

ANMDO 41^o

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere



ABSTRACT
CONTRIBUTI SCIENTIFICI

GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI, ATTORI

PARMA 30 Settembre - 2 Ottobre 2015

41° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

GOVERNARE E DECIDERE IN SANITÀ: AUTORI, REGISTI, ATTORI

Parma, 30 Settembre - 2 Ottobre 2015

CONFRONTO TRA METODO BIOLUMINOTETRICO E CONTA DELLE COLONIE AEROBICHE NEL VALUTARE LA SANIFICAZIONE DELLE SUPERFICI IN AMBITO SANITARIO

Raia Daniele Domenico¹, Cannova Lucia¹, Provenzano Sandro¹, Bonanno Valentina¹, Aprea Luigi², Firenze Alberto^{1,2}

¹ Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo; ² Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario Paolo Giaccone, Palermo

Parole chiave: bioluminescenza, sanificazione, infezioni assistenza correlate

Introduzione: la presenza di superfici contaminate in ambito sanitario è correlata all'aumentato rischio di infezioni associate all'assistenza (healthcare associated infections, HAIs), in quanto costituiscono serbatoio ambientale per gli agenti patogeni. Il monitoraggio dell'efficacia dei processi di sanificazione risulta pertanto cruciale allo scopo di ridurre tale rischio, e la ricerca di un metodo affidabile, economico e rapido è tutt'ora in fase di studio.

Obiettivi: lo scopo di tale studio è stato quello di valutare l'affidabilità di un metodo bioluminometrico basato sulla rilevazione dell'adenosina trifosfato (ATP), come alternativa rapida ed economica alla conta microbiologica delle colonie di batteri aerobi (Aerobic Colony Count, ACC), considerato attualmente il gold standard nella rilevazione della contaminazione delle superfici.

Materiali e Metodi: 614 superfici sono state campionate in modo random in tutte le unità operative dell'ospedale Policlinico Paolo Giaccone dell'Università degli Studi di Palermo, tramite prelievo di un tampone specifico per entrambe le metodiche. Le misurazioni sono state successivamente analizzate tramite il modello di regressione lineare ed il calcolo del coefficiente di correlazione di Pearson.

Risultati: il valore mediano dell'ACC di tutte le superfici campionate è risultato pari a 1,71 Unità Formanti Colonie (Colony Forming Units, CFU)/cm² (range interquartile IQR = 3,8), mentre il corrispettivo valore mediano bioluminometrico ammonta a 59,9 Relative Light Units /cm² (RLU/cm²; IQR = 128,3). Il coefficiente di Pearson R² è pari a 0,09.

Conclusioni: in base ai risultati di tale studio, non sembra esistere una correlazione lineare sufficientemente forte e significativa tra la conta ACC ed i valori bioluminometrici di ATP; pertanto l'impiego della bioluminescenza come fattore predittivo del rischio infettivo non è sufficientemente affidabile. Nonostante le tecniche microbiologiche siano più dispendiose sia in termini di tempo sia di costi economici, esse costituiscono ancora il gold standard per tale genere di valutazione, poiché il rischio di HAIs è maggiormente correlato alla contaminazione delle superfici da parte di agenti patogeni specifici piuttosto che di generico materiale organico rilevato dal bioluminometro.

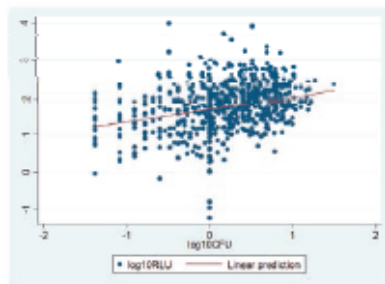


Grafico della regressione lineare tra le trasformate logaritmiche dei valori di ATP ed ACC. Coefficiente di Pearson R² = 0,09 (F-statistic = 64,6; p-value < 0,001).

BENCHMARKING FUNZIONALE E RECIPROCAL LEARNING PER IL BED MANAGEMENT

R. Riente¹, R. Novati², M. Nelli³, R. Appignanesi⁴, S. David⁵, M. Rizzo⁶, A. Piazza⁷, V. Pastorino⁸, A. Pasqualucci⁹, E. Ostorero¹⁰, L. Audisio¹¹, P. Bertoli¹², F. Dinelli¹³

¹ Dirigente Medico D.M.P.O. ASL2 Savonese Presidio Levante; ² Dirigente Medico Direzione Medica Ospedale Regionale di Aosta; ³ Dirigente Medico Direzione Sanitaria EO Ospedali Galliera Genova; ⁴ Direttore Medico di Presidio INRCA-IRCCS Ancona S; ⁵ Direttore Medico di Presidio Madonna del Soccorso ASUR - Area Vasta; ⁶ Dirigente Medico Direzione D.M.P.O. - A.O. "S. Maria" di Terni; ⁷ Sostituto Direttore Sanitario ASL2 Savonese; ⁸ Infermiera Bed Manager P.C.P.S. ASL2 Savonese Presidio Levante; ⁹ Direttore Sanitario Ospedali Riuniti di Rivoli; ¹⁰ Coordinatore Infermieristico Bed Manager Ospedale di Rivoli; ¹¹ Coordinatore Infermieristico Responsabile Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Ospedali Riuniti di Rivoli; ¹² Sostituto Direttore Medico Ospedale F.Tappeiner Merano (Bz) Comprensorio sanitario di Merano - Azienda sanitaria dell'Alto Adige; ¹³ Dirigente Medico S.C. Direzione Medica H Lucca

Parole chiave: bed management

Introduzione: La riduzione dei posti letto per acuti e l'aumento della popolazione anziana dipendente con patologie croniche hanno determinato diverse problematiche tra cui il sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso, il difficile controllo del patient-flow, la dilatazione dei tempi di attesa e l'incremento delle dimissioni difficili con conseguente aumento della degenza media. A seguito delle difficoltà sopracitate, è nato il nostro progetto che prevede il coinvolgimento delle Direzioni Mediche ed Infermieristiche di alcuni Ospedali che in Italia si stanno occupando di gestione metodica e scientifica, nei limiti del possibile, della risorsa posto letto in Ospedale: il cosiddetto Bed Management (BM). Attualmente gli Ospedali coinvolti sono dieci, dislocati in varie regioni e con realtà organizzative differenti. L'obiettivo è imparare dalle diverse realtà ed esperienze, e arrivare quanto più vicino possibile a uno standard condiviso per questa attività che ha rilevanza quotidiana nelle funzioni delle Direzioni Mediche di Presidio.

Materiali e Metodi: Il taglio proposto è di tipo operativo e il metodo è quello delle visite reciproche (benchmarking tra pari) con l'ausilio di una scheda di rilevazione dati formulata e concordata dai partecipanti del gruppo, al fine di consentire la comparazione dei dati tra le varie realtà degli Ospedali coinvolti nel progetto. La scheda descrive in dettaglio le attività dell'Ospedale inerenti la gestione dei posti letto ed in particolare cerca di analizzare tutte le componenti strutturali, organizzative e funzionali di BM. L'Ospedale in esame viene sottoposto ad audit attraverso l'osservazione e conseguente compilazione del questionario. Dopo la prima visita nell'Ospedale di Lucca, capofila del progetto dove è stato testato il modello, si è predisposto un calendario di visite nei vari Ospedali a cui afferiscono i componenti del gruppo. Ogni realtà ospedaliera verrà visitata da almeno un rappresentante di ogni Ospedale facente parte del progetto. Dopo ogni audit di BM viene elaborata una relazione di sintesi con i punti di forza e di debolezza dello stesso, oltre che i suggerimenti per il miglioramento. A seguito verranno analizzati i dati ottenuti e formulata una proposta riassuntiva e condivisa di un modello standard di BM ed un set di indicatori di efficacia del sistema, applicabile negli Ospedali partecipanti e ad altre realtà italiane che vorranno aderire al progetto. Il gruppo ha inoltre in programma di costituire un'associazione alla quale, inizialmente, aderiranno i componenti degli Ospedali attualmente coinvolti.

Risultati: Ad oggi è stato effettuato un solo audit, nell'Ospedale San Luca di Lucca. Il gruppo si è impegnato a concludere gli audit presso gli altri Ospedali entro fine anno. Al termine degli audit le relazioni di sintesi saranno raccolte, confrontate ed elaborate e, a completamento dell'attività svolta, sarà organizzato un convegno di presentazione dei risultati, per il quale sarà richiesto il patrocinio di alcune società scientifiche di riferimento.