sull'organizzazione, i dimensionamenti e accessi annui di casi studio italiani per il predimensionamento ottimale dell'area del Pronto Soccorso	361
<i>M. Buffoli, M. Gola, A. Morganti, S. Capolongo</i>	
Simulazione fluidodinamica all'interno di sale operatorie per migliorare la qualità dell'aria e prevenire le infezioni del sito chirurgico	362
<i>G. Messina, G. Spataro, M. Tarroni, L. Catarisi, G. Cevenini</i>	
La mobilità passiva nella ASP di Catanzaro	362
<i>V. Teti, L. Rizzo, A. Di Maio</i>	
Costi ed esiti dell'assistenza ospedaliera: uno strumento di valutazione value-based per la governance clinica	363
<i>M.L. Specchia, G. Arcuri, A. Di Pilla, W. Ricciardi, R. Bellantone</i>	
L'integrazione tra Ospedale e Territorio attraverso la formazione: l'esperienza dell'Ospedale Cristo Re negli ultimi tre anni	363
<i>A.M. Mastromatteo, O. De Pittà, A. Sanna, G. Brandimarte, M. Carnali, A. Crucitti, G. Marcelli, B.A. Miraglia, C. Piscicelli, S. Vitale, G. Nasi</i>	
Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS): aspetti d'interesse per i pareri igienico-sanitari	363
<i>M. Raffo, M.V. Corazza, D. D'Alessandro, E. Di Rosa, L. Appolloni</i>	
Situazione epidemiologica della sifilide in Italia dal dopoguerra agli inizi degli anni Sessanta: le conseguenze dell'introduzione della penicillina e dell'applicazione della Legge Merlin per la Salute Pubblica	364
<i>Martini, I. Barberis, E. Albanese, S. Iorio, F. Butera, G. Icardi</i>	
L'iperafflusso ed il boarding in Pronto Soccorso esigono una risposta sanitaria di qualità: il caso del Policlinico Casilino di Roma	364
<i>C. Ambrosone, A. Giannotta, A. Vinci, A. Pagnanelli, F. Sambuco, M. Rossetti, F. Vinci, A. Capanna</i>	
Le complicanze acute del diabete nel paziente "grande anziano": analisi dei ricoveri nella Regione Abruzzo nel periodo 2006-2015	364
<i>P. Scampoli, P. Di Giovanni, F. Cedrone, G. Di Martino, F. Meo, A. Valente, T. Staniscia</i>	
La professionalità del Tecnico della Prevenzione nel campo del biologico	365
<i>A. Dalena, R. Rizzi</i>	
Le strategie di vaccinazione anti-Papilloma Virus (HPV): i risultati di un'indagine sugli aspetti organizzativi e le modalità comunicative rivolta a referenti regionali e Aziende Sanitarie Locali	365
<i>C. Trucchi, C. Costantino, V. Restivo, C. Bertonecello, F. Fortunato, S. Tafuri, D. Amicizia, D. Martinelli, C. Paganino, M.F. Piazza, F. Tassinari, V. Tisa, P. Stefanizzi, V. Baldo, A. Casuccio, R. Prato, F. Ansaldi, G. Icardi</i>	
Varicella, un problema solo dell'infanzia?	366
<i>G. Gabutti, G. Marini, F. Sandri, C. Florescu, C. Martellucci, C. Zamboni, A. Stefanati</i>	
Il Sistema Qualità in ASST Sette Laghi: esempio di gestione integrata	366
<i>F. Pagliarin, G. Martinelli, R. Giussani, A. Tropa, E. Malinverno, G. Saporetti</i>	
Misurazione della qualità percepita dall'utente delle attività del Servizio Vaccinale ASSL Sassari dopo l'introduzione del Piano Nazionale Vaccinale 2017/2019, della L.119/2017 e dell'Anagrafe Vaccinale Informatizzata (AVACS -Anagrafe Vaccinale Sardegna)	367
<i>G. Tolle, M. Re, T. Corraduzza, O.V. Strinna, D. Kubatova, M.I. Arru, M. Rotella, A. Idili, B. Pitalis, G. Cossu, A.G. Carta, F. Porcu, L. Deiana, F. Marongiu, I. Gessa, A. Marraccini, C. Sollai, F. Dettori, D. Fracasso, F. Delogu</i>	
Censimento e valutazione delle buone pratiche vaccinali per le popolazioni a rischio: il progetto BRAVE (Best pRACTices improving Vaccination coverage among at risk adults and Elderly)	367
<i>E. Carini, A. Tognetto, G.E. Calabrò, S. Mancinelli, L. Sarnari, V. Colamesta, W. Ricciardi, C. De Waure</i>	
Le vaccinazioni dei pazienti a rischio in ambiente ospedaliero: la proposta di un modello di PDTA integrato	368
<i>R. Cipriani, T. Battista, G. Caputi, F. Desiante, A. Giorgino, S. Insogna, C. Russo, M. Conversano</i>	
Sostenibilità ambientale in ambito ospedaliero, risultati di una survey nazionale	368
<i>S. Gandolfo, F. Giardi, M. Maielli, S. Ardis, V. Lorenzi, L. Zezza, G. Privitera, S. Mencaroni</i>	
La digitalizzazione in Sanità Pubblica: occasione per il presente o prospettiva per il futuro?	368
<i>E. Larosa, R. Guerra</i>	
Controllo di qualità delle cartelle e qualità dell'assistenza	369
<i>A.M. Donia, G. Micolucci, S. Greco, A.R. Lepore, M.V. Mucciantè, A. Appetiti, F. Di Donna, F. Di Donna, S. Necozione, A.R. Giuliani, M. Scatigna, L. Fabiani</i>	

sottoposti alla sola segnalazione alert in assenza dello screening non si modificano.

La valutazione della Cultura della Sicurezza nel setting dei poliambulatori chirurgici: le opinioni dello staff infermieristico a confronto con lo staff medico. Risultati di una rilevazione presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

V. NIERO¹, A. FINOCCHIARO², C. BOVO³,
E. BOVOLENTA¹, S. MAJORI¹, A. POLI¹, A. CARLI¹,
G. GIOVANAZZI¹, D.A. RAMAROLI¹, M. CAPASSO¹, M. SAIA⁴,
S. TARDIVO¹, F. MORETTI¹

(1) Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona (2) Poliambulatori Borgo Roma, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (3) Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (4) Azienda Zero, Regione Veneto

INTRODUZIONE

La valutazione della cultura della sicurezza rappresenta un aspetto essenziale per individuare criticità e implementare adeguate azioni correttive. Al riguardo fondamentale è una analisi finalizzata a individuare eventuali sub-culture e, di conseguenza, consentire lo sviluppo di strategie di miglioramento mirate. Il presente lavoro si propone di indagare la cultura della sicurezza nel contesto della chirurgia ambulatoriale, confrontando i risultati tra medici chirurghi e infermieri.

MATERIALI E METODI

Il questionario per la cultura della sicurezza nei poliambulatori chirurgici della AHRQ è stato, dopo traduzione e adattamento al contesto italiano, somministrato agli operatori di uno dei presidi della AOUI di Verona. Il questionario include 36 domande volte ad indagare attraverso una scala Likert (1-5) la percezione della sicurezza relativa a 8 dimensioni. La rilevazione si è svolta tra novembre-dicembre 2018. Per l'analisi è stata utilizzata la statistica descrittiva valutando le percentuali di risposte positive (PPR; punteggi 4-5) e negative (PNR; punteggi 1-2) per dimensione e per singolo item.

RISULTATI

Sono stati compilati da parte di medici chirurghi e infermieri 85 su 146 questionari distribuiti (risposta 58,1%), rispettivamente 18/19 da infermieri (risposta 94,7%) e 68/127 da medici (risposta 53,5%). L'item relativo alla percezione globale della sicurezza è risultato buono-eccezionale per il 67,2% dei medici vs il 52,94% degli infermieri. Una differenza tra PPR>10% si riscontra: per le dimensioni *Comunicazione di informazioni inerenti il paziente* e *teamwork* dove appare maggiore la PPR per il personale medico (rispettivamente 59 vs 47% e 51 vs 35%); per le dimensioni *comunicazione aperta*, *apprendimento organizzativo volto al miglioramento continuo* e *Supporto del management per la sicurezza del paziente* dove gli infermieri totalizzano PPR maggiori (rispettivamente 63 vs 49%, 60 vs 48% e 35 vs 23%). Critica per entrambi la dimensione *personale, ritmo e carico lavorativo* con PPR del 20 e 25% rispettivamente per medici e infermieri. A livello *micro*, maggiori differenze si riscontrano per gli items *lavoriamo assieme come un team efficace* (PPR 41% per i medici e 12% per gli infermieri), *agiamo sui processi per essere sicuri che lo stesso problema di sicurezza non si ripeta* (69% infermieri e 38% medici) e *lo staff viene informato dei problemi inerenti la sicurezza non appena si rendono visibili* (71% infermieri vs 43% medici).

CONCLUSIONI

Lo strumento ha permesso di evidenziare importanti differenze nelle criticità rilevate da medici e infermieri. Lo sviluppo di adeguate misure correttive deve tener conto di tali diversità al fine di promuovere un miglioramento efficace.

Gli anziani cadono troppo spesso: indagine conoscitiva sugli ultra64enni brindisini con l'ausilio del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento

S. LORUSSO¹, D. SOFIA¹, C. BANDINI¹, M.T. BALDUCCI²,
G. CALABRESE¹, S. TERMITE¹, A. GIGLIOBIANCO¹,
P.D. PEDOTE¹

(1) ASL di Brindisi (2) ASL di Bari

INTRODUZIONE

Il problema delle cadute nell'anziano è rilevante non solo per frequenza e gravità degli esiti nel caso di fratture, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona, infatti la sola insicurezza legata alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Obiettivo di questo lavoro è indagare la frequenza delle cadute tra gli ultra64enni brindisini e misure l'adesione alle misure di prevenzione.

MATERIALI

L'indagine è stata svolta con l'ausilio del sistema di sorveglianza "PASSI d'Argento": sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni. Il campione è stato selezionato su base volontaria, ed ha una rappresentatività Regionale ed una significatività posta al 5%. Il campione è di 1.200 individui, intervistati nel periodo 2016/17. Le informazioni sono raccolte in maniera anonima tramite intervista telefonica, svolte da operatori addestrati. I dati sono stati analizzati utilizzando il software STATA.

RISULTATI

Nel biennio 2016-2017 il 12% (9% dato nazionale e 20% dato regionale) degli intervistati ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista. Di questi il 42% (18% Italia e 53% Puglia) ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero di almeno un giorno.

Le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età (10% fra il 65-74enni, 16% fra gli ultra 85enni) e fra le donne (141% vs 11% negli uomini). Rilevante il gradiente sociale che mostra una quota più elevata cadute fra le persone con molte difficoltà economiche.

Le cadute avvengono all'interno della casa 66%, in strada 30%, in giardino 4%. Tuttavia la casa non è percepita dagli anziani come un luogo a rischio di cadute: solo 1 intervistato su 3 la reputa un luogo in cui è alta/molto alta la probabilità di avere un infortunio. Questa consapevolezza cresce con l'età, è maggiore fra le donne, fra le persone con molte difficoltà economiche o bassa istruzione. Il 62% degli intervistati riferisce di adottare il tappetino come presidio anticaduta nell'uso della vasca da bagno; tuttavia solo il 68% degli intervistati ricorre all'uso di almeno uno dei presidi anticaduta in bagno.

Ancora troppo bassa sembra l'attenzione degli operatori sanitari al problema delle cadute degli anziani: solo il 24% degli intervistati dichiara di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario su come evitare le cadute.

CONCLUSIONI

Alla Puglia viene assegnata la maglia nera per le cadute per tanto gli operatori sanitari pugliesi devono intervenire maggiormente nel contribuire a ridurre il rischio intervenendo sui fattori modificabili.

Progettare gli spazi dell'emergenza: data analysis sull'organizzazione, i dimensionamenti e accessi annui di casi studio italiani per il predimensionamento ottimale dell'area del Pronto Soccorso

M. BUFFOLI, M. GOLA, A. MORGANTI, S. CAPOLONGO
Dipartimento ABC, Politecnico di Milano

INTRODUZIONE

Nell'organizzazione del reparto del Pronto Soccorso (PS), un elemento fondamentale è la suddivisione in moduli per ambiti di tipologia e competenza e, indipendentemente dal livello di assistenza fornito.

A partire da ciò vengono valutati tutti i percorsi e i collegamenti che ci devono essere tra i moduli. Gli aspetti imprescindibili nel progetto degli spazi sono:

- accessi differenziati dei pazienti barellati e deambulanti;
- accettazione degli utenti attraverso il triage;
- distinzione tra le zone destinate all'emergenza e all'urgenza;
- collegamenti diretti con le aree funzionali sanitarie correlate al PS;
- stazionamento dei pazienti e/o in attesa di ricovero;
- dimissione o avvio del percorso di continuità assistenziale.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'analisi di layout di diversi PS – considerati best practices – di ospedali italiani (6 casi studio con accessi annui compresi tra 35.000 e 70.000, 6 tra 70.000 e 100.000, e 4 tra 100.000 e 130.000), compresi anche di DEA di I e II livello. I casi studio sono stati comparati attraverso una serie di criteri di analisi puntuali a partire dal dimensionamento in metri quadri, il numero di locali e box visita, e le relazioni funzionali e spaziali con le aree sanitarie di riferimento al dipartimento di emergenza per poter sviluppare delle considerazioni sui trend di progettazione, organizzazione e dimensionamenti rispetto ai volumi di attività erogate.

RISULTATI

L'analisi e la comparazione dei casi studio ha permesso di definire i trend principali presenti in Italia evidenziando, in particolare, le seguenti tematiche: modello organizzativo (per codice di priorità o di intensità di cura); dimensionamento delle aree di attesa interne ed esterne; numero delle postazioni e box, e ambulatori; spazi operativi correlati all'emergenza, quali le aree di decontaminazione, la camera calda, l'Osservazione Breve Intensiva, ecc.; la distanza e i principali dati relativi al blocco operatorio per emergenze, il dipartimento di emergenza, la terapia intensiva, la diagnostica per immagini ecc.

CONCLUSIONI

Alla luce dei trend progettuali, organizzativi e gestionali, e dei dimensionamenti dell'area del PS attraverso i volumi di attività, il seguente studio – attraverso un data analysis – ha permesso di definire i dimensionamenti ottimali, stimando il trend di superficie medio in funzione per gli accessi annuali, e il numero di postazioni di shock room, box e ambulatori utili per il predimensionamento di un'area di PS.

Prossimo step del lavoro di ricerca è quello di indagare il dimensionamento e numero di postazioni, a partire dai volumi di attività, delle aree che compongono il DEA.

Simulazione fluidodinamica all'interno di sale operatorie per migliorare la qualità dell'aria e prevenire le infezioni del sito chirurgico

G. MESSINA ¹, G. SPATARO ², M. TARRONI ³, L. CATARSI ³, G. CEVENINI ²

(1) Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena (2) Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Università degli Studi di Siena (3) Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena

INTRODUZIONE

Una ventilazione della sala operatoria e una filtrazione dell'aria adeguate sono importanti misure per prevenire le infezioni del sito chirurgico e ridurre conseguentemente le degenze e la spesa sanitaria. Al fine di identificare come cambiamenti nel sistema di aerazione possano influenzare la qualità dell'aria nelle sale operatorie, è necessario condurre ricerche specifiche al loro interno. Questo studio punta a verificare come un dispositivo mobile di filtrazione dell'aria possa incidere sulla qualità dell'aria a seconda del suo posizionamento.

MATERIALI E METODI

È uno studio descrittivo condotto durante i mesi di Aprile e Maggio 2018 presso il Policlinico "S.Maria Alle Scotte" di Siena. Abbiamo misurato i flussi aerei attraverso le bocchette sia della sala operatoria che di un innovativo strumento mobile di filtrazione dell'aria, comprendente un reattore cristallino UVC brevettato e un filtro HEPA. Tramite un program-

ma di simulazione CAD 3D (SolidWorks 2017) all'interno del quale è stata ricostruita la sala, abbiamo simulato le interazioni tra flussi d'aria.

RISULTATI

Lo strumento ha influenzato con successo la dinamica dei flussi originariamente generata dal sistema d'aerazione della sala. Le simulazioni hanno mostrato che se il dispositivo veniva posto a ridosso della parete e orientato con la ripresa verso l'ingresso della sala e l'emissione verso il tavolo operatorio, l'aria poteva entrare dall'esterno poiché il flusso in ingresso prevaleva su quello dovuto al gradiente pressorio tra sala e ambienti circostanti. Se lo strumento invece veniva posizionato presso il centro della sala, orientando la ripresa verso il tavolo operatorio e il flusso in uscita verso l'ingresso, all'apertura della porta prevaleva il flusso d'aria verso l'esterno, potenziando la capacità di allontanamento degli agenti contaminanti.

CONCLUSIONI

Differenti posizionamenti del dispositivo mobile, generanti flussi extra di aria filtrata all'interno di sale operatorie, potrebbero avere un impatto significativo sulla fluidodinamica; quest'ultima, a sua volta, influenzare aspetti critici dell'outcome chirurgico. Al fine di perfezionare l'efficienza, la scelta di posizione e orientamento dello strumento dovrebbero essere supportate da misurazioni ambientali specifiche per sala.

La mobilità passiva nella ASP di Catanzaro

V. TETI ¹, L. RIZZO ², A. DI MAIO ³

(1) ASP di Catanzaro (2) Regione Calabria (3) 3M Health Information Systems Div.

INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'assistenza ai cittadini iscritti presso le aziende sanitarie della propria Regione di residenza: il cittadino può esercitare il diritto di essere assistito anche in strutture sanitarie di Regioni diverse. Con il finanziamento dei Servizi Sanitari Regionali si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelle di residenza, fenomeno descritto come mobilità sanitaria interregionale.

La finalità del presente lavoro è l'approfondimento del fenomeno della mobilità passiva ospedaliera dei cittadini dell'area di Catanzaro, mediante l'analisi dettagliata relativa alla mobilità passiva dell'anno 2017.

MATERIALI E METODI

L'analisi ha utilizzato la base dati delle schede di dimissione ospedaliera sulla mobilità extraregionale dell'anno 2017 che contiene i ricoveri ospedalieri in regime ordinario e in day hospital erogati, in altre regioni, a cittadini residenti nell'ASP di Catanzaro ed è stata condotta con l'ausilio di un software della 3M™ arricchisce la reportistica standard sul case-mix basata sul sistema CMS DRG attraverso:

Indicatori sulla qualità della codifica delle SDO (3M™ DQE).

Analisi della casistica in relazione al sistema di classificazione 3M™ APR-DRG

RISULTATI

Gli archivi informatici contengono 6.532 dimessi. La degenza media dei ricoveri acuti risulta pari a 6,54 con peso medio DRG di 1,50. Il numero medio di Diagnosi codificate è pari a 2,24, il numero medio di procedure codificate è pari a 2,93.

I ricoveri ordinari acuti sono stati classificati, in base al valore del peso DRG, in bassa specialità, media specialità, alta specialità e altissima specialità. La distribuzione dimostra che la maggior parte dei ricoveri risultano distribuiti tra i dimessi ordinari di media e bassa specialità.

L'analisi dell'attività in Day Hospital per acuti evidenzia 1.665 dimessi con un numero medio di accessi pari a 1,79 e un peso medio DRG di 0,8; il 56,34% è rappresentato da DRG a rischio di inappropriately.

In base al sistema APR-DRG il 71% ha una severità della malattia minore. Su 6.532 SDO 1.640 presentano errori di codifica (il 25%) e di queste un terzo potrebbe essere correlato a sovracodifiche

CONCLUSIONI

L'analisi della casistica spesso riguarda ricoveri di bassa complessità e severità che potrebbero essere soddisfatte nei presidi ospedalieri regionali.