

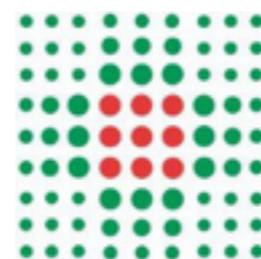
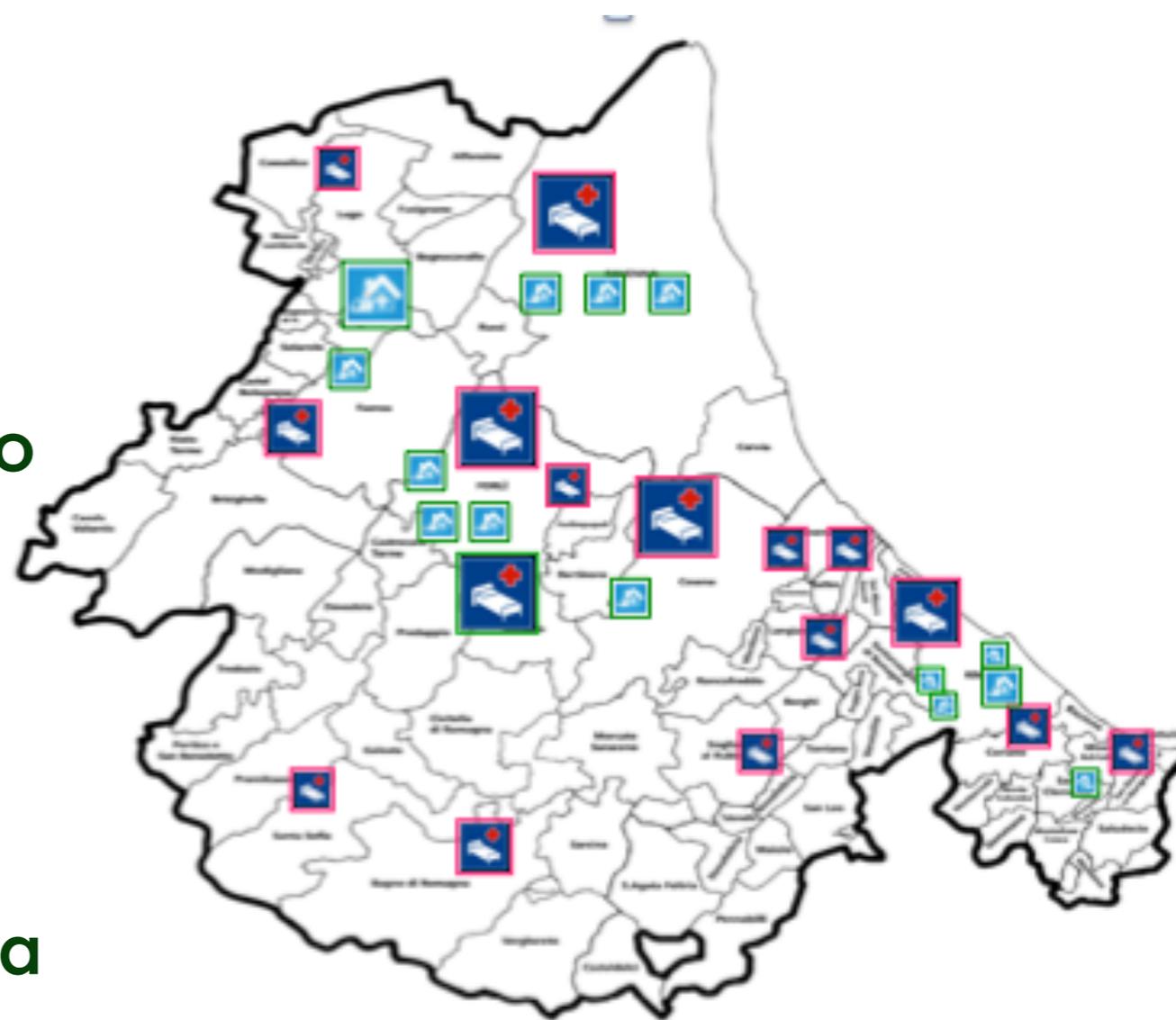


SPIAR

Sicurezza nella cura

AUSL della Romagna

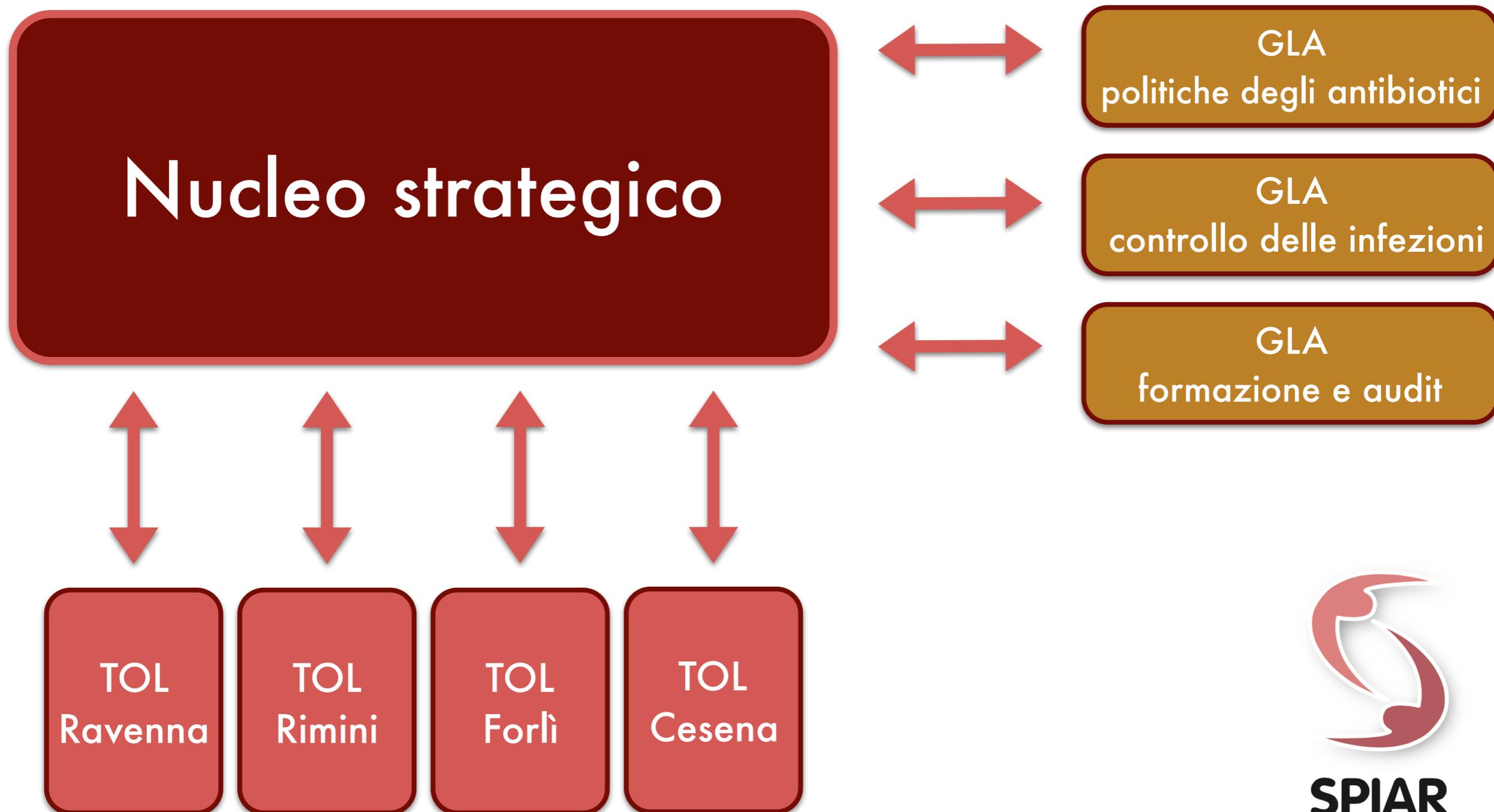
- Nata nel 2014
- Popolazione: 1.200.000 abitanti,
- di cui 300.000 >65 anni
- 74 comuni
- 14 Ospedali con 3000 posti letto
- 14 Strutture accr/conv con 1500 posti letto
- 1 IRCCS con 64 posti letto
- No Università
- Laboratorio Unico di Pievesestina
- 2 UOC di M infettive
- 48 NCP di cui 25 CS e 740 MMG



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

SPIAR

Struttura di Programma per la gestione del rischio Infettivo e uso responsabile degli Antibiotici nell'azienda USL della Romagna



Mal Infettive	ISRI	Farmacia	Micro biologia	Rischio clinico Med Legale
Spedalità Privata	Cure Primarie	Direzione Medica	Biostatistico	Sanità Pubblica





 Regione Emilia-Romagna



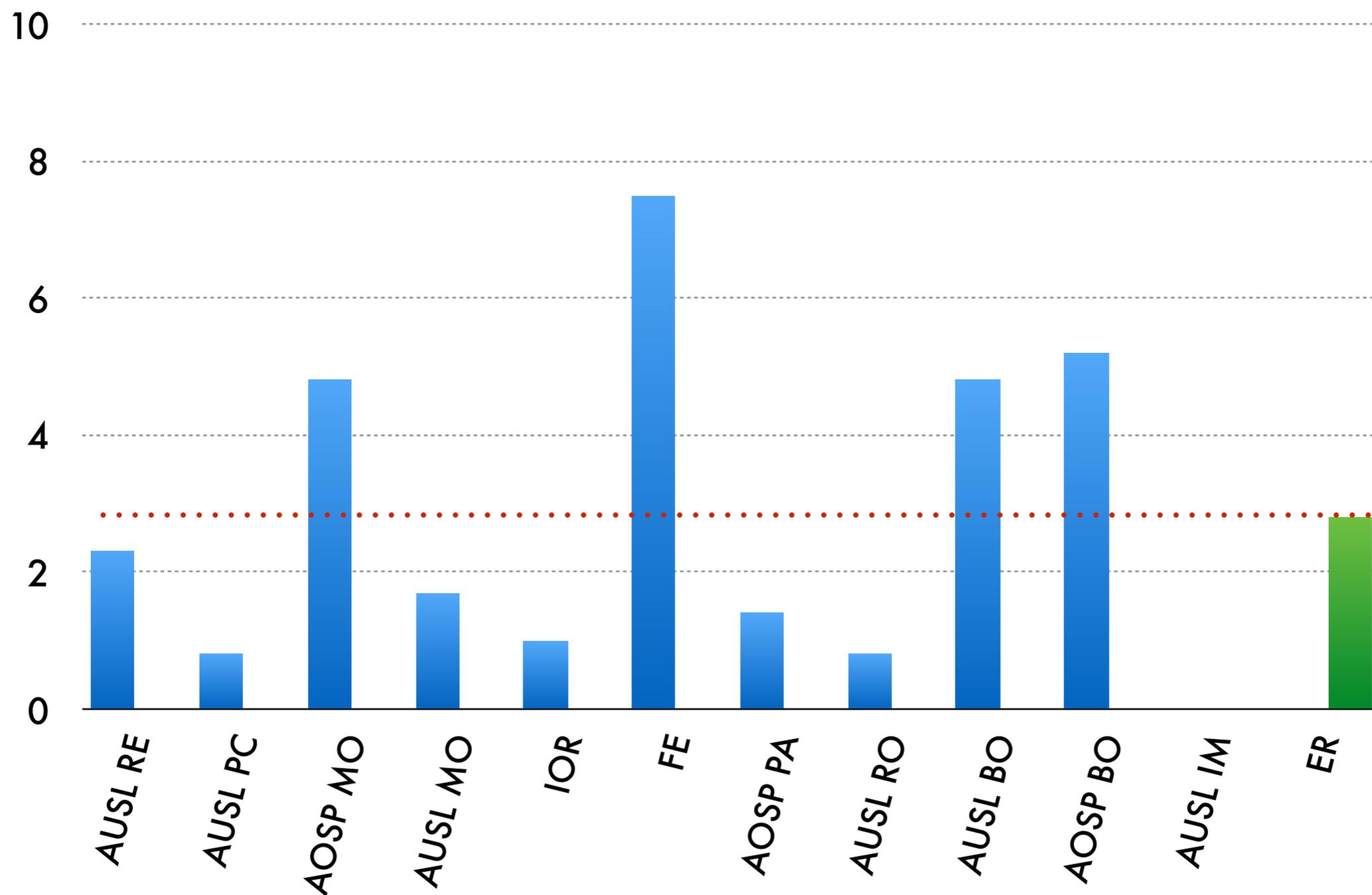
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

**Indicatori per valutare
le Aziende sanitarie
relativamente
ai programmi di gestione
del rischio infettivo
Rapporto Emilia-Romagna 2018**

Punteggio ICALIN totale e per area delle Aziende regionali (Emilia-Romagna 2018)

Azienda sanitaria	Punteggio ICALIN				
	Globale	Area organizzazione	Area sorveglianza	Area controllo	Area formazione
AUSL PR	42	27	9	6	0
AOU BO	54	28	9	8	9
AUSL BO	58,5	39,5	9	8	2
AOU PR	60	41	8	6	5
AUSL Imola	60	38	9	8	5
AOU FE	61	36	9	8	8
AUSL RE	63	38	9	8	8
AOU MO	64	38	9	8	9
AUSL PC	64	38	9	8	9
IOR	65	39	9	8	9
AUSL FE	66	42	9	7	8
AUSL MO	68	42	9	8	9
AUSL Romagna	71	46	9	8	8
<i>mediana RER</i>	<i>63</i>	<i>38</i>	<i>9</i>	<i>8</i>	<i>8</i>
<i>punteggio massimo</i>	<i>72</i>	<i>46</i>	<i>9</i>	<i>8</i>	<i>9</i>

9. PERSONALE ATTIVO/NOMINATO NEL GRUPPO (FTE/1000 PL)



Italia 2015

201.584 infezioni

10.762 decessi

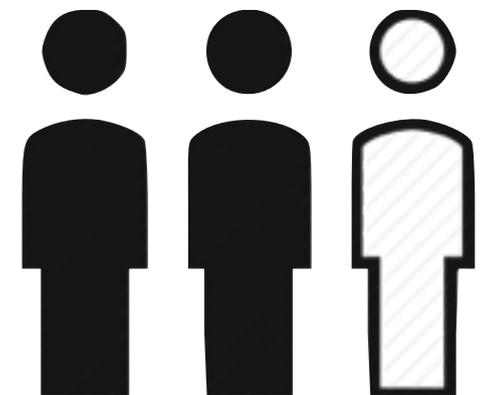
2800 Ecoli ESBL

2500 KPC+ C

2000 MRSA

1000 ACIBAU R

1000 PsMDR



AUSL Romagna 2017

	n° casi 2017	Mortalità	Mortalità in eccesso stimata
CDI	559	10%	55
Batteriemia ESBL-	970	10%	
Batteriemia ESBL+	381	16%	23
KPC	57	30%	10
Batteriemia MSSA	569	16%	
Batteriemia MRSA	131	24%	10
tot			98

AUSL Romagna 2017

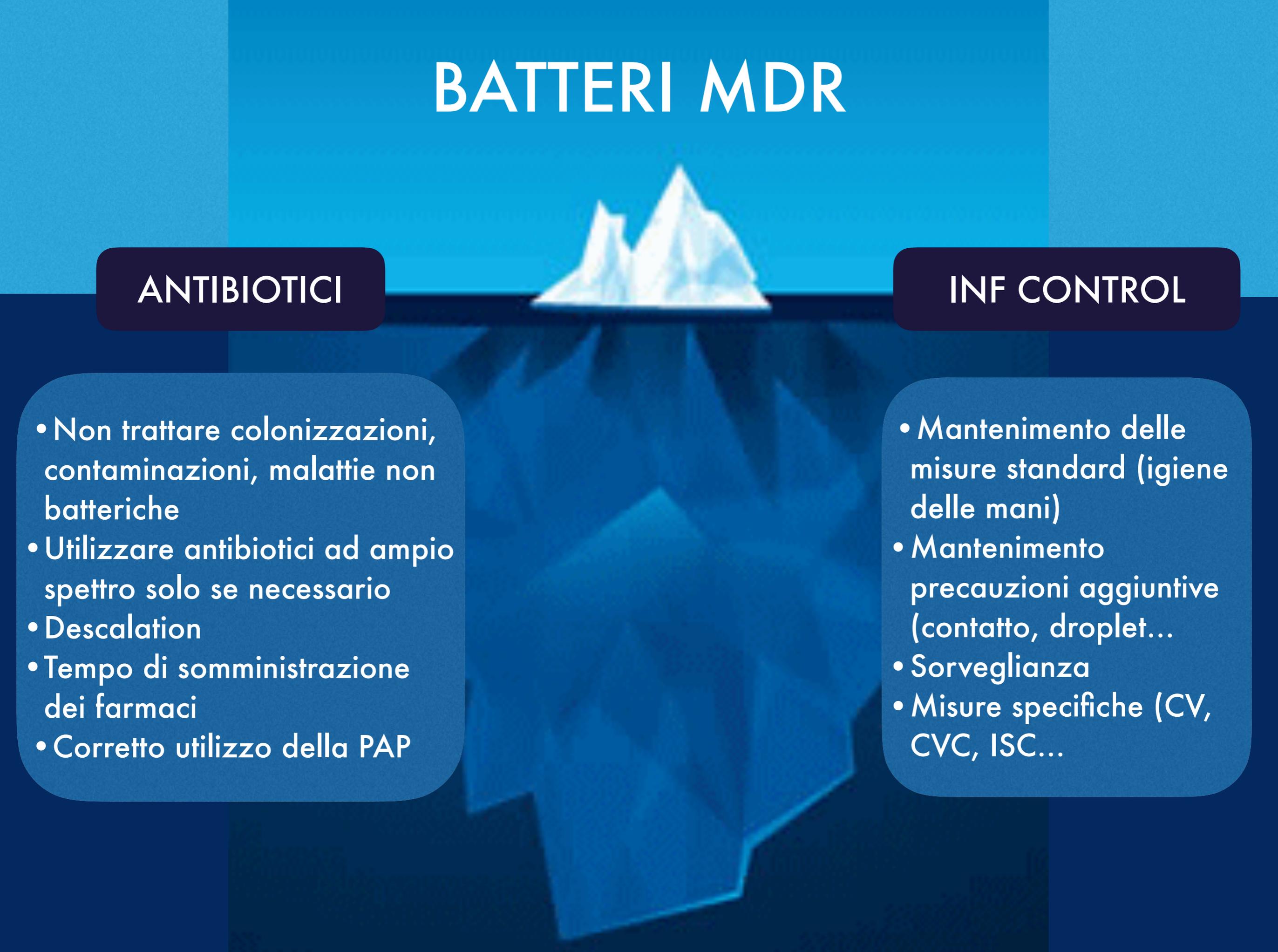
	n° casi 2017	Costo/ infezione	Costo aggiuntivo/ infezione	Costo aggiuntivo totale
CDI	559 (circa 50% ricoverati)	9.000	9000	2.500.00
Batteriemia ESBL-	970	4000		
Batteriemia ESBL+	381	7000	3000	1.143.000
KPC	57	12000	8000	456.000
Batteriemia MSSA	569	9000		
Batteriemia MRSA	131	12000	3000	393.000
tot				4.492.000

AUSL Romagna 2017

- Costo del contenzioso per le ICA in AUSL della Romagna è di circa 1 mil euro/anno concentrato prevalentemente in Ortopedia



BATTERI MDR

An iceberg floating in the ocean, with only the tip visible above the water surface. The tip is white and jagged, while the vast majority of the iceberg is submerged and dark blue, illustrating the concept of Multiple Drug Resistant (MDR) bacteria where the visible part is the tip of the iceberg and the submerged part is the much larger, hidden population.

ANTIBIOTICI

- Non trattare colonizzazioni, contaminazioni, malattie non batteriche
- Utilizzare antibiotici ad ampio spettro solo se necessario
- Descalation
- Tempo di somministrazione dei farmaci
- Corretto utilizzo della PAP

INF CONTROL

- Mantenimento delle misure standard (igiene delle mani)
- Mantenimento precauzioni aggiuntive (contatto, droplet...)
- Sorveglianza
- Misure specifiche (CV, CVC, ISC...)

Obiettivi Budget SPIAR 2020

- DIPARTIMENTI INTERNISTICI, EMERGENZA URGENZA (Medicina d'Urgenza), DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE

1. Aderenza al progetto az.le di antimicrobial stewardship denominato "antibiotico perchè":
 - prevalenza media aderenza al progetto >70%
 - prevalenza media agli schemi di trattamento proposti >65%
2. Consumo del gel idroalcolico >20 l/1000 gg di degenza
3. Partecipazione superiore al 50% dei dirigenti medici alla formazione specifica annuale sulla terapia antibiotica

- DIPARTIMENTI CHIRURGICI ED OSTEOARTICOLARE

1. Utilizzo di profilassi antibiotica perioperatoria oltre le 24 h <10%.
2. Orario di somministrazione della PAP conforme >60%
I dati verranno rilevati mediante indagini di prevalenza.
3. Consumo del gel idroalcolico >20 l/1000 gg di degenza
4. Aderenza alla sorveglianza SChER >75% degli interventi chirurgici da sorvegliare.
5. Partecipazione superiore al 70% dei dirigenti medici alla formazione specifica annuale sulla terapia antibiotica

- MEDICI DI MEDICINA GENERALE E MEDICINA DI COMUNITA'

1. Consumo giornaliero di farmaci antibiotici totali x 1000 residenti <17 DDD
2. Consumo giornaliero di fluorchinoloni x 1000 residenti < 1,7 DDD
3. Consumo giornaliero di fluorchinoloni in donne di età 20-59 anni x 1000 residenti < 1,2 DDD
(eventuale adeguamento linee di programmazione regionale)
4. Incontri formativi con i MMG nei NCP insieme agli Specialisti Ospedalieri (almeno 2 per ambito)

- CRA

1. Formalizzazione di una rete di referenti per il rischio infettivo in ogni CRA
2. Consumo del gel idroalcolico >5 l/1000 gg effettive di presenza
3. Incontri formativi con la rete dei referenti (almeno 2 per ambito)





SPIAR
Sicurezza nella cura

Antibiotico, perché ?

PPS 2016

(studio di prevalenza europeo sulle infezioni correlate all'assistenza e l'uso degli antibiotici negli ospedali per acuti)



Nell'AUSL della Romagna

- il **48** %dei pazienti ricoverati (953) assumeva terapia antibiotica





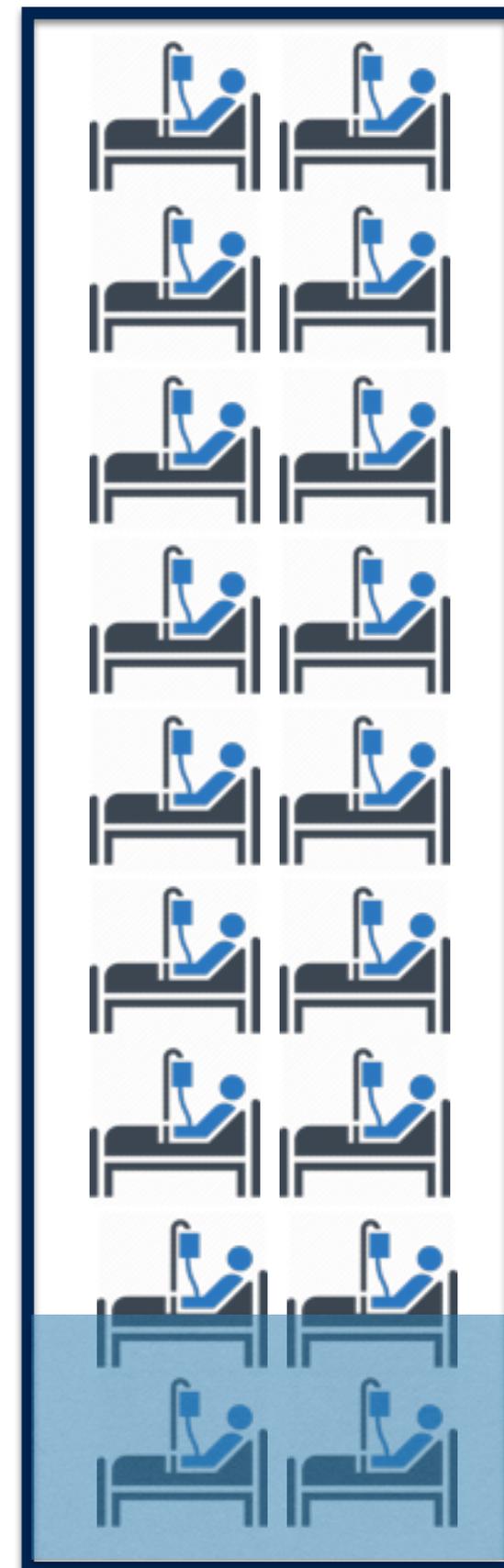
SPIAR
Sicurezza nella cura



CREATED BY VECTORPORTAL.COM



1000
pazienti

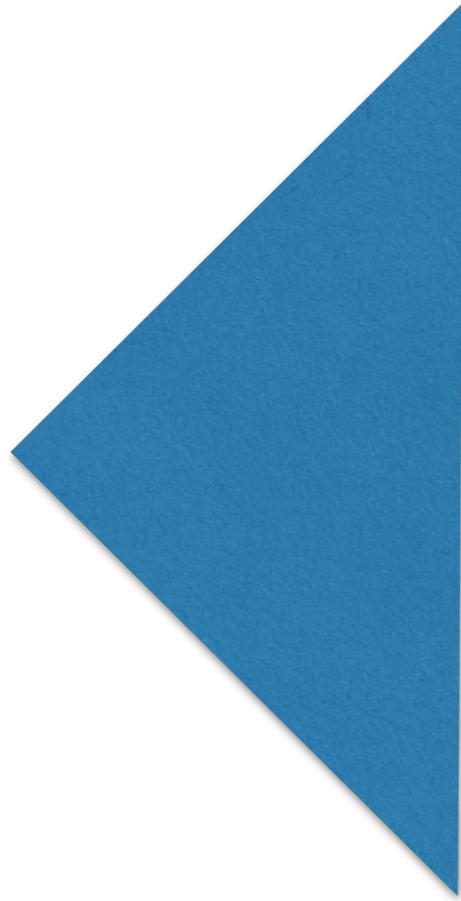




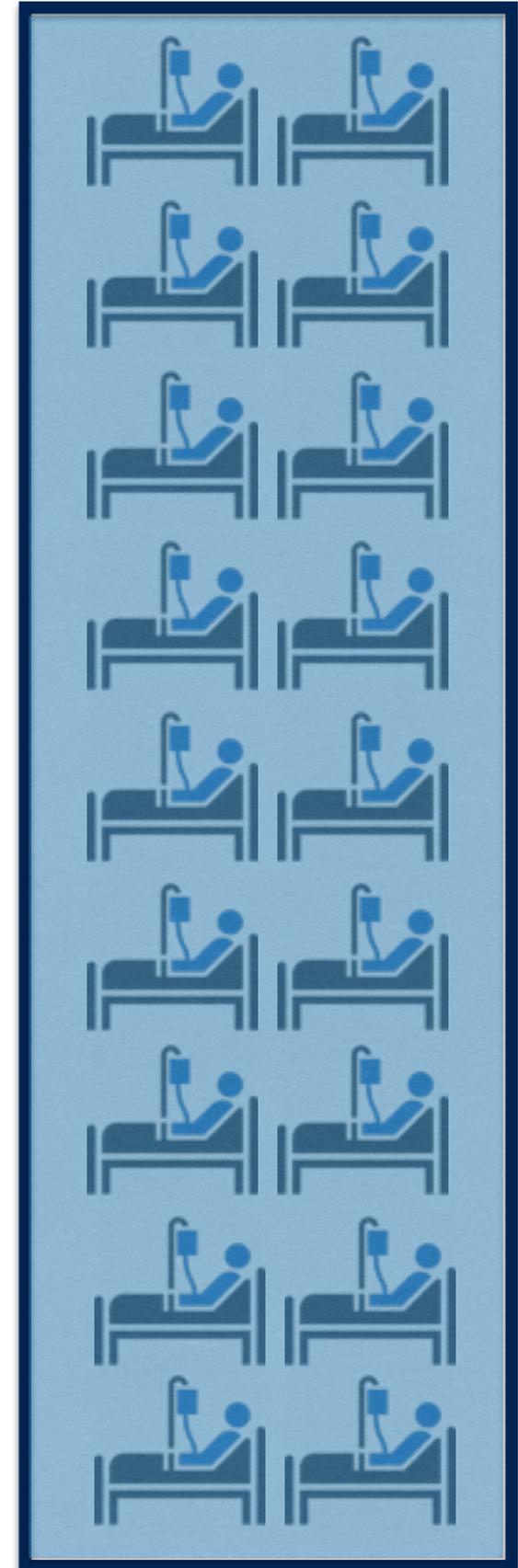
SPIAR
Sicurezza nella cura



CREATED BY VECTORPORTAL.COM



1000
pazienti



Punti generali da condividere

- Gravità
- Fattori di rischio per MRSA
- Fattori di rischio per germi Gram - MDR
- Fattori di rischio per candida
- Durata dei trattamenti
- Allergie



Antibiotico, perché ?

Punti chiave

- Sensibilizzare i clinici all'uso razionale della terapia antibiotica
- Circostanziare in cartella le ragioni dell'uso dell'antibiotico
- Sforzo diagnostico prima di prescrivere una terapia antibiotica e prima di cambiare una terapia antibiotica



Antibiotico, perché ?

SCHEMA 3: TERAPIA EMPIRICA DELLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

		1 scelta	2 scelta/allergia	Durata
UROSEPSI (qSOFA>2)	Senza FR per ESBL+	Piperacillina- tazobactam ev 4,5gr ogni 6h	Ciprofloxacina ev 400 mg ogni 8 h + Amikacina ev 15-20 mg/kg ogni 24h	10g
	Con FR per ESBL+	Meropenem ev 1gr ogni 8h	Aztreonam ev 2g ogni 8 h + Amikacina ev 15-20mg/kg ogni 24h Se disponibile allergologo contattarlo per prove allergiche ed eventuale challenge a meropenem Se NON disponibile allergologo, continuare con la terapia empirica fino all'esito degli es colturali	10g

MESSAGGI CHIAVE:

- Eseguire urinocoltura, es urine e due set di emocolture prima di iniziare la terapia antibiotica
- Se presenti calcoli con idronefrosi, richiedere visita urologica: la disostruzione del calcolo dovrebbe avvenire subito dopo l'inizio della terapia antibiotica
- Rivalutare la terapia antibiotica sulla base dell'antibiogramma
- Alla normalizzazione della curva termica considerare a trattamento per os, se possibile non utilizzare fluorchinoloni, ma in base ad antibiogramma cotrimoxazolo, amoxicillina, cefixima...
- Valutare sospensione Amikacina dopo 3 giorni di trattamento se buona risposta clinica; aggiustamento posologico in caso di alterata funzionalità renale



SCHEMA 6: TERAPIA EMPIRICA DELLE INFEZIONI INTRADDOMINALI

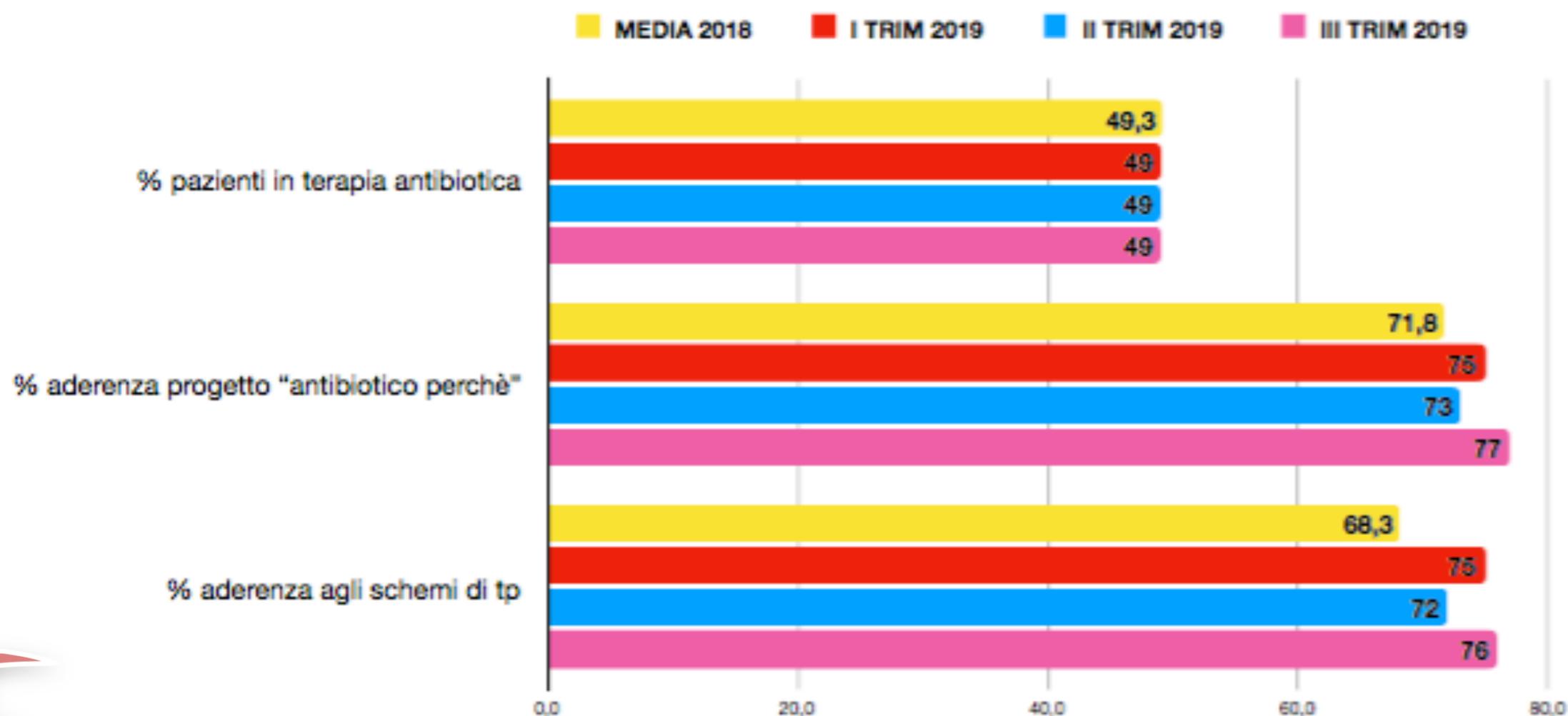
		1 scelta	2 scelta/allergia	Durata
INFEZIONI VIE BILIARI COLANGITE COLECISTITE (qSOFA<2)	Senza FR per ESBL+	Ceftriaxone ev 2g ogni 24 h + Metronidazolo ev 500 mg ogni 8h	Ciprofloxacina ev 400 mg ogni 12h + Metronidazolo ev 500mg ogni 8h	4-7gg
	Con FR per ESBL+	Piperacillina-tazobactam ev 4.5g ogni 6h	Tigeciclina ev 100mg come dose di carico, poi 50mg ogni 12h + Ciprofloxacina ev 400 mg ogni 12h	4-7g

MESSAGGI CHIAVE:

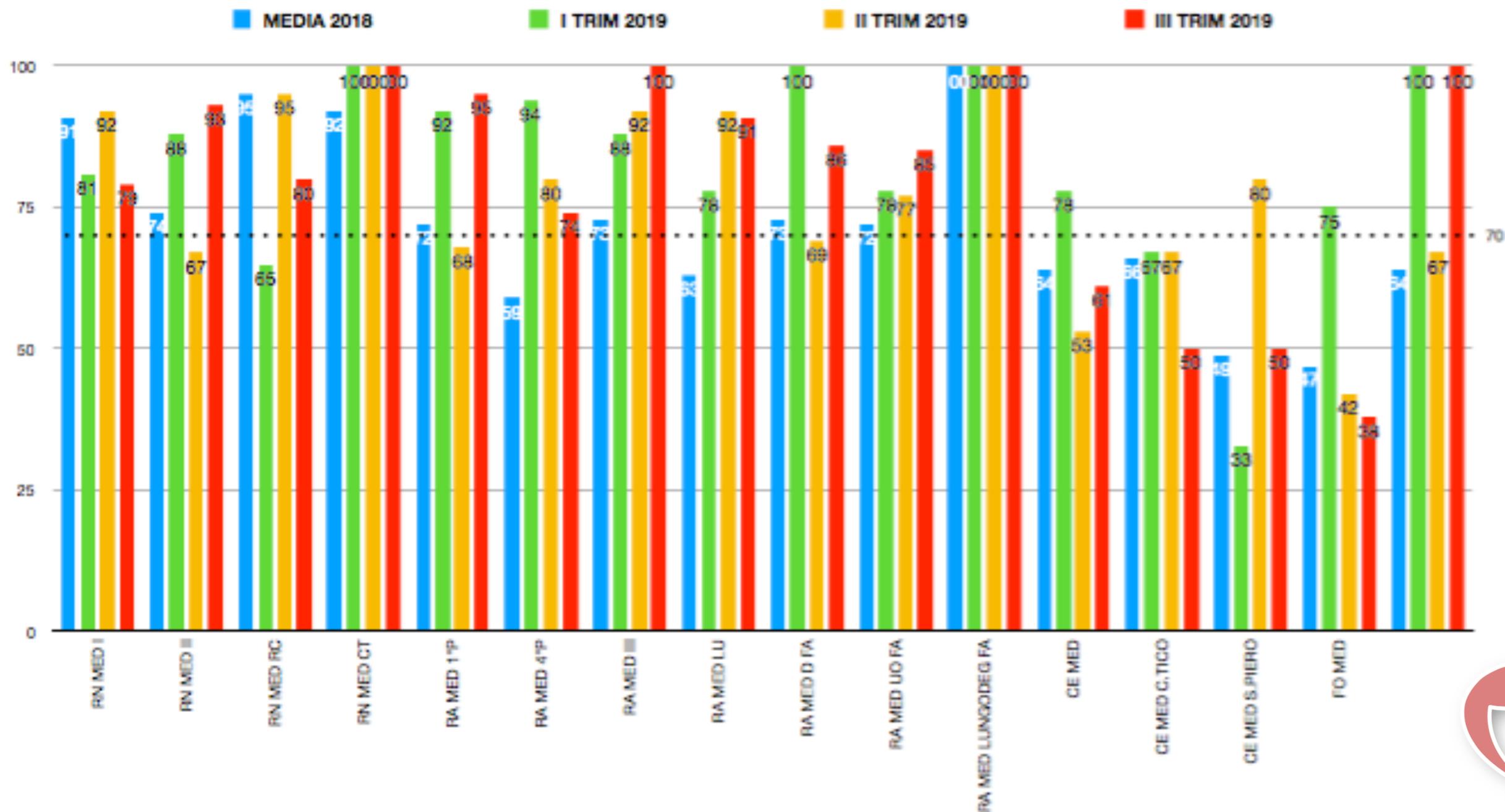
- Nei pazienti con colangite o con colecistite complicata l'adeguato e repentino drenaggio delle vie biliari è associato ad una riduzione della mortalità in modo più significativo rispetto alla corretta terapia antibiotica
- Non protrarre il trattamento oltre i 7 giorni a meno che persista l'ostruzione delle vie biliari o non ci sia un adeguato controllo dell'infezione.



Risultati generali indagine di prevalenza AUSL Romagna 2019



% di aderenza ad "antibiotico perché" nelle UO di medicina dell'AUSL della Romagna



Obiettivi Budget SPIAR 2020

- DIPARTIMENTI INTERNISTICI, EMERGENZA URGENZA (Medicina d'Urgenza), DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE

1. Aderenza al progetto az.le di antimicrobial stewardship denominato "antibiotico perchè":
 - prevalenza media aderenza al progetto >70%
 - prevalenza media agli schemi di trattamento proposti >65%
2. Consumo del gel idroalcolico >20 l/1000 gg di degenza
3. Partecipazione superiore al 50% dei dirigenti medici alla formazione specifica annuale sulla terapia antibiotica

- DIPARTIMENTI CHIRURGICI ED OSTEOARTICOLARE

1. Utilizzo di profilassi antibiotica perioperatoria oltre le 24 h <10%.
2. Orario di somministrazione della PAP conforme >60%
I dati verranno rilevati mediante indagini di prevalenza.
3. Consumo del gel idroalcolico >20 l/1000 gg di degenza
4. Aderenza alla sorveglianza SChER >75% degli interventi chirurgici da sorvegliare.
5. Partecipazione superiore al 50% dei dirigenti medici alla formazione specifica annuale sulla terapia antibiotica

- MEDICI DI MEDICINA GENERALE E MEDICINA DI COMUNITA'

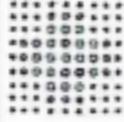
1. Consumo giornaliero di farmaci antibiotici totali x 1000 residenti <17 DDD
2. Consumo giornaliero di fluorchinoloni x 1000 residenti < 1,7 DDD
3. Consumo giornaliero di fluorchinoloni in donne di età 20-59 anni x 1000 residenti < 1,2 DDD
(eventuale adeguamento linee di programmazione regionale)
4. Incontri formativi con i MMG nei NCP insieme agli Specialisti Ospedalieri (almeno 2 per ambito)

- CRA

1. Formalizzazione di una rete di referenti per il rischio infettivo in ogni CRA
2. Consumo del gel idroalcolico >5 l/1000 gg effettive di presenza
3. Incontri formativi con la rete dei referenti (almeno 2 per ambito)



Procedura unica aziendale sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna DIREZIONE SANITARIA	MISURE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO	Rev. 00 del 10/11/2016 PA 21 Pagina 1 di 14
--	--	--

INDICE

N°Cap.	Titolo	pag.
1.	OGGETTO/SCOPO	2
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3.	DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	2
4.	DESCRIZIONE ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	3
5.	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	10
6.	DOCUMENTI COLLEGATI	11
7.	MODALITA' DI VERIFICA E CONTROLLO	12
8.	LISTA DI DISTRIBUZIONE	14

NOV 2016

Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico



DOSSIER 261-2017
ISSN 1591-223X

LUGLIO 2017

Procedura unica aziendale sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico

Area chirurgica
Ospedaliera



- **Profilassi antibiotica**
- **Tricotomia**
- **Controllo glicemico**
- **Normotermia**



SPIAR
Sicurezza nella cura

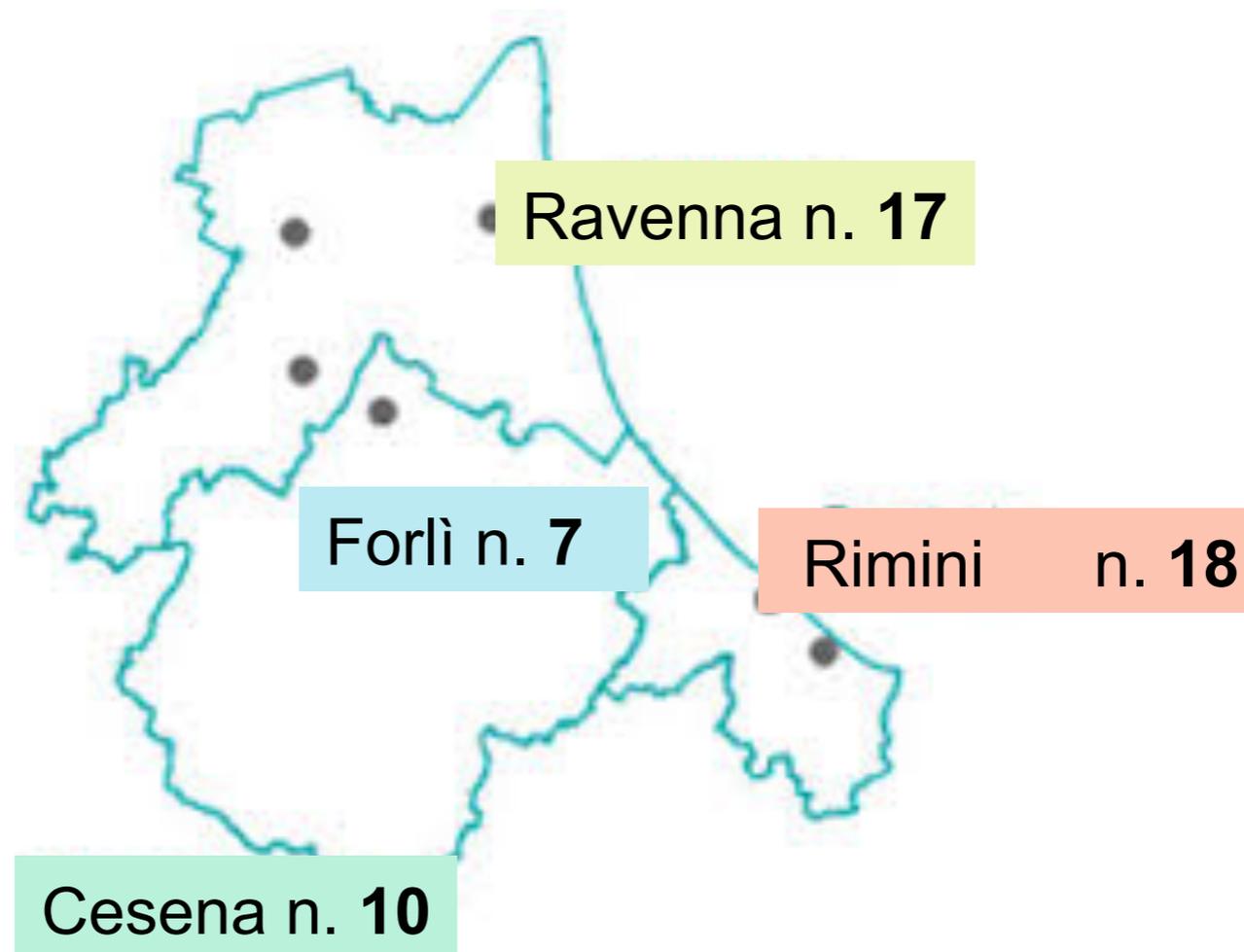
Indagine di prevalenza

- Indagine di prevalenza puntuale
- Raccolta dati in un solo giorno per ogni UO e in totale max di due settimane (4-15 Marzo 2019)
- Rilevatori: ISRI coadiuvati dai referenti rischio infettivo presenti in ogni UO



Setting

Le UU.OO chirurgiche identificate in AUSL Romagna sono risultate n. **52**





PROFILASSI ANTIBIOTICA

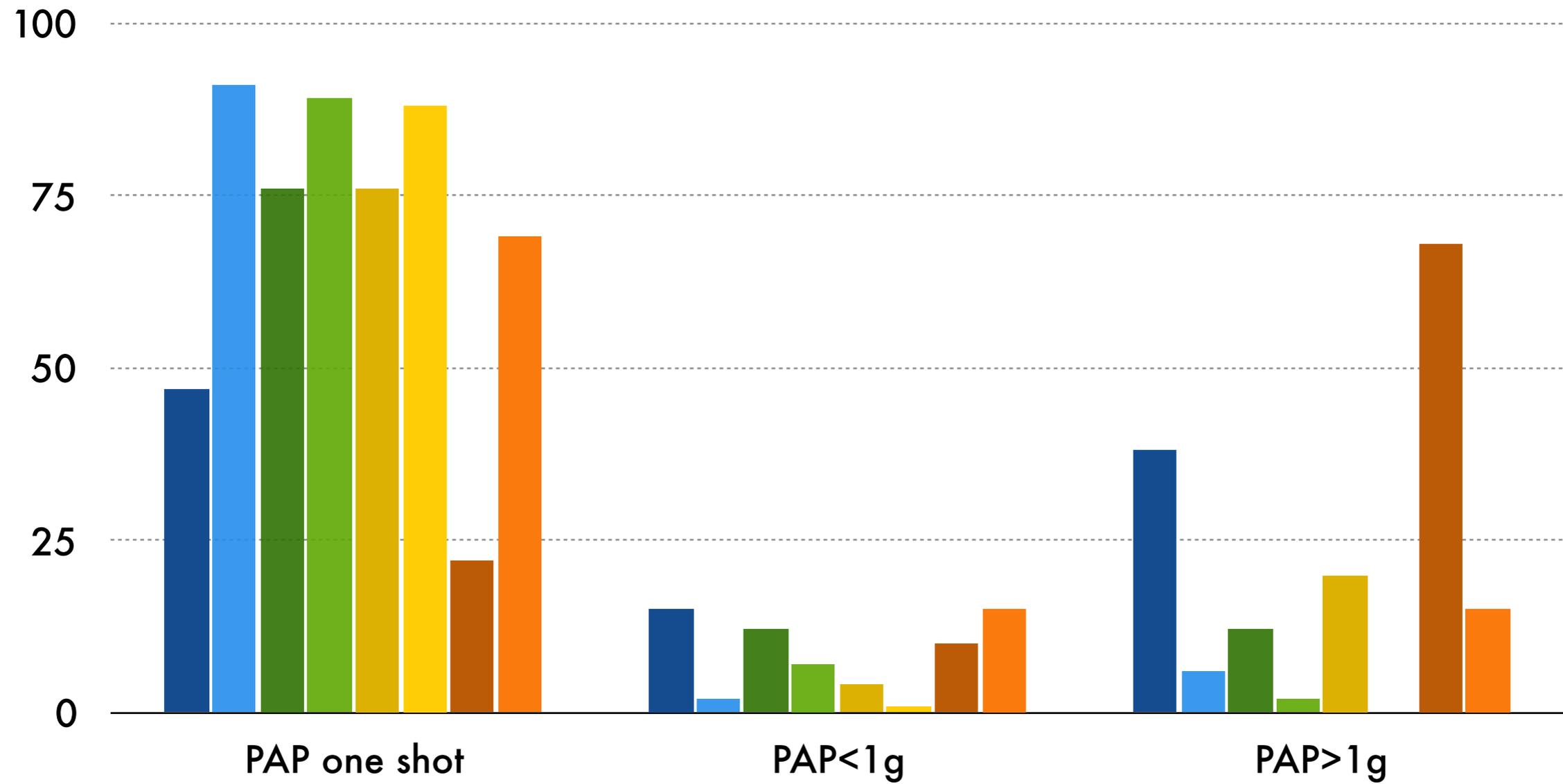


Ambito	Profilassi eseguite/ Profilassi indicate	Molecola conforme/ Profilassi eseguite	Orario di somm.ne tracciato / Profilassi eseguite	Orario di somm.ne conforme / Profilassi con orario tracciato	% di SP1/ Profilassi eseguite	% di SP2/ Profilassi eseguite	% di SP3/ Profilassi eseguite
Cesena	92%	74%	82%	38%	88%	1%	0%
Forlì	91%	82%	68%	41%	69%	15%	15%
Ravenna	87%	80%	91%	42%	91%	2%	6%
Rimini	86%	57%	83%	38%	89%	7%	2%
Totale AVR	89%	73%	81%	40%	84%	7%	7%
VMC	100%	97%	91%	51%	36%	55%	8%
Standard di riferimento	≥ 91%	≥ 91%	≥ 91%	≥ 91%	≥ 91%		<10%

La responsabilità dell'indicazione alla profilassi è del chirurgo, che può decidere di effettuarla anche in casi in cui non è indicato, valutando la sede e l'estensione dell'intervento e restituendo un'adeguata motivazione.

Nella nostra casistica di 420 interventi effettuati, sono stati eseguite 318 PAP su 358 indicate e in 231 casi la PAP risultava conforme alle linee guida.

Confronto 2016-2019



■ RA 16 ■ RA 19 ■ RI 16 ■ RI 19 ■ CE16 ■ CE19 ■ FO 16 ■ FO 19

TRICOTOMIA



Ambito	n. tricotomie eseguite / n. interventi	n. indicazioni mediche / tricotomie eseguite	n. tricotomie eseguite la mattina dell'intervento/ tricotomie eseguite	n. tricotomie eseguite con tricotomo/ tricotomie eseguite
Cesena	33%	7%	52%	52%
Forlì	32%	4%	32%	64%
Ravenna	16%	50%	63%	94%
Rimini	19%	15%	69%	73%
TOTALE	24%	15%	53%	67%
VMC	88%	0%	65%	99%
Standard di riferimento	Tendente 0	≥ 91%	≥ 91%	≥ 91%

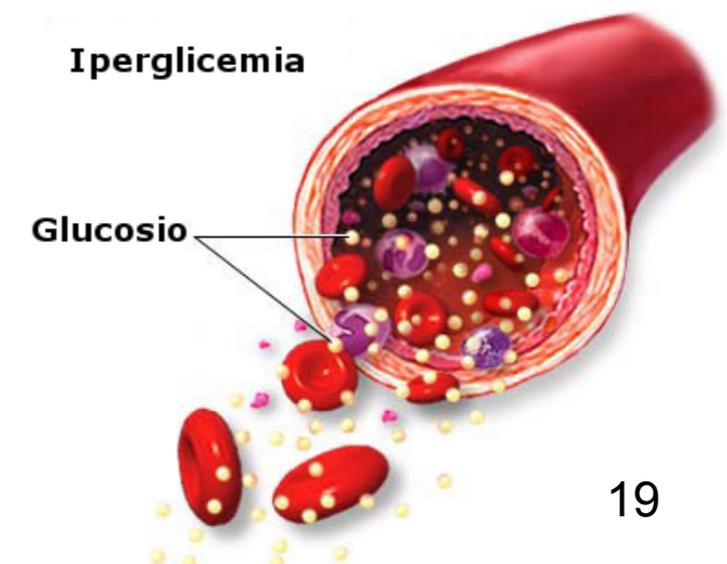


Insieme, *sulle vie della cura*

NORMOGLICEMIA

Ambito	n. glicemie / interventi eseguiti	n. trattamenti ipoglicemizzanti tracciati / n. valori iperglicemici
Cesena	95%	41%
Forlì	96%	59%
Ravenna	97%	75%
Rimini	89%	46%
TOTALE	94%	56%
VMC	98%	100%
Standard di riferimento	≥ 91%	≥ 91%

Insieme, *sulle vie della cura*



NORMOTERMIA



Ambito	Valore di T° presente nel pre-op / n. interventi	n. rilevazioni conformi intra-op / n. interventi che richiedono il monitoraggio della T°	n. rilevazioni conformi post-op / n. interventi che richiedono il monitoraggio della T°	n. rilevazioni di ipotermia / interventi di riscaldamento tracciati
Cesena	67%	0%	22%	73%
Forlì	74%	2%	18%	100%
Ravenna	92%	0%	52%	27%
Rimini	87%	2%	34%	41%
TOTALE	81%	1%	33%	56%
VMC	92%	100%	5%	100%
Standard di riferimento	≥ 91%	≥ 91%	≥ 91%	≥ 91%

Obiettivi Budget SPIAR 2020

- DIPARTIMENTI INTERNISTICI, EMERGENZA URGENZA (Medicina d'Urgenza), DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE

1. Aderenza al progetto az.le di antimicrobial stewardship denominato "antibiotico perchè":
 - prevalenza media aderenza al progetto >70%
 - prevalenza media agli schemi di trattamento proposti >65%
2. Consumo del gel idroalcolico >20 l/1000 gg di degenza
3. Partecipazione superiore al 50% dei dirigenti medici alla formazione specifica annuale sulla terapia antibiotica

- DIPARTIMENTI CHIRURGICI ED OSTEOARTICOLARE

1. Utilizzo di profilassi antibiotica perioperatoria oltre le 24 h <10%.
2. Orario di somministrazione della PAP conforme >60%
I dati verranno rilevati mediante indagini di prevalenza.
3. Consumo del gel idroalcolico >20 l/1000 gg di degenza
4. Aderenza alla sorveglianza SChER >75% degli interventi chirurgici da sorvegliare.
5. Partecipazione superiore al 50% dei dirigenti medici alla formazione specifica annuale sulla terapia antibiotica

- MEDICI DI MEDICINA GENERALE E MEDICINA DI COMUNITA'

1. Consumo giornaliero di farmaci antibiotici totali x 1000 residenti <17 DDD
2. Consumo giornaliero di fluorchinoloni x 1000 residenti < 1,7 DDD
3. Consumo giornaliero di fluorchinoloni in donne di età 20-59 anni x 1000 residenti < 1,2 DDD
(eventuale adeguamento linee di pogrammaszione regionale)
4. Incontri formativi con i MMG nei NCP insieme agli Specialisti Ospedalieri (almeno 2 per ambito)

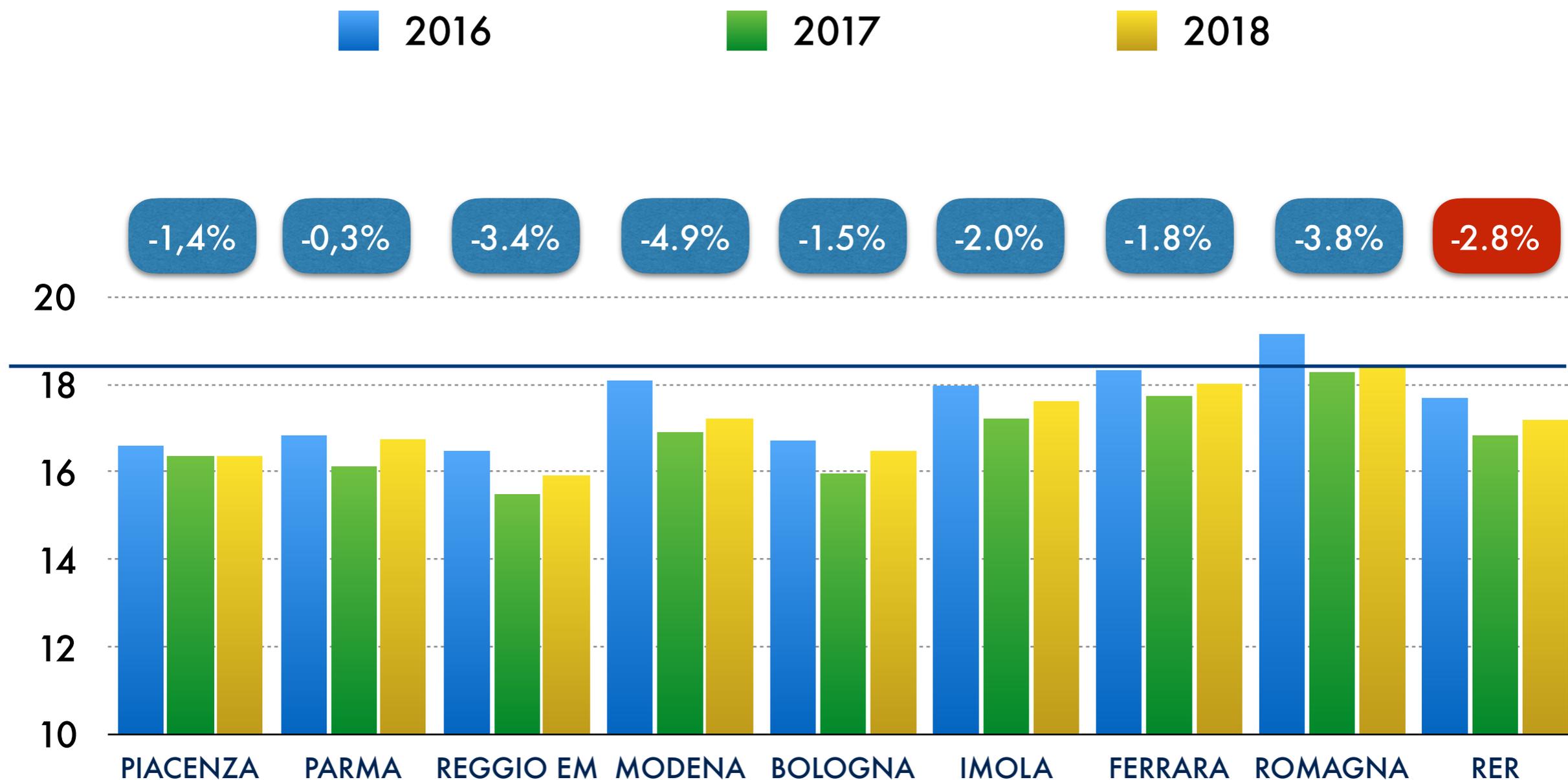
- CRA

1. Formalizzazione di una rete di referenti per il rischio infettivo in ogni CRA
2. Consumo del gel idroalcolico >5 l/1000 gg effettive di presenza
3. Incontri formativi con la rete dei referenti (almeno 2 per ambito)



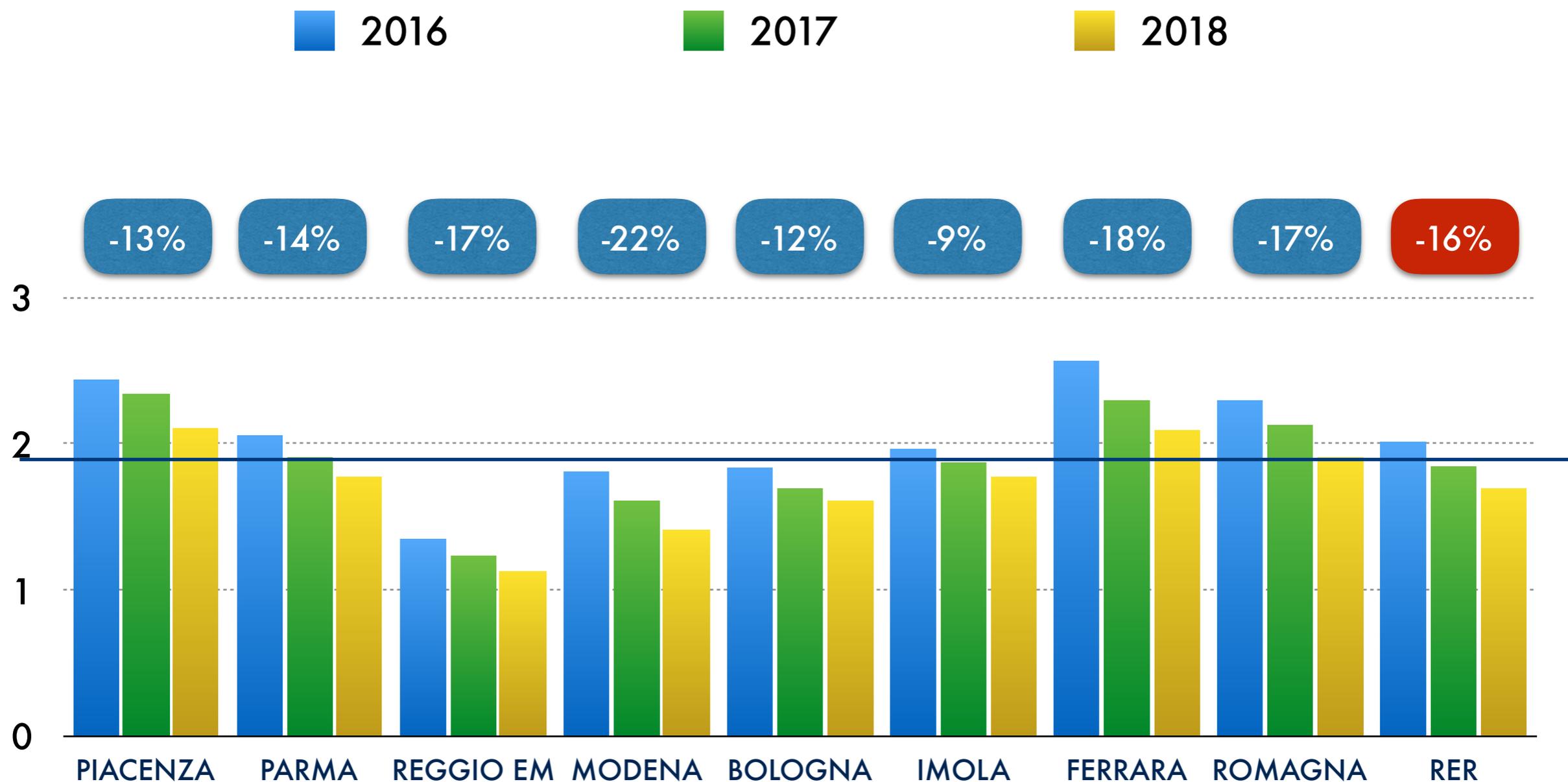
Antibiotici sistemici territoriali (DDD/1000 residenti)

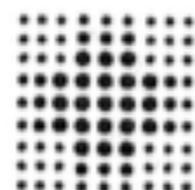
Indicatore: riduzione del **10%** nel 2020 rispetto al 2016



Antibiotici fluorchinoloni territoriali (DDD/1000 residenti)

Indicatore: riduzione del **10%** nel 2020 rispetto al 2016





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**NUCLEO STRATEGICO: STRUTTURA DI PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO E USO RESPONSABILE
DEGLI ANTIBIOTICI NELL'AZIENDA USL DELLA ROMAGNA**
Presidente: Dr. Carlo Biagetti

Rimini li, 25/11/2019

Carissimi colleghi,

in occasione della settimana mondiale sul "buon uso degli antibiotici", abbiamo ritenuto doveroso condividere con voi i primi "feed back" sul progetto che recentemente vi ha coinvolto.

Come ben sapete, nel periodo di Aprile e Maggio 2019, sono stati effettuati complessivamente 34 incontri con i NCP e 30 incontri individuali, per confrontarci con i medici che registravano una prescrizione superiore alla media aziendale.

Nell'ambito di questi incontri, con l'infettivologo ed il farmacista, abbiamo cercato di discutere con voi sui percorsi che portano il MMG alla prescrizione della terapia antibiotica, ascoltando le vostre esperienze e cercando di offrire consigli e soluzioni adeguate al contesto, nell'ottica di garantire la miglior appropriatezza prescrittiva.

Sappiamo che sarà un percorso impegnativo che prevederà inevitabilmente degli aggiustamenti in corso d'opera e per questo sono necessari anche i flussi di dati di consumo.

Nel trimestre Giugno-Agosto 2019, rispetto al medesimo trimestre del 2018 si è registrata una riduzione del consumo totale di antibiotici di circa il 6 % con percentuali differenti nei diversi distretti come riportato nella tabella sottostante:

DISTRETTO	Differenza trimestre Giu-Ago 2018-2019
RAVENNA	- 10%
LUGO	- 6%
FAENZA	- 1%
FORLI'	- 4%
CESENA	- 6 %
RIMINI	- 8%
RICCIONE	- 5 %

Obiettivi Budget SPIAR 2020

- DIPARTIMENTI INTERNISTICI, EMERGENZA URGENZA (Medicina d'Urgenza), DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE

1. Aderenza al progetto az.le di antimicrobial stewardship denominato "antibiotico perchè":
 - prevalenza media aderenza al progetto >70%
 - prevalenza media agli schemi di trattamento proposti >65%
2. Consumo del gel idroalcolico >20 l/1000 gg di degenza
3. Partecipazione superiore al 50% dei dirigenti medici alla formazione specifica annuale sulla terapia antibiotica

- DIPARTIMENTI CHIRURGICI ED OSTEOARTICOLARE

1. Utilizzo di profilassi antibiotica perioperatoria oltre le 24 h <10%.
2. Orario di somministrazione della PAP conforme >60%
I dati verranno rilevati mediante indagini di prevalenza.
3. Consumo del gel idroalcolico >20 l/1000 gg di degenza
4. Aderenza alla sorveglianza SChER >75% degli interventi chirurgici da sorvegliare.
5. Partecipazione superiore al 50% dei dirigenti medici alla formazione specifica annuale sulla terapia antibiotica

- MEDICI DI MEDICINA GENERALE E MEDICINA DI COMUNITA'

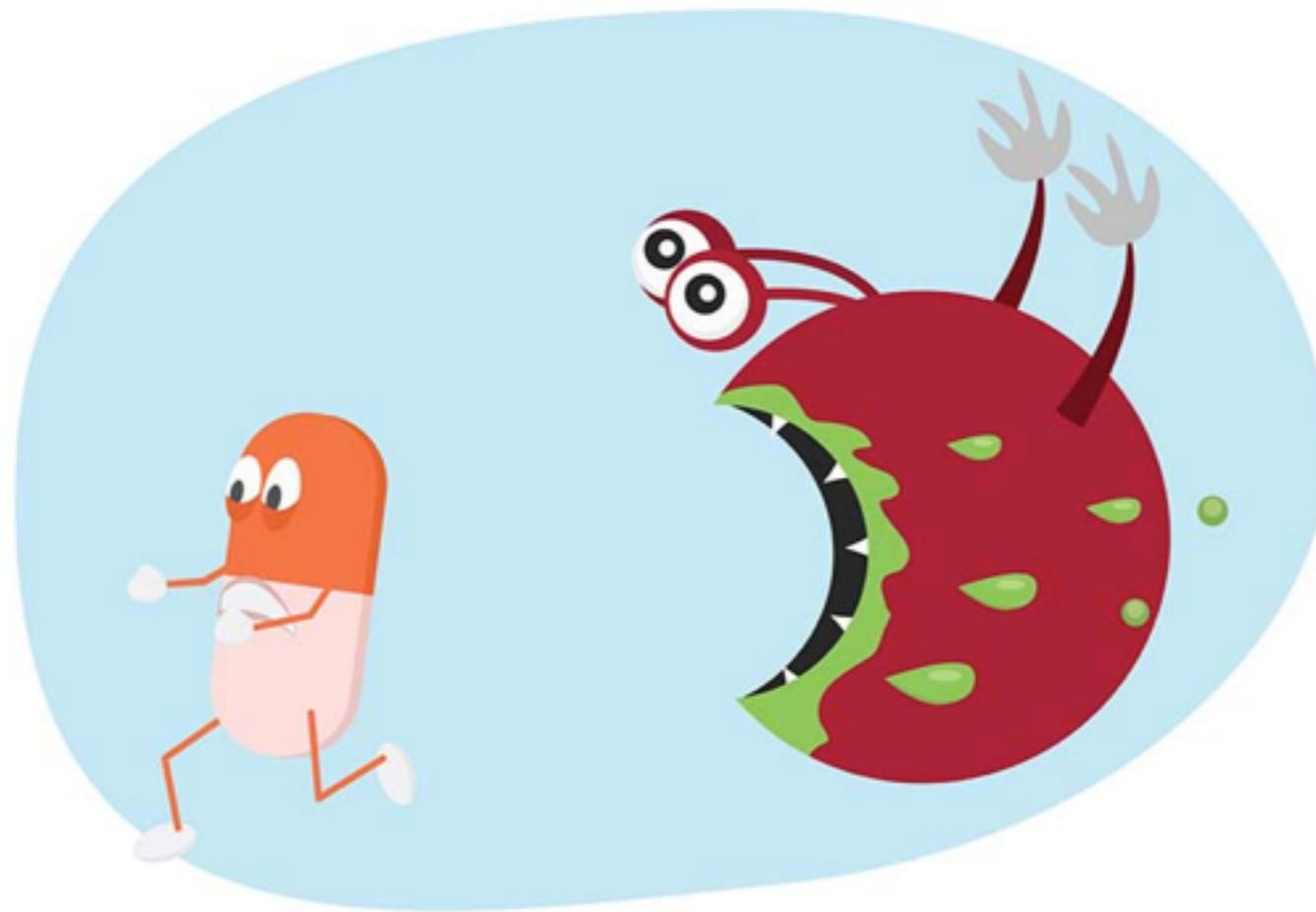
1. Consumo giornaliero di farmaci antibiotici totali x 1000 residenti <17 DDD
2. Consumo giornaliero di fluorchinoloni x 1000 residenti < 1,7 DDD
3. Consumo giornaliero di fluorchinoloni in donne di età 20-59 anni x 1000 residenti < 1,2 DDD
(eventuale adeguamento linee di programmazione regionale)
4. Incontri formativi con i MMG nei NCP insieme agli Specialisti Ospedalieri (almeno 2 per ambito)

- CRA

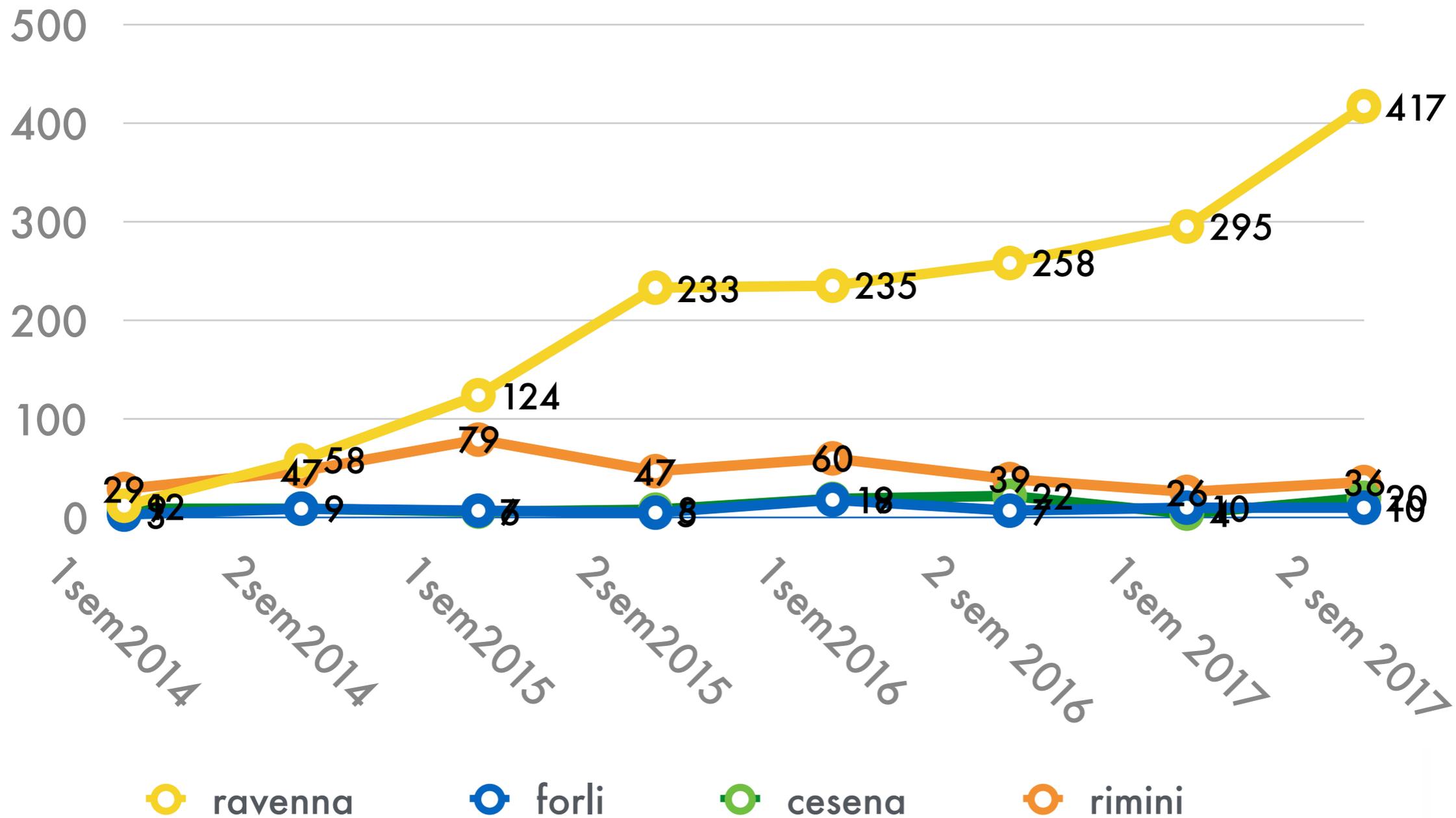
1. Formalizzazione di una rete di referenti per il rischio infettivo in ogni CRA
2. Consumo del gel idroalcolico >5 l/1000 gg effettive di presenza
3. Incontri formativi con la rete dei referenti (almeno 2 per ambito)



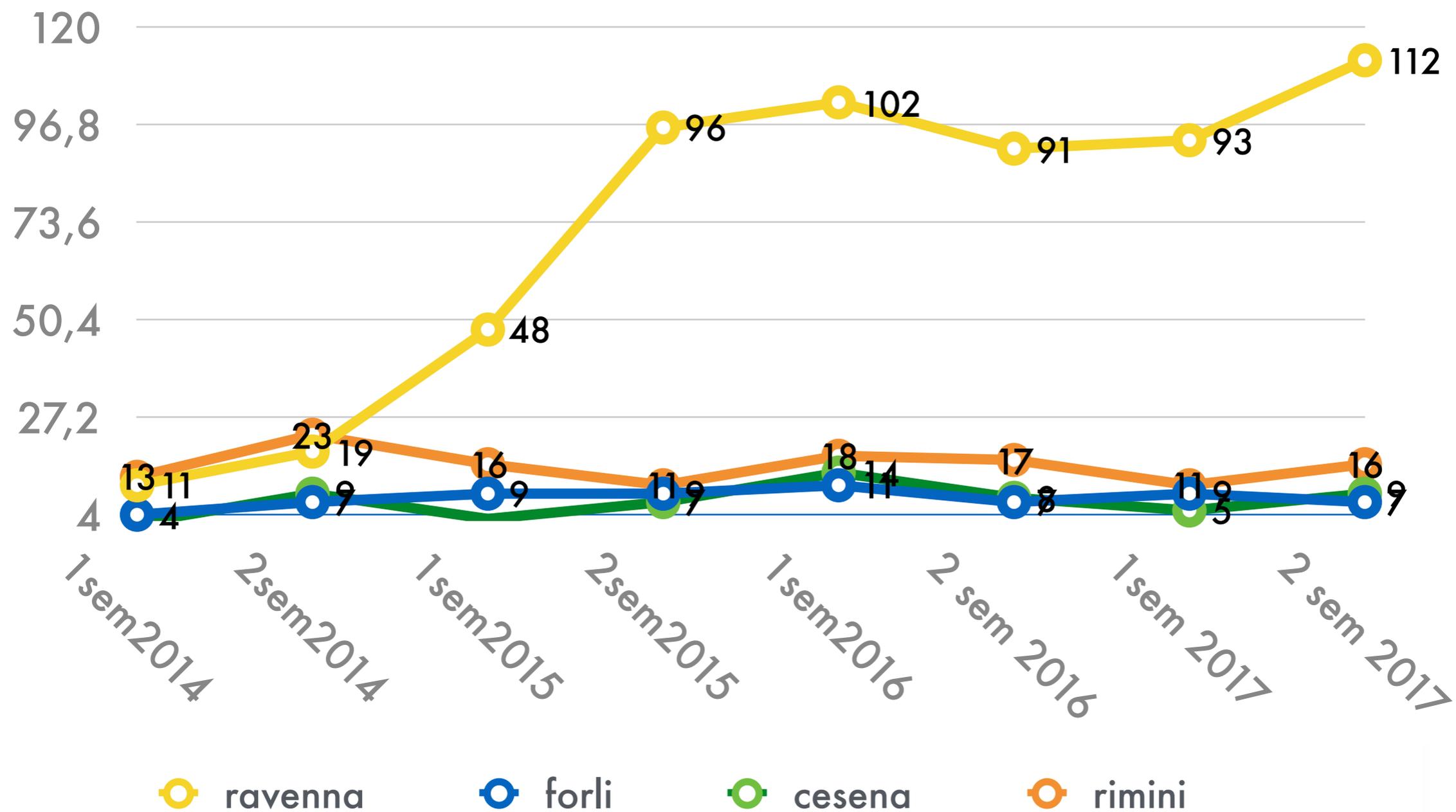
Gestione pazienti colonizzati/infetti da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)



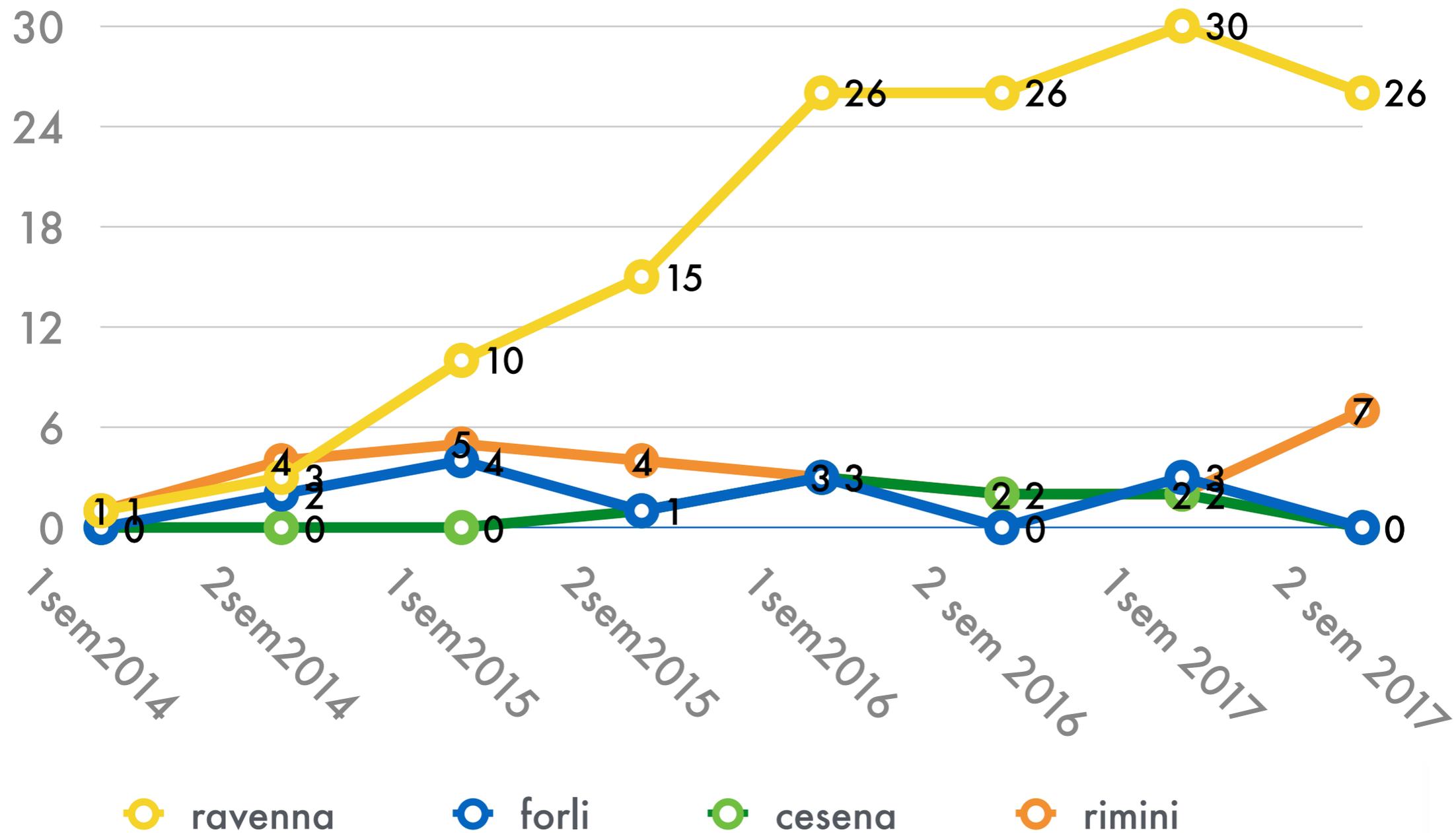
Pz con TR pos da CPE nell'AUSL Romagna

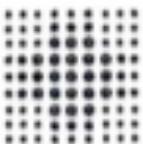


Pz con isolati clinici da CPE nell'AUSL Romagna



Pz con batteriemia da CPE nell'AUSL Romagna



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>DIREZIONE SANITARIA</p>	<p>GESTIONE DEI PAZIENTI COLONIZZATI/INFETTI DA ENTEROBACTERIACEAE RESISTENTI AI CARBAPENEMI- CRE</p>	<p>Rev. 00 del 10/08/2017</p> <p>PA 77</p> <p>Pagina 1 di 16</p>
--	---	---

		INDICE	
N°Cap.	Titolo		pag.
1.	OGGETTO/SCOPO.....		2
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....		2
3.	DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI.....		2
4.	DESCRIZIONE ATTIVITA' E RESPONSABILITA'.....		4
4.1	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....		5
4.2	VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO TRAMITE CHECK LIST.....		6
4.3	SCREENING MICROBIOLOGICO.....		6
4.4	APPLICAZIONE DELLE PRECAUZIONI STANDARD E DA CONTATTO.....		6
4.5	COLLOCAZIONE DEI PAZIENTI.....		7
4.6	COMUNICAZIONE TEMPESTIVA.....		7
4.7	SORVEGLIANZA ATTIVA DEI CONTATTI e definizione dei criteri di follow – up.....		8
4.8	PREDISPOSIZIONE DEL MATERIALE NECESSARIO.....		9
4.9	EDUCAZIONE DEL PAZIENTE/CAREGIVER.....		10
4.10	INFORMAZIONI EQUIPE/CONSULENTI/SERVIZI.....		10
4.11	SCELTA DELLE MODALITA' ASSISTENZIALI.....		10
4.12	GESTIONE DEL PAZIENTE.....		11
4.13	COMUNICAZIONE DELLO STATO DI POSITIVITA' ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE.....		11
4.14	VERIFICA E CONTROLLO.....		12
5.	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....		14
6.	DOCUMENTI COLLEGATI.....		15
7.	MODALITA' DI VERIFICA E CONTROLLO.....		15
8.	LISTA DI DISTRIBUZIONE.....		16

1. Pazienti provenienti direttamente da strutture di riabilitazione, strutture socio sanitarie (RSA, CRA, strutture per anziani), da ospedali per acuti, pubblici o privati, appartenenti e NON all'AUSL Romagna o provenienti da altre Regioni.
2. Pazienti provenienti da Paesi endemici (Grecia, Israele, India, Pakistan, Turchia, Colombia, USA) o che vi abbiano recentemente soggiornato.
3. Paziente che ha avuto un ricovero in ospedale o in una struttura socio-sanitaria negli ultimi 3 mesi.
4. Paziente che ha avuto un precedente ricovero in AREA CRITICA negli ultimi 12 mesi.
5. Paziente che ha effettuato un intervento chirurgico (chirurgia maggiore) negli ultimi 3 mesi.
6. Paziente infetto/colonizzato noto (per questi pazienti lo screening diventa opzionale qualora essi vengano considerati stabilmente colonizzati e vengano adottate immediatamente tutte le precauzioni previste dalla Procedura aziendale).
7. Paziente trapiantato di midollo o di organi solidi
8. Paziente con episodi di colangite ricorrenti e/o cateterismo delle vie biliari negli ultimi 12 mesi.
9. Paziente con ventilazione polmonare assistita in corso e/o ventilazioni ricorrenti (NIV C-PAP)
10. Terapia antibiotica ad ampio spettro (es. cefalosporine, carbapenemi, penicilline, fluorochinoloni) somministrata negli ultimi 3 mesi al domicilio inclusa quella prescritta durante l'attuale ricovero/trasferimento intra o extrapresidio.
11. Paziente non includibile per mancanza dei requisiti sopra elencati (Firma medico _____)

Rivalutazione FR 2018

140.000 ricoveri

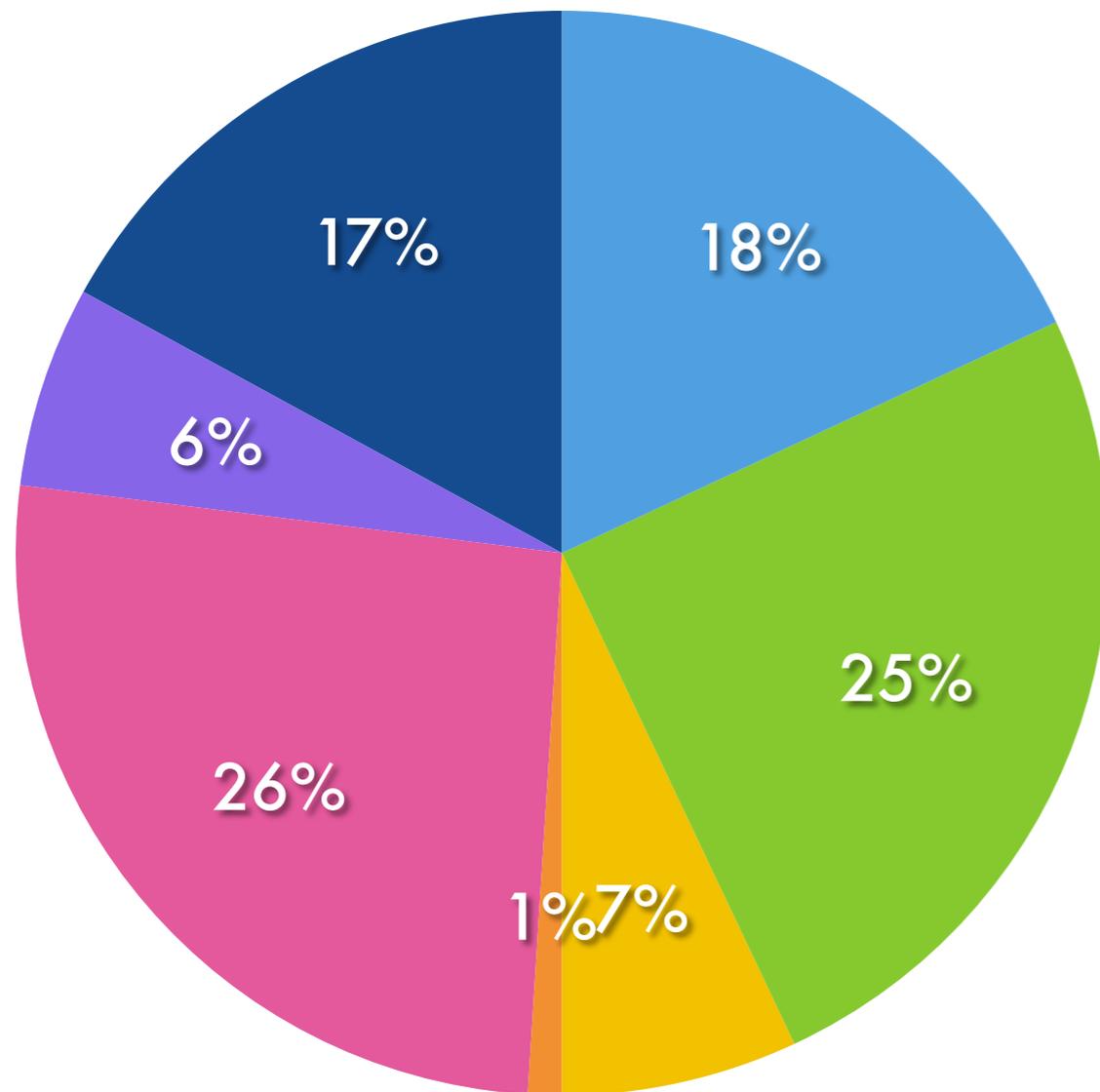
79.917 check list compilate

35.000 check list
pos

30.235 TR
eseguiti

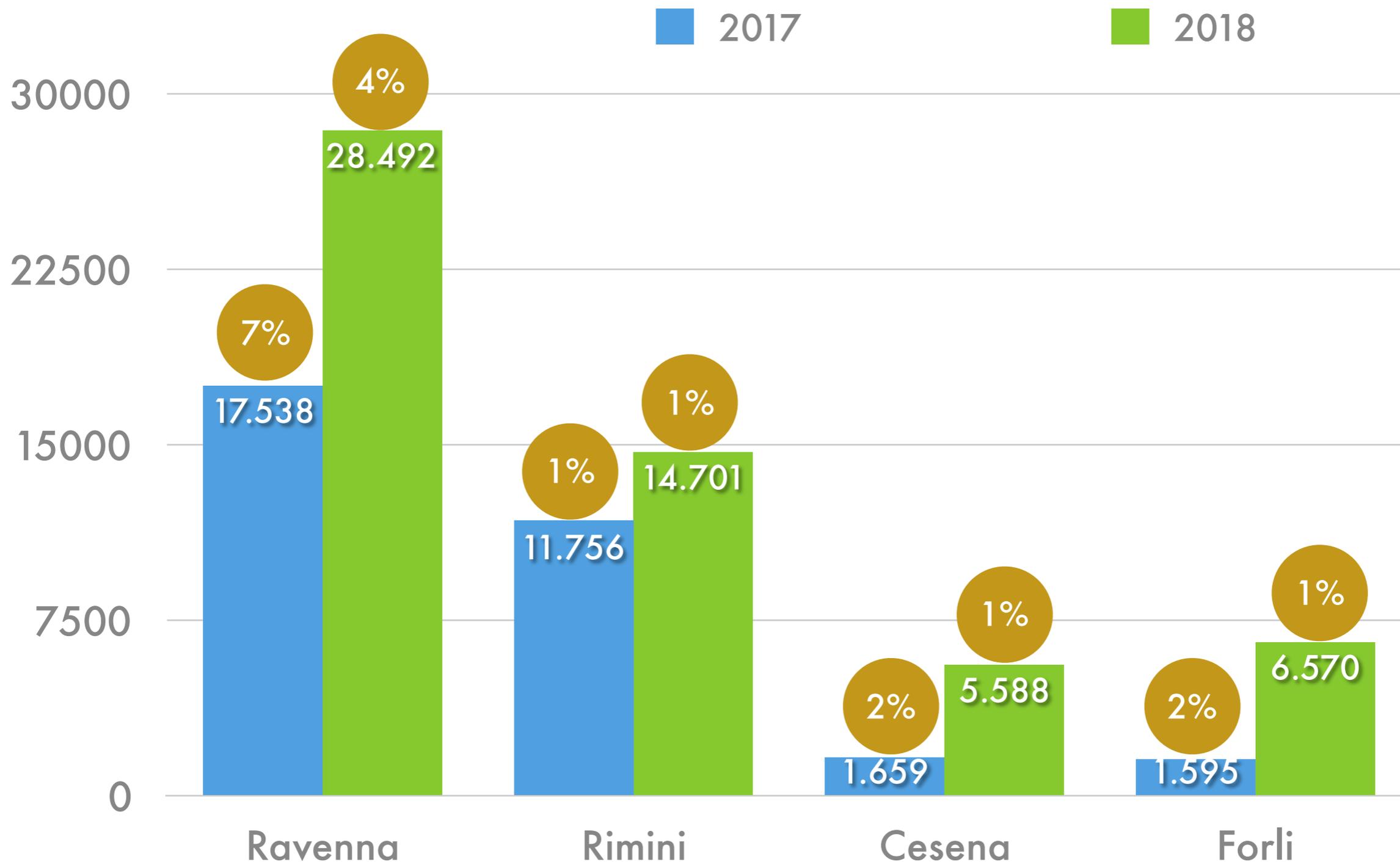
596 TR
pos

Rivalutazione FR

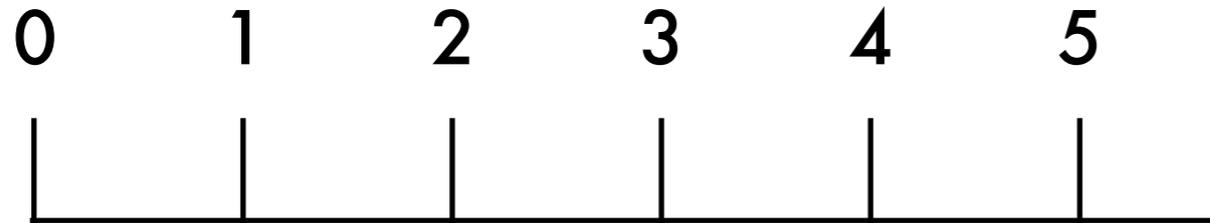


- 1 Pz proveniente direttamente da strutture...
- 3 Pz che ha avuto un ricovero negli ultimi 3 mesi
- 4 Pz cha avuti ricovero in TI negli ultimi 12 mesi
- 5 Pz cha avuto intervento negli ultimi 3 mesi
- 6 Pz colonizzato noto
- 10 Pz che assunto tp antibiotica negli ultimi 6 mesi
- + Più fattori di rischio

Analisi costi - TR all'ingresso



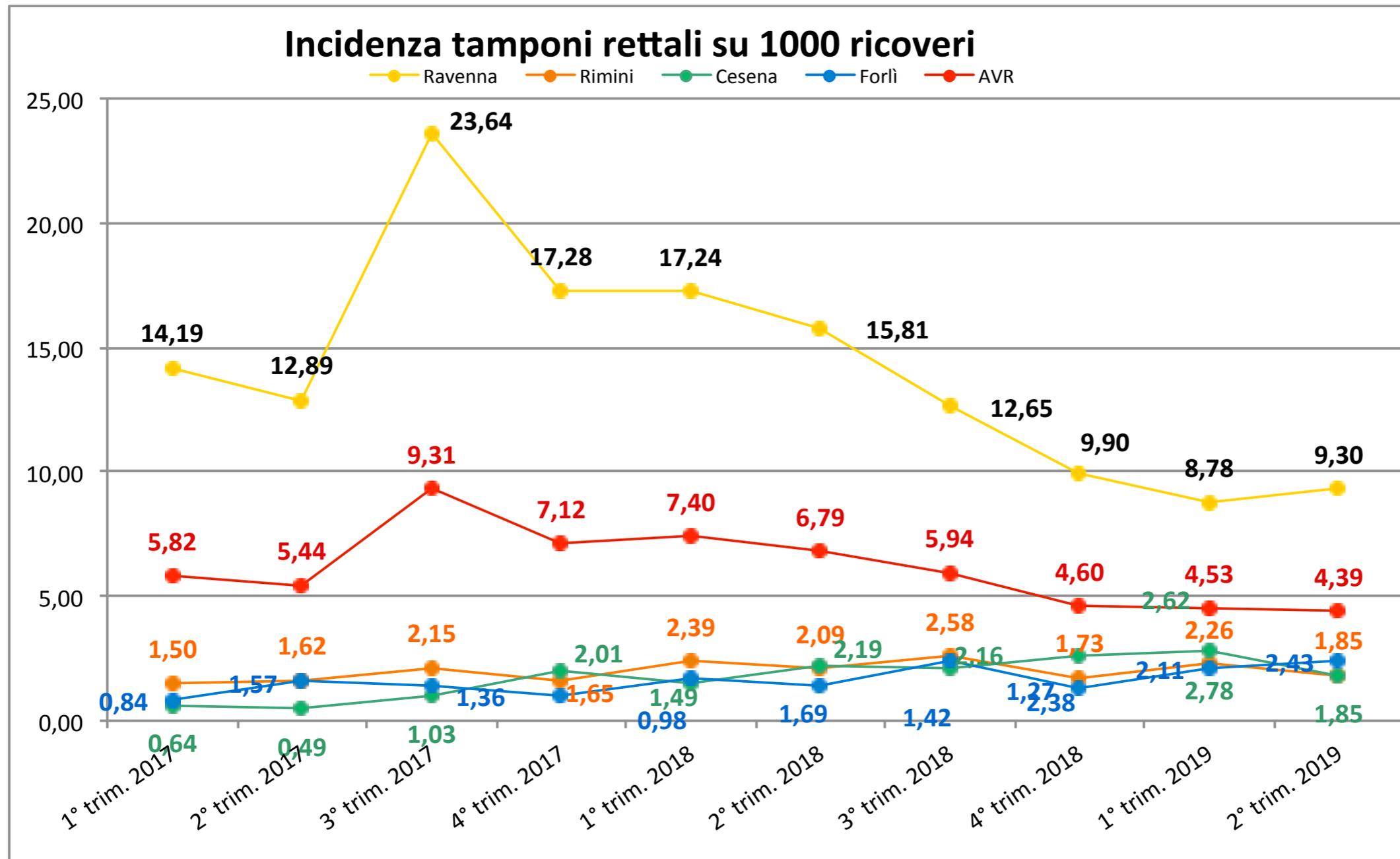
Procedura 77



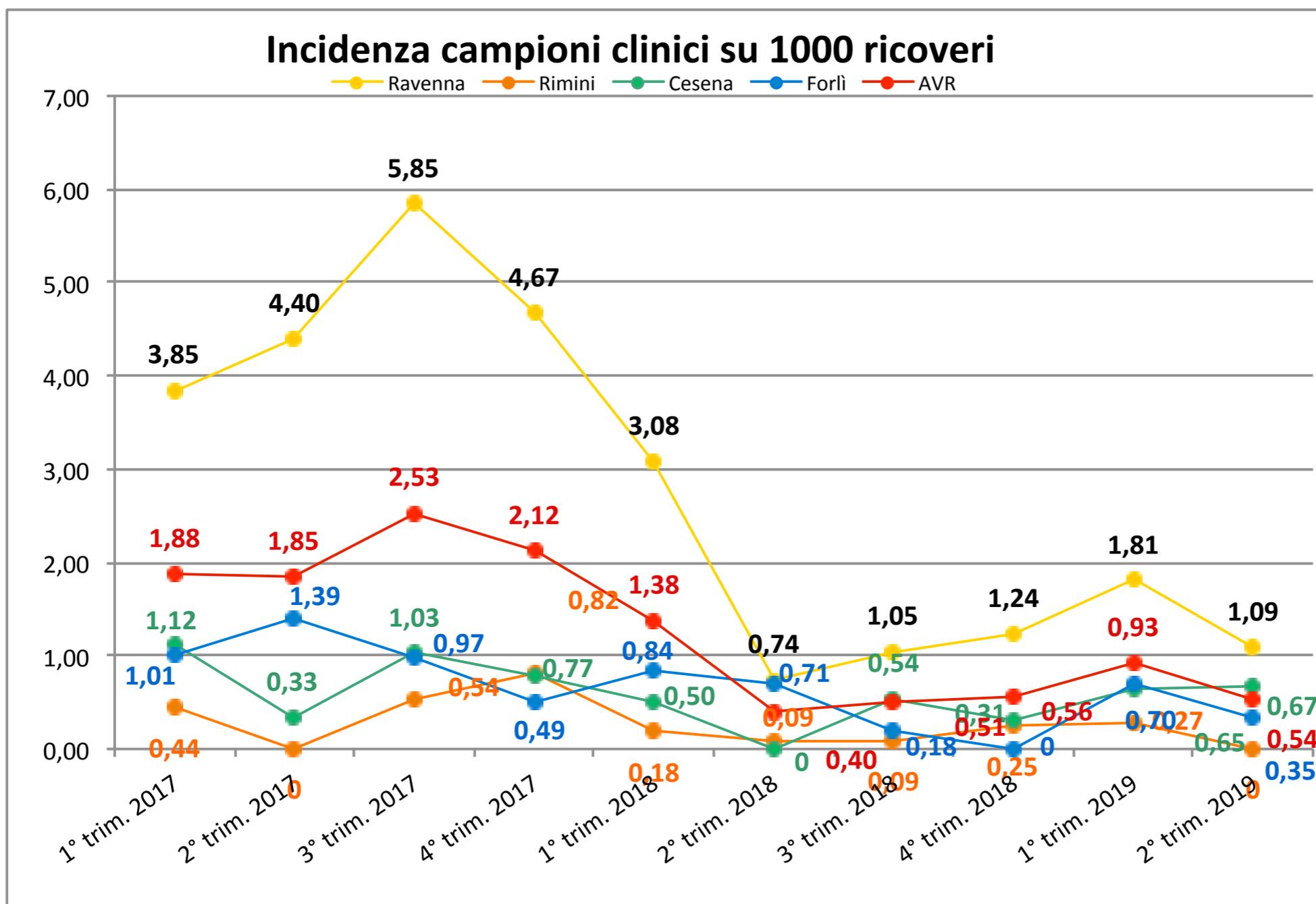
esecuzione TR
arrivo PVS
risultato



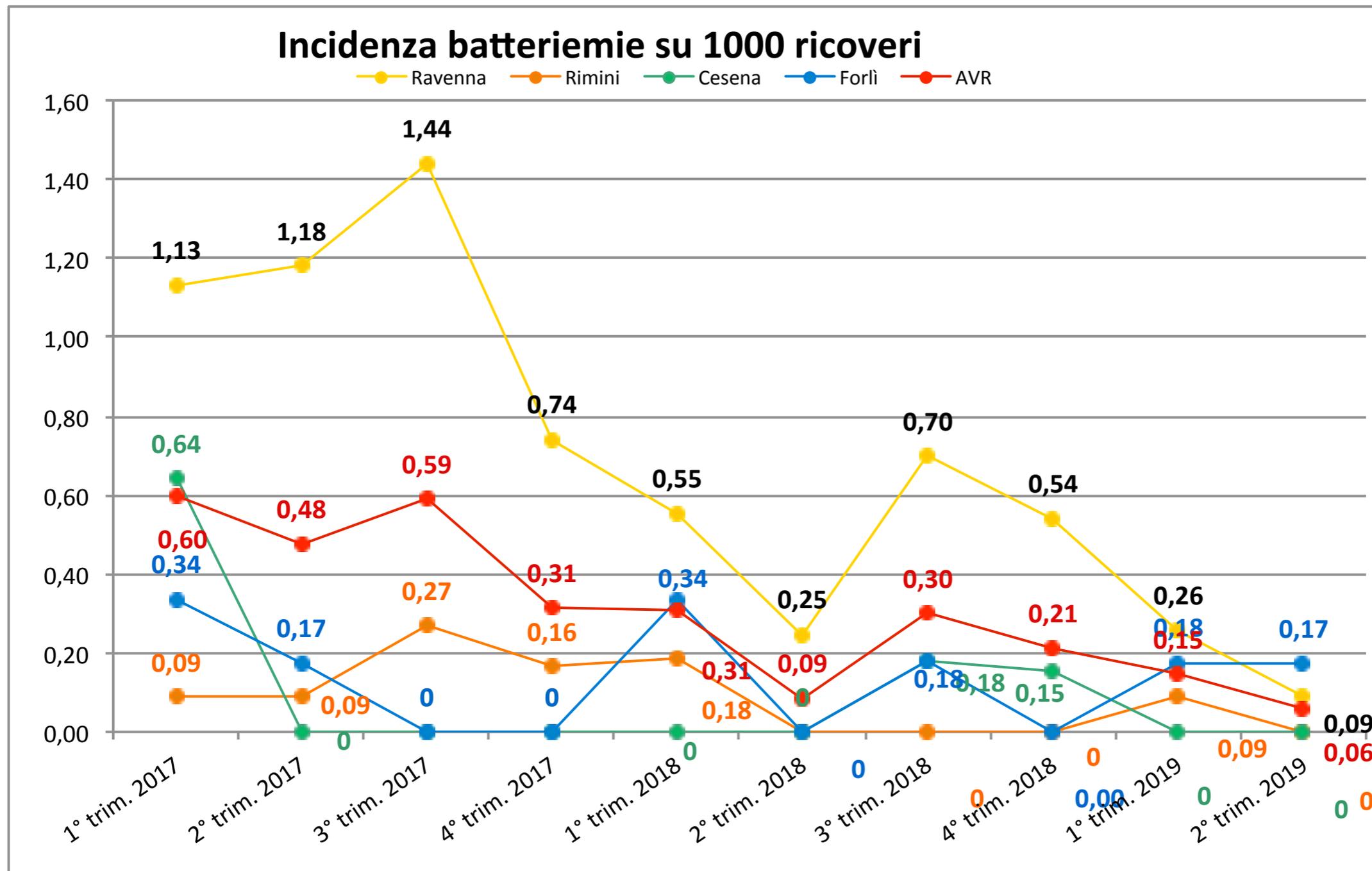
Incidenza trimestrale (Colonizzati-TR/1000 ricoveri)

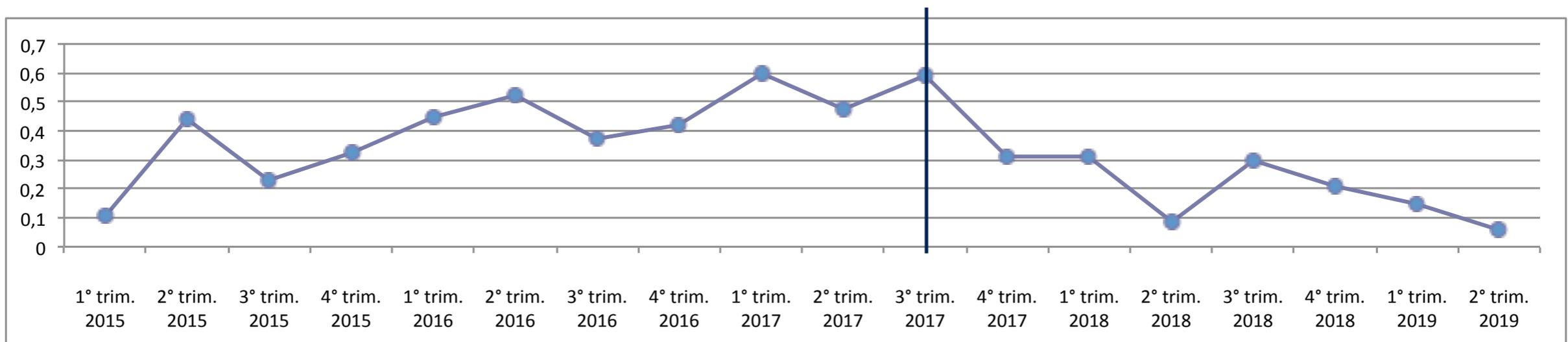


Incidenza trimestrale (campioni clinici/1000 ricoveri)



Incidenza trimestrale (batteriemie/1000 ricoveri)





Analisi costi risparmiati

	n° casi 2017	n° casi 2018	Diff 2017 2018	Costo/ infezione	RISPARMIO
batteriemie CRE	57	23	-34	12.000	-408.000
infezioni non batteriemiche CRE	290	90	-200	3.000	-600.000
TOT					1.008.000

+ costo dei contenziosi per ICA

Analisi costi aggiuntivi - TR all'ingresso

	TR 2017	TR 2018	DIFF 17-18	DIFF COSTO 17-18
POS (7euro)	1.553	1.660	+107	+ 749 euro
NEG (2euro)	32.247	53.691	+21.444	+ 42.888 euro
TOT	33.800	55.351	+22.803	+ 43.637 euro

75.365

119.002

Analisi costi aggiuntivi Dispositivi di protezione

	TR neg 2017	TR neg 2018	DIFF 17-18	Costo di un isolamento preventivo	DIFF COSTO 17-18
NEG (23euro /48h)	32.247	53.691	21.444	24 euro	+514.656 euro

773.928

1.288.584

Presentazione PA212

Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza



Date

1° Edizione	11/11/2019	15-18
2° Edizione	13/11/2019	9,30-12,30
3° Edizione	27/11/2019	15-18

Orario

14:30-17:30

Sede

Aula G Ospedale Infermi Rimini

Relatori

Dott.ssa Catia Drudi (Direzione Medica)
ISRI Nicol Marcatelli (Rischio Infettivo)
ISRI Manuel Leopardi (Rischio Infettivo)

Corso n.18748.2

Questionario di gradimento sul
portale WHR TIME entro il **11/12/2019**



Insieme, *sulle vie della cura*



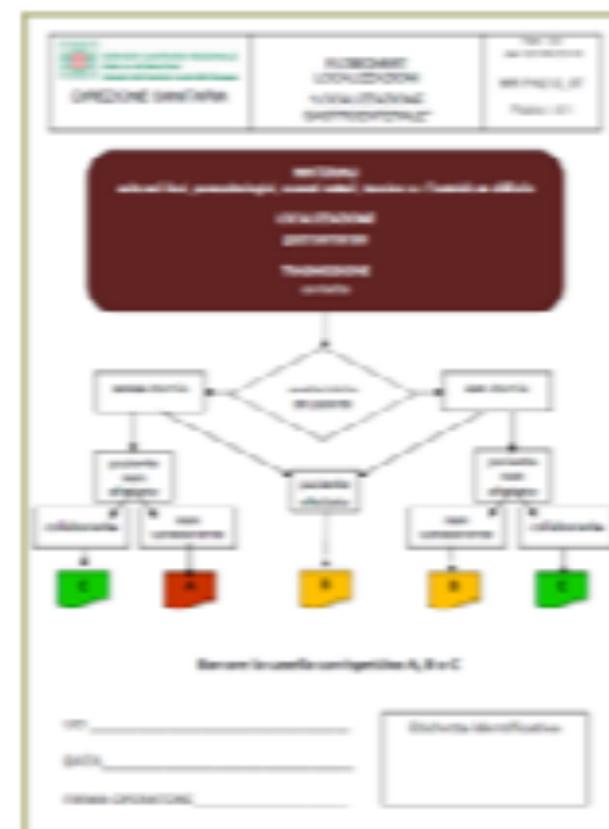
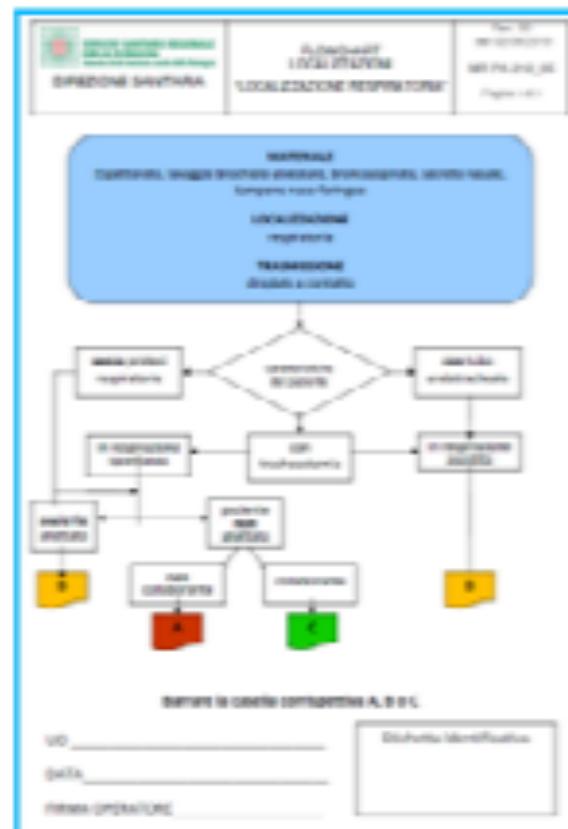
SPIAR
Sicurezza nelle cure

Alcuni esempi di quando va effettuato l'isolamento del paziente colonizzato/infetto

PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO	PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET	PRECAUZIONI AGGIUNTIVE PER VIA AEREA
<ul style="list-style-type: none"> • Infezione/colonizzazione da microrganismi multifarmacoresistenti in urine, feci, liquor, Lesioni da pressione, lesioni cutanee, ulcere e ferite infette ecc... • Clostridium difficile • Scabbia • Rotavirus, Norovirus • Varicella • Salmonellosi 	<ul style="list-style-type: none"> • Infezione/colonizzazione da microrganismi multifarmacoresistenti in escreato, broncoaspirato e broncolavaggio • Virus Respiratorio Sinciziale • Norovirus • Sindromi influenzali • Meningite meningococcica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tubercolosi • Morbillo • Varicella

NB: per Legionella ed Aspergillo sono sufficienti le precauzioni standard.

Flow-chart Solo per gli MDRO...



Alto rischio di diffusione



Medio rischio di diffusione



Basso rischio di diffusione

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>DIREZIONE SANITARIA</p>	<p>Check List (CL) di valutazione dei fattori di rischio per lo screening per enterobatteri resistenti ai carbapenemi</p>	<p>Rev. 00 del 21/03/2017</p> <p>MR PA XX_01</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
--	--	--

*Il Medico che prende in carico il paziente individua i fattori di rischio di seguito elencati.
La presenza di almeno un fattore di rischio richiede l'esecuzione dello screening tramite tampone rettale.*

NUOVI RICOVERI

- 1 paziente che è stato ricoverato in qualsiasi Ospedale, Lungodegenza, Struttura riabilitativa, CRA, negli ultimi 6 mesi
- 2 paziente immunodepresso (dializzato, trapiantato) che ha assunto chemioterapici negli ultimi 6 mesi
- 3 paziente sottoposto a terapia antibiotica ad ampio spettro (cefalosporine, fluorochinoloni, carbapenemi) negli ultimi 3 mesi
- 4 paziente positivo noto
- 5 nessuna delle condizioni precedenti (CL negativa)

TRASFERIMENTI AUSL ROMAGNA

- 1 paziente con durata di ricovero >90 gg nei reparti precedenti
- 2 paziente che ha eseguito intervento chirurgico ne reparto precedente
- 3 paziente che ha assunto terapia antibiotica ad ampio spettro (cefalosporine, fluorochinoloni, carbapenemi) nel reparto precedente per almeno 5 giorni
- 4 paziente che proviene da UU.OO. intensive con permanenza > 48 ore
- 5 nessuna delle condizioni precedenti (CL negativa)

Criteri da soddisfare per passare a precauzioni standard in attesa del referto del TR

- Negli AT dove colonizzati/1000 ricoveri >3 mantenere PC in attesa del referto del TR
- Negli AT dove colonizzati/1000 ricoveri <3 mantenere PC nelle UO dove:
 - non ci sono state evidenze di cluster negli ultimi 6 mesi

AMBITO DI RIMINI

INCIDENZA TR POS. /1000 RICOVERI AL 3° SEMESTRE 2019: 1,69

OSPEDALE	UO	CLUSTER
CATTOLICA	CT UO MEDICINA GENERALE	NO
	CT ORTOPEDIA E TRAUM. DEG	NO
	CT CHIR.ORT.SPALLA DEGENZE	NO
NOVAFELTRIA	NF LUNGODEGENZA + CHIR NF	SI**
	NF MEDICINA DEGENZE	NO
RICCIONE	RC MED.URG. DEGENZE	NO
	RC UO CARDIOLOGIA + UO UTIC	NO
	RC ORTOP. DEGENZE	NO
	RC OCULISTICA	NO
	RC MED. DEG UOMINI E DONNE	SI*
	RC CHIR. + TORACICA DEGENZE	NO
	RC RIANIMAZIONE	NO
RIMINI	RN MED.D'URG. DEGENZE	NO
	RN UO CARDIOLOGIA + UO UTIC	NO
	RN UO CHIRURGIA VASCOLARE	NO
	RN UO ORTOPEDIA E TRAUM.	SI**
	RN UO ONCOLOGIA DEGENZA	NO
	RN UO EMATOLOGIA DEG	NO
	RN UO MEDICINA 2 + GASTROENT. DEG	NO
	RN UO NEFROLOGIA	NO
	RN UO MALATTIE INFETTIVE	NO
	RN UO MEDICINA 1 DEG	NO
	RN UO CHIRURGIA GENERALE	NO
	RN UO UROLOGIA	NO
	RN UO RIANIMAZIONE	NO
	RN UO CHIRURGIA PEDIATRICA	NO
	RN UO GINECOLOGIA E OSTETRICIA	NO
	RN UO PEDIATRIA	NO
	RN UO TIN + NEONATOLOGIA	NO
	RN UO GERIATRIA	NO
	RN UO POST-ACUTI	NO
	RN UO OTORINOLARINGOIATRIA	NO
RN UO PSICHIATRIA + NPI	NO	
SANTARCANGELO	SN CHIRURGIA DEG	NO
	SN POST ACUTI	NO
SANTARCANGELO	SN MEDICINA 3 DEG + LUNGODEG	NO
HOSPICE	RN HOSPICE	NO

* cluster clostridium

** casi secondari cre

AMBITO DI CESENA

INCIDENZA TR POS. /1000 RICOVERI AL 3° SEMESTRE 2019: **1,91**

OSPEDALE	UO	CLUSTER
CESENA	DEGENZA PSICHIATRIA.	NO
	CARDIOLOGIA	NO
	UTIC	NO
	GRANDI USTIONI	SI*
	MEDICINA INTERNA	NO
	MEDICINA D'URGENZA	NO
	MED.NUCLEARE	NO
	NEFROLOGIA E DIALISI	SI***
	NEUROLOGIA	NO
	PEDIATRIA	NO
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	NO
	TI1	NO
	CHIRURGIA D'URGENZA	NO
	NEUROCHIRURGIA	NO
	GERIATRIA	NO
	LUNGODEGENZA	SI**
	TI2	NO
	ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA	NO
	OSTETRICA E GINECOLOGIA	NO
	ORL	NO
	UROLOGIA	NO
	GASTROENTEROLOGIA	NO
	MAXILLO-FACCIALE	NO
	DEGENZA BREVE CCùHIRURGICA	NO
	CHIRURGIA VASCOLARE	NO
	MERCATO S.	OSCO
	STRUTT.RESID.PER ALTA DISAB.ACQUISITA	NO
SAVIGNANO SUL R.	HOSPICE	NO
	OSPEDALE DI COMUNITA'	NO
CESENATICO	RECUPERO E RIEDUCAZ.FUNZIONALE	NO
	MEDICINA INTERNA CESENATICO	NO
	LUNGODEGENZA.CESENATICO	NO
SAN PIERO	MEDICINA GENERALE OSP.S.PIERO	NO
	LUNGODEGENZA	NO

* **CGU** n 4 cluster. 1 da Acinetobacter (23 pazienti coinvolti). 2 da Klebsiella KPC (uno con 2 pazienti coinvolti e uno con 4). 1 con Staphilococcus a. MRSA con 5 pazienti coinvolti.

** **LD** n. 1 cluster da influenza virus A con 8 pazienti coinvolti.

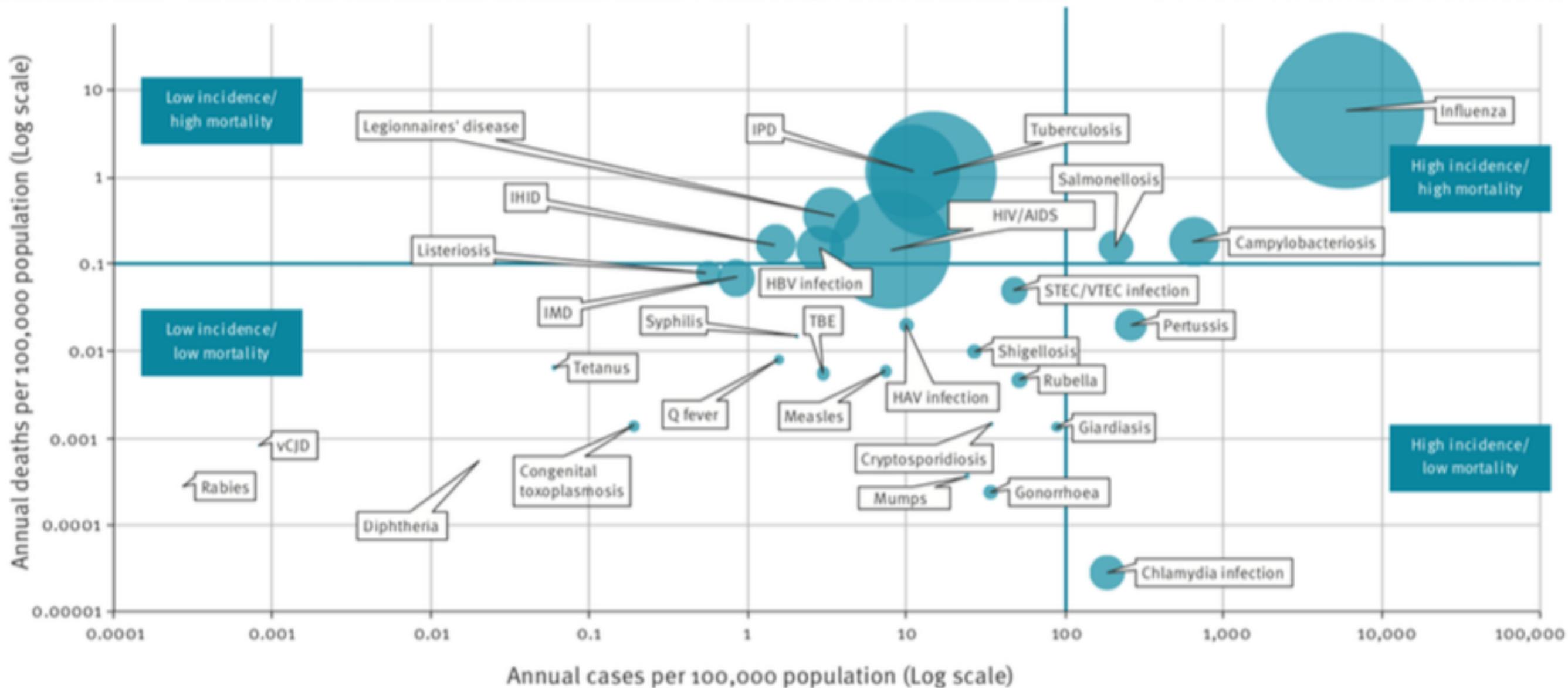
*** **Nefro** n. 1 cluster da Klebsiella KPC con 2 pazienti coinvolti.

I.O. per l'individuazione precoce e gestione del paziente con sospetta influenza durante l'epidemia stagionale



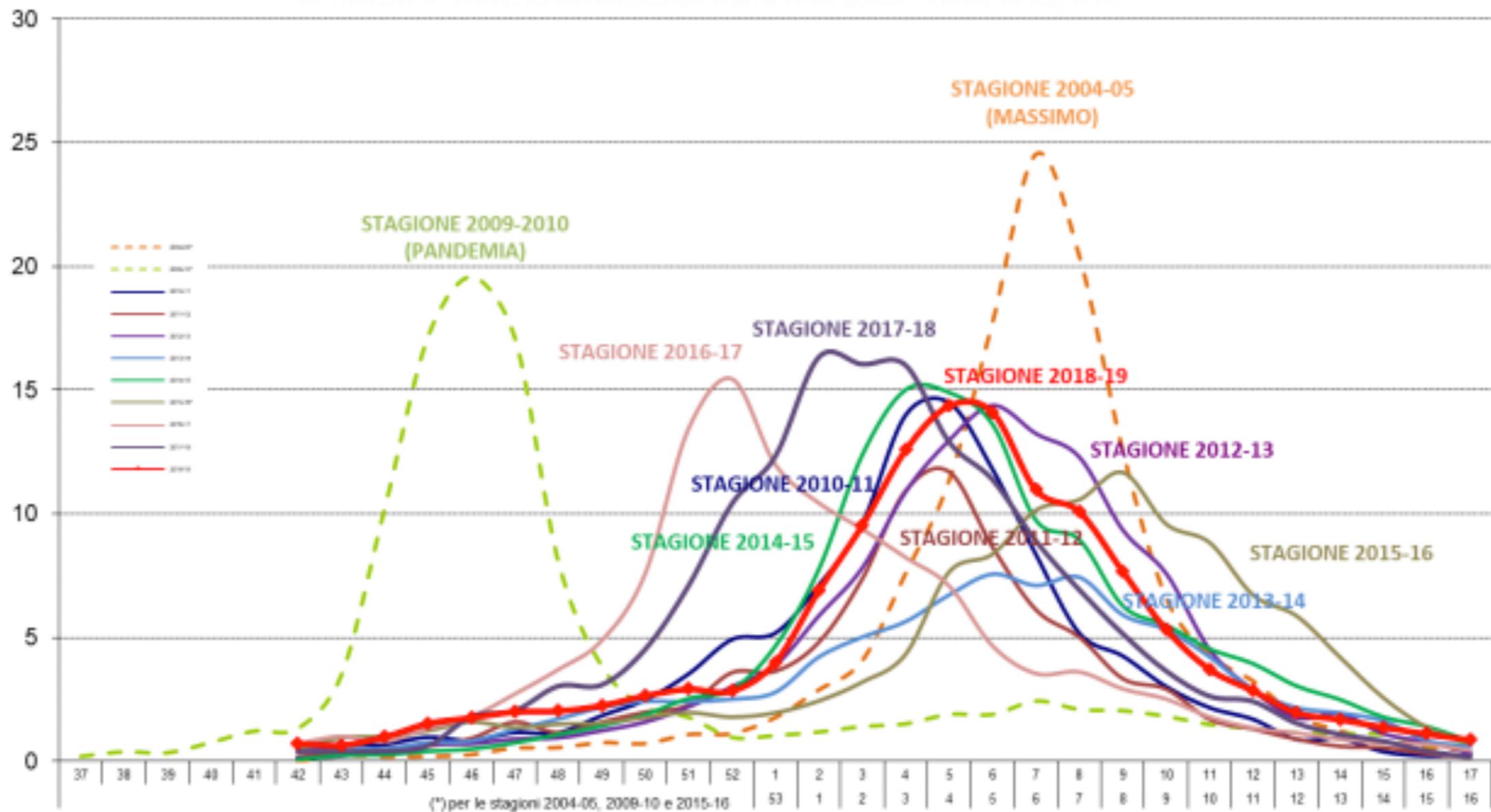
SPIAR
Sicurezza nella cura





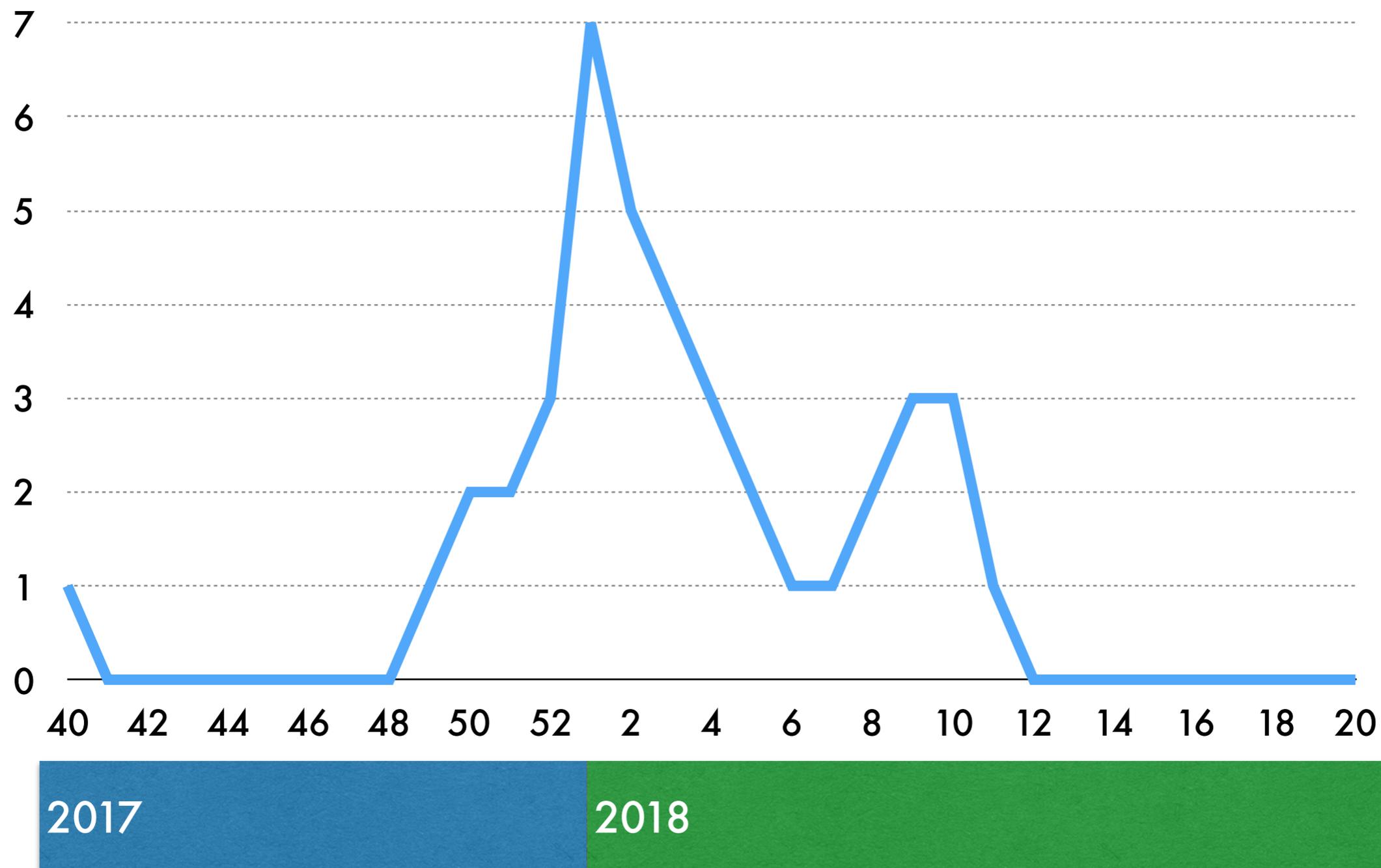
Il diametro della bolla riflette il numero di DALY per 100.000 abitanti all'anno.





Ogni anno, puntualmente, si succedono 6-8 settimane in cui incrementano gli accessi al PS, i ricoveri, il consumo di antibiotici inappropriato, la mortalità cruda, la trasmissione intraospedaliera di influenza.

Mortalità per ogni causa in Italia 2017-2018





SPIAR
Sicurezza nella cura

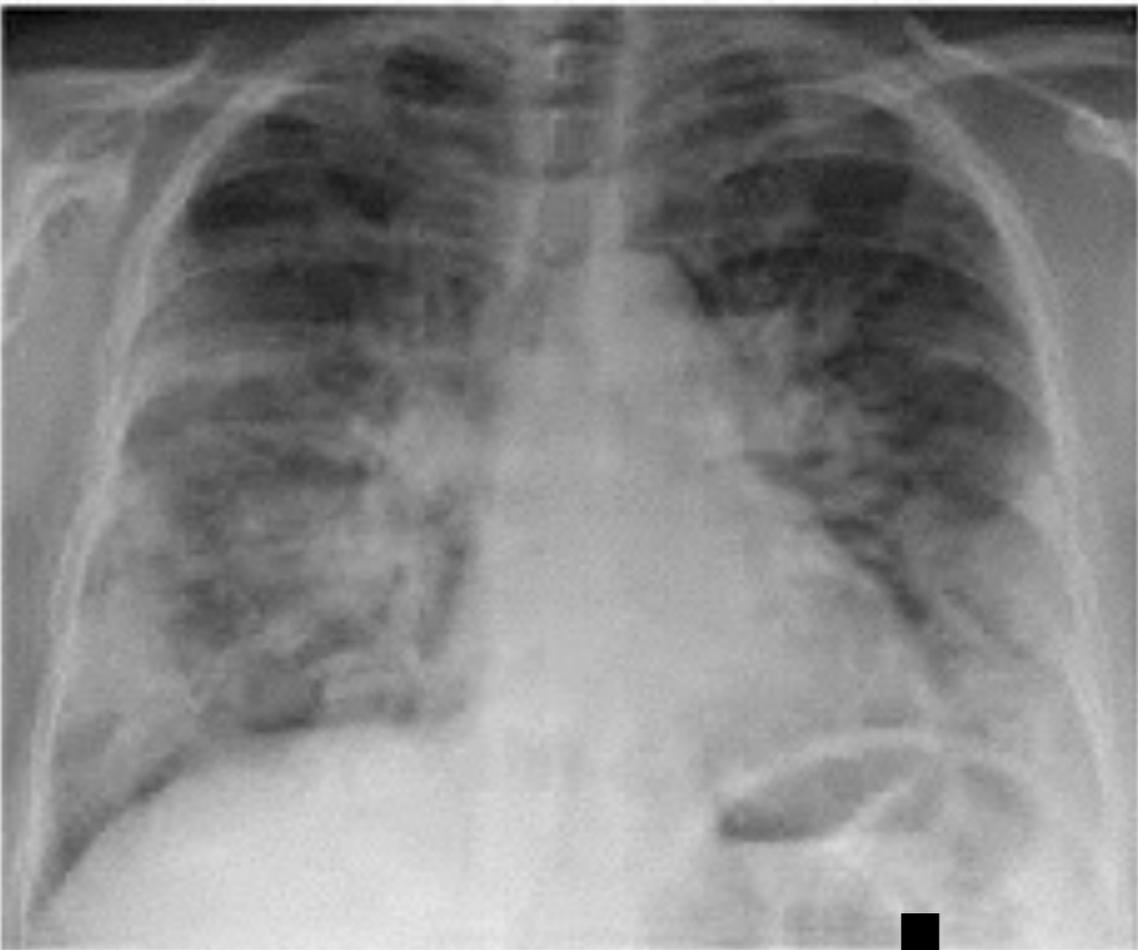
2018-2019

Mortalità influenza	Europa	Italia	Romagna
STIMA	152000	12000	225
Notifica			16

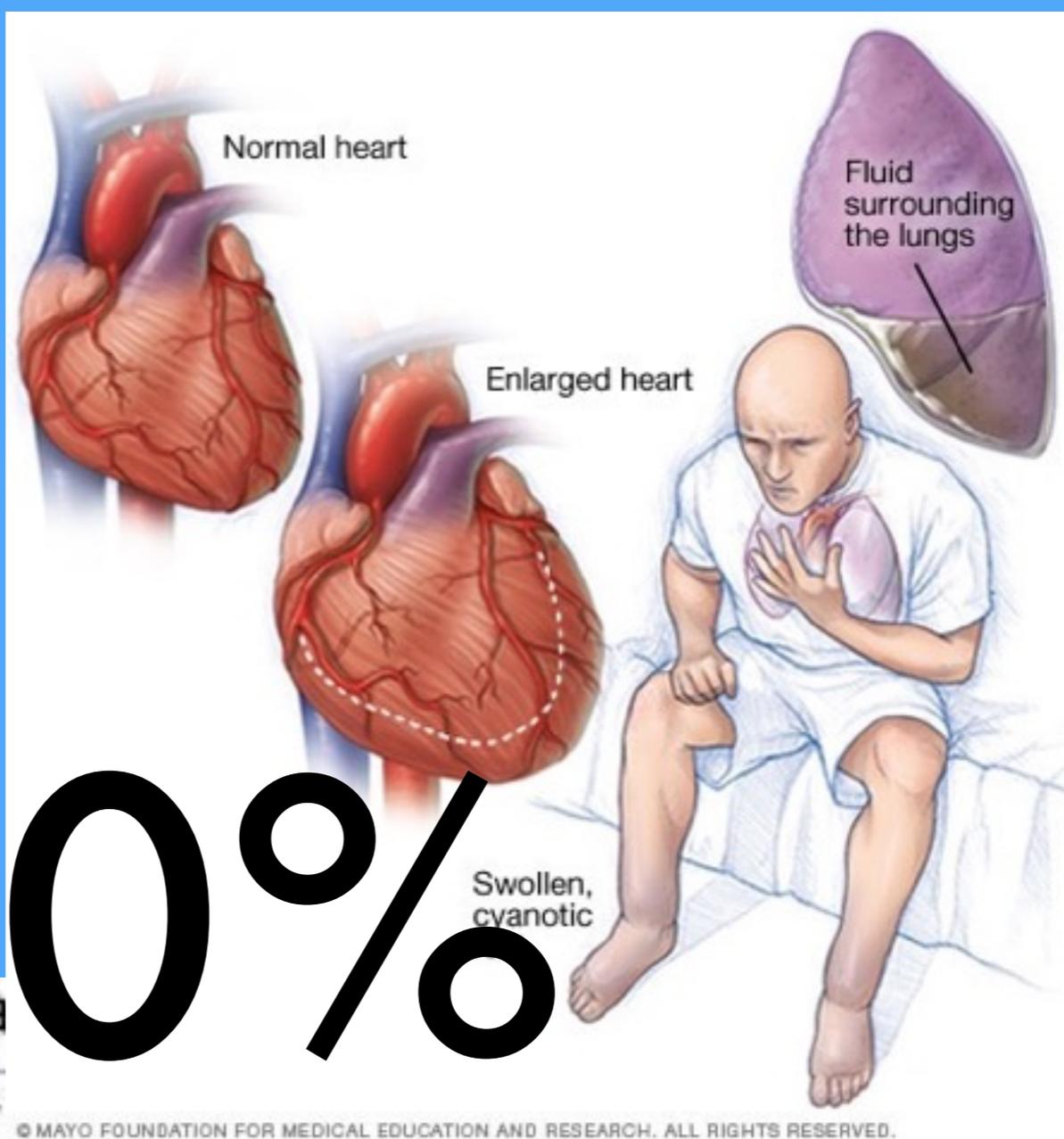
Tamponi influenza-VRS, AUSL Romagna

	Positivi	Negativi	Totali
2014-15	14 (23,3%)	46	60
2015-16	6 (6,3%)	97	103
2016-17	161 (25%)	475	636
2017-18	398 (25,4%)	1132	1530
2018-19	1009 (25,1%)	3031	4040





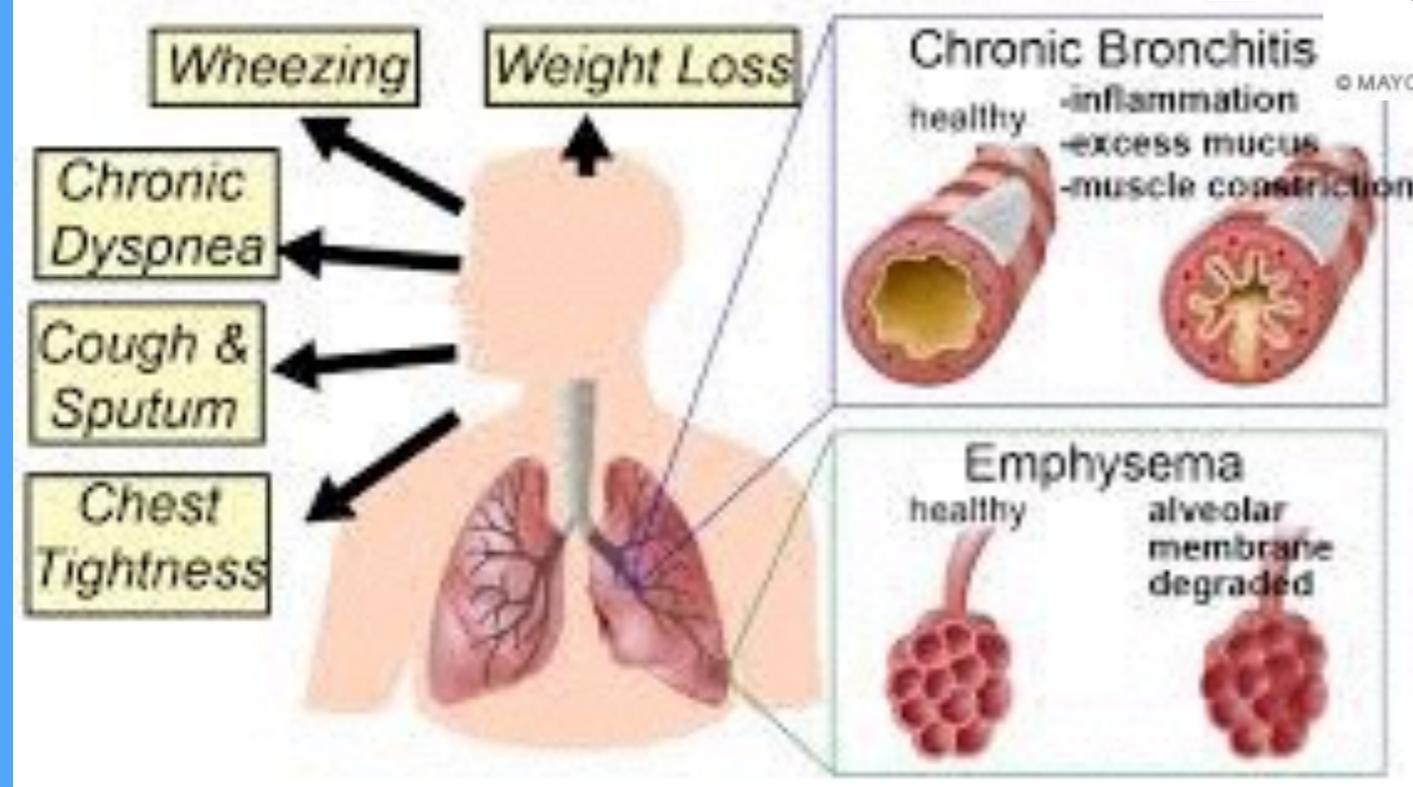
Patient presenting with influenza pneumonia, initially only requiring low-flow oxygen. This film may not seem scary, but it should be. Diffuse infiltrates in the context of influenza pneumonia are a warning sign for progression to ARDS (which did indeed occur in this case).



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

+40%

Chronic Obstructive Pulmonary Disease



Interventi per la prevenzione dell'infarto del miocardio	Efficacia
Cessazione del fumo	32-43%
Statine	19-30%
Antipertensivi	17-25%
Vaccinazione influenzale	15-45%

MacIntyre CR et al. Heart, 2016

Copertura vaccinale degli Operatori Sanitari* (%)

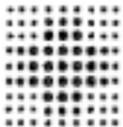
Aziende Sanitarie	Campagna 2014-15	Campagna 2015-16	Campagna 2016-17	Campagna 2017-18	Campagna 2018-19**
AUSL Piacenza	11,6%	16,5%	15,9%	23,9%	32,9%
AUSL Parma	20,0%	20,8%	30,3%	32,8%	51,5%
AOSP Parma	3,6%	6,2%	15,8%	14,5%	22,9%
AUSL Reggio Emilia	14,9%	20,2%	25,0%	29,6%	36,3%
AOSP Reggio Emilia	10,4%	17,4%	26,6%		
AUSL Modena	15,4%	18,7%	24,7%	38,2%	45,6%
AOSP Modena***	11,6%	15,0%	42,8%	36,4%	46,3%
AUSL Bologna	18,9%	21,1%	28,0%	32,5%	47,8%
AOSP Bologna	7,6%	16,5%	24,2%	40,5%	52,3%
IOR Bologna	6,8%	8,9%	13,0%	20,0%	30,4%
AUSL Imola	13,0%	19,2%	27,2%	30,1%	36,8%
AUSL Ferrara	23,4%	26,0%	32,4%	35,6%	41,6%
AOSP Ferrara	8,9%	9,2%	14,3%	18,3%	34,3%
Ravenna	12,4%				
Forlì	14,1%				
Cesena	12,7%				
Rimini	11,6%				
AUSL Romagna	12,5%	16,5%	19,8%	25,7%	32,8%
Emilia-Romagna	13,4%	17,3%	23,7%	29,6%	39,5%

* la copertura è stata calcolata considerando al denominatore gli operatori dipendenti del Servizio Sanitario Regionale nel ruolo sanitario (fonte: Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze), i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (fonte: Archivio regionale Medici di base e Pediatri di libera scelta.), al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.

** Coperture aggiornate al giorno di predisposizione del presente report

***dal 2017/18 incluso Baggiovara

Stagione 2019-2020

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>SPIAR</p> <p>Programma per la gestione del rischio infettivo ed uso responsabile degli antibiotici AUSL Romagna</p>	<p>ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'INDIVIDUAZIONE PRECOCE E GESTIONE DEL PAZIENTE CON SOSPETTA INFLUENZA DURANTE L'EPIDEMIA STAGIONALE</p>	<p>Rev. 00 del 04.11.19</p> <p>DOC 3</p> <p>Pagina 1 di 6</p>
---	--	--

INDICE GENERALE

1. SCOPO.....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
3. DEFINIZIONE DI "SOSPETTO" CASO DI INFLUENZA	3
4. GESTIONE DEI CASI SOSPETTI.....	3
5. ESECUZIONE DEL TAMPONE NASO FARINGEO.....	4
6. GESTIONE DEI PAZIENTI IN ATTESA DEL RISULTATO DEL TAMPONE NASOFARINGEO.....	4
7. RICOVERO DEDICATO.....	5



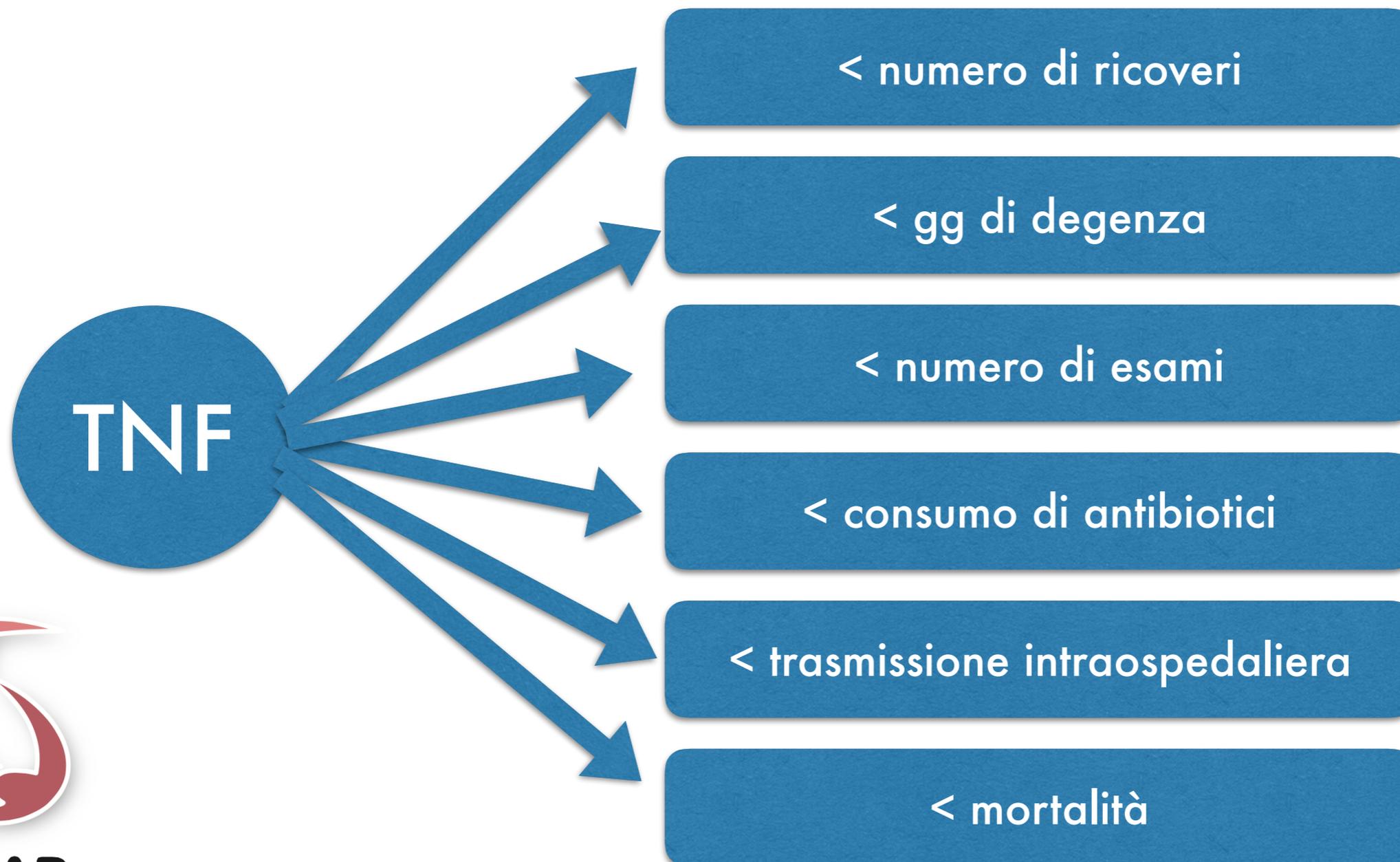
SPIAR
Sicurezza nella cura

Obiettivi

- Individuare precocemente in PS i pazienti con sospetta influenza
- Applicare le norme di infection control per ridurre lo spread intraospedaliero
- Somministrare una terapia antivirale precocemente in modo da ridurre la mortalità



Razionale



AUSL Romagna

Estendendo l'esperienza riminese a tutta l'AUSL si prevede:

- Riduzione di almeno 500 ricoveri e 5000 gg degenza
- Riduzione dei tempi di attesa in PS (13.500 h)
- Riduzione della mortalità cruda del 25% (120 decessi in meno)
- Riduzione del consumo di antibiotici di circa 5 DDD/gg deg



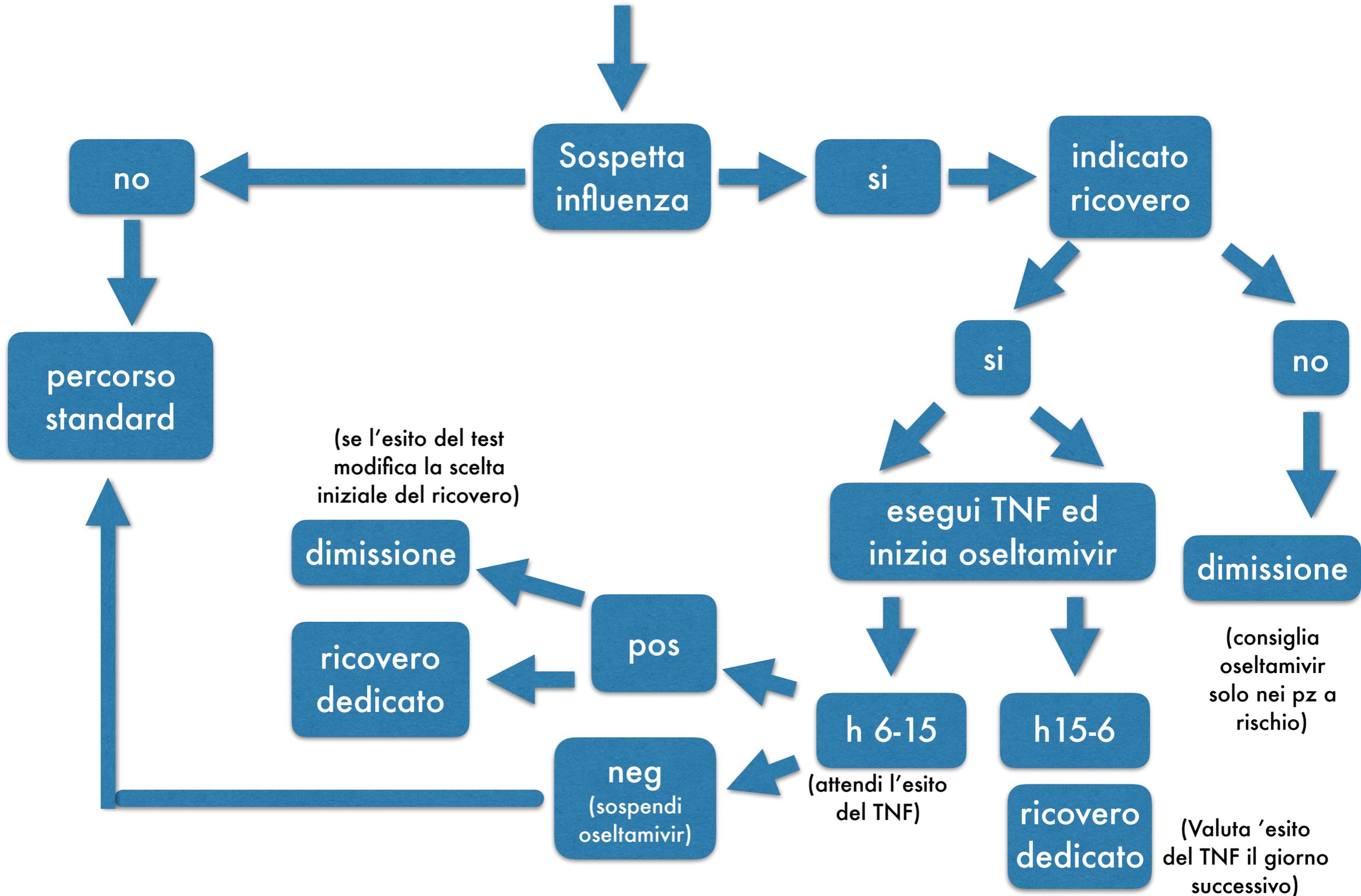
Individuare caso sospetto di influenza

(indipendentemente dallo stato vaccinale)

- **Pazienti con insorgenza acuta (meno di 72 ore) di febbre associata a segni e sintomi delle alte e basse vie respiratorie**
- **Pazienti con peggioramento acuto (meno di 72 ore) di una malattia cardiopolmonare cronica (BPCO, asma, malattia coronarica o insufficienza cardiaca) con o senza febbre**
- **Pazienti con sepsi (qSOFA ≥ 2) (Criteri qSOFA: confusione mentale, frequenza respiratoria $>$ di 22 atti/minuto, pressione arteriosa sistemica > 100 mmHg)**



Acesso del paziente in PS



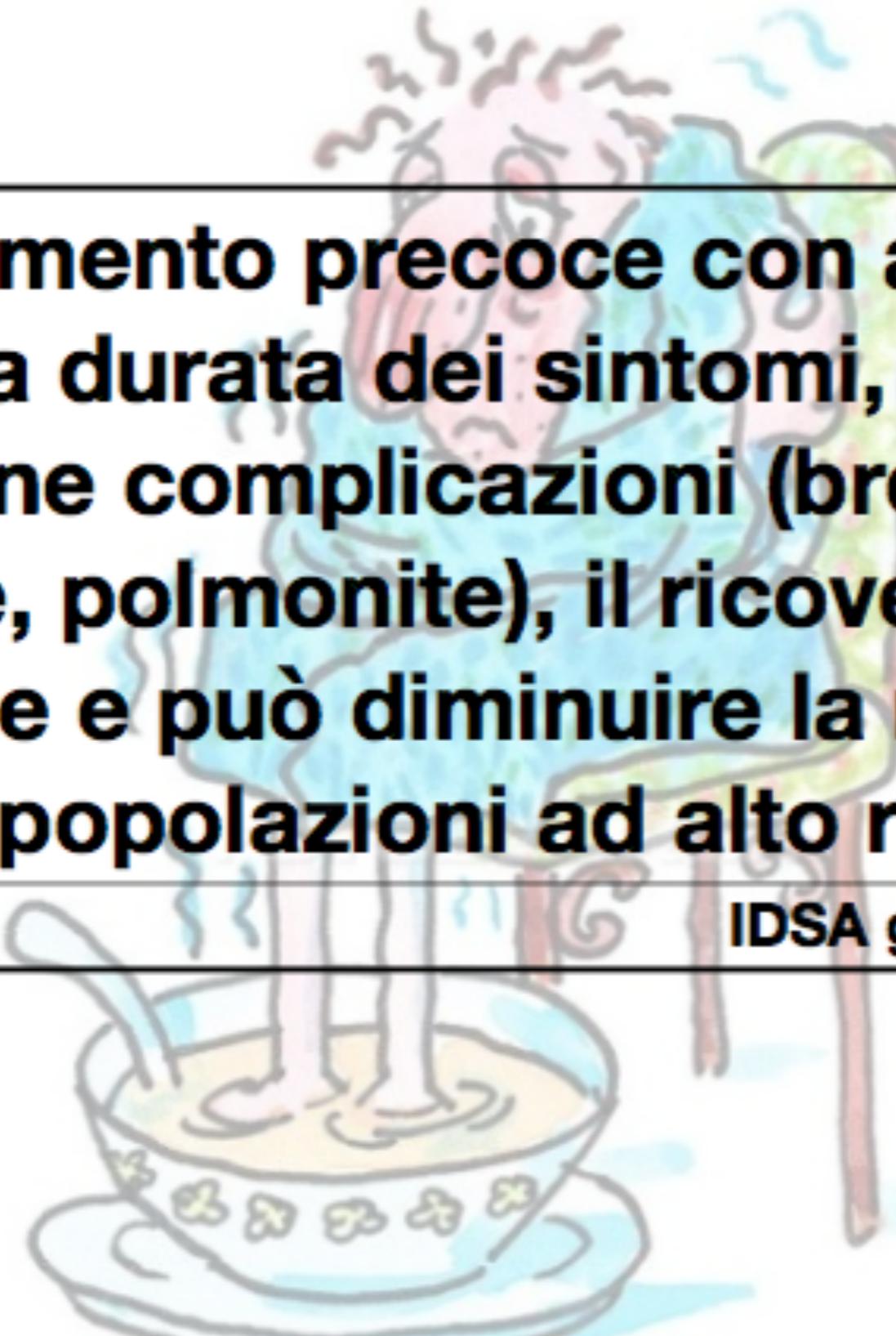


Terapia SI? Terapia NO?

SCIENTIFIC ADVICE

Expert opinion on
neuraminidase inhibitors for the
prevention and treatment of
influenza

Review of recent systematic reviews and meta-analyses

A cartoon illustration of a person with pink skin and spiky hair, wearing a blue shirt and green pants, sitting at a table. In front of them is a white bowl with a blue rim and a spoon, containing a yellowish soup. The person has a sad expression. The background is light blue with some wavy lines.

Il trattamento precoce con antivirali riduce la durata dei sintomi, il rischio di alcune complicazioni (bronchite, otite, polmonite), il ricovero in ospedale e può diminuire la mortalità tra le popolazioni ad alto rischio.

IDSA guidelines 2018

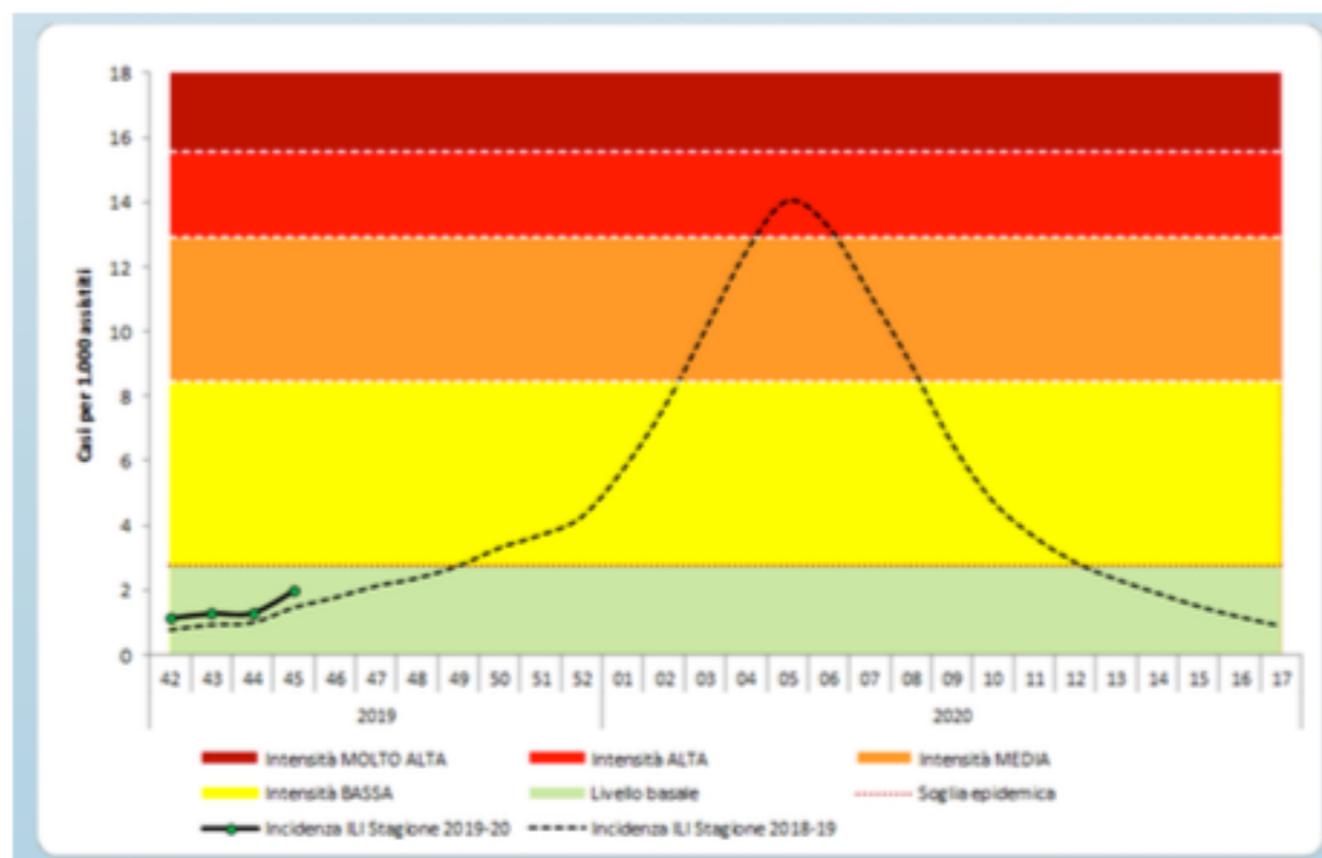
Consumo Oseltamivir DDD/10000-Flusso AFO

	N° DDD 2019	N° DDD 2018	Var% 19/18
DDD PER 10.000 ab pes			
AUSL PIACENZA	17,2	12,8	34,4%
PARMA	16,4	11,7	40,0%
REGGIO EMILIA	11,4	7,3	55,2%
MODENA	12,0	9,5	26,6%
BOLOGNA	26,8	11,2	139,4%
AUSL IMOLA	1,9	0,7	150,0%
FERRARA	2,5	5,9	-57,8%
RAVENNA	18,7	14,1	32,8%
FORLI	16,0	7,2	122,7%
CESENA	18,7	13,0	43,6%
RIMINI	43,2	40,4	6,8%
ROMAGNA	25,2	20,2	24,8%
REGIONE	17,9	12,2	47,0%

Rapporto Epidemiologico InfluNet

Stagione Influenzale 2019 - 2020

Le soglie della stagione in corso per l'Italia sono: **2,96** casi per mille assistiti (livello basale), **8,93** (intensità bassa), **13,88** (intensità media), **16,86** (intensità alta), oltre 16,86 (intensità molto alta)



Durante la 45° settimana il valore della incidenza totale è pari a **1,97** casi per mille assistiti

Si sottolinea che l'incidenza osservata in alcune regioni è **fortemente influenzata dal ristretto numero di medici e pediatri che hanno inviato, al momento, i loro dati**



Stagione 2018-2019

		Positivi	Tamponi eseguiti	%	%TOT
Cesena	Influenza A Influenza B RSV	166 0 91	610	27 0 15	42
Forlì	Influenza A Influenza B RSV	162 0 89	632	26 0 14	30
Faenza	Influenza A Influenza B RSV	66 1 42	273	24 0,4 15	39,4
Lugo	Influenza A Influenza B RSV	98 1 38	349	28 0,3 11	38,3
Ravenna	Influenza A Influenza B RSV	119 0 74	492	24 0 15	39
Riccione	Influenza A Influenza B RSV	96 0 32	412	23 0 8	31
Rimini	Influenza A Influenza B RSV	299 1 194	1272	24 0,1 15	39,1
AUSL Romagna	Influenza A Influenza B RSV	1006 3 560	4040	25 0,1 14	39,1

Appropriatezza es microbiologici

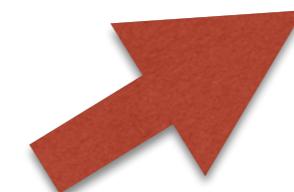
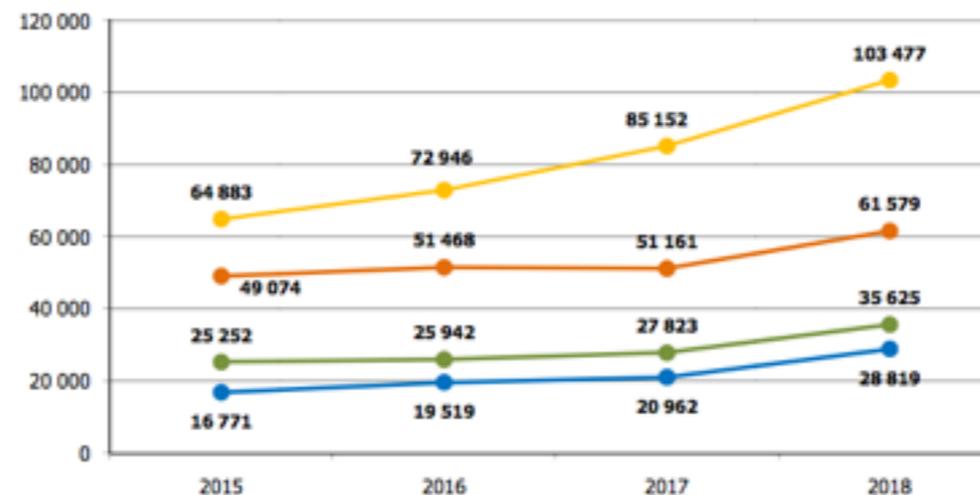
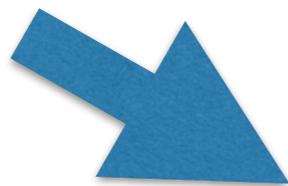
	% pos/richieste
Parassitologico feci	0,7
Ag urinario legionella	1,7
Ag urinario pneumococcico	10
Clostridium	15
emocoltura	17
BDG	22
urinocoltura	38
BAL	38
TNF influenza VRS	39



Stagione 2018-2019

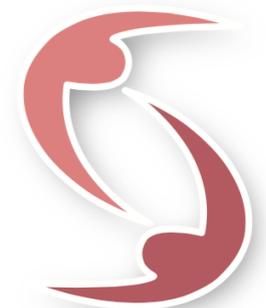
	Tamponi eseguiti	positivi
Cesena	610	237
Forlì	632	246
Ravenna	1114	444
Rimini	1684	656
AUSL Romagna	4040	1583

Previsione	Tamponi eseguiti	positivi
Cesena	800	300
Forlì	800	300
Ravenna	2000	780
Rimini	1684	650
AUSL Romagna	5000	2000



Sostenibilità

- Il costo del test/paziente è di circa 30 euro
- La riduzione del costo che ogni test è in grado di indurre è di 300-1000 euro/**paziente** (Impact of molecular point-of-care testing on clinical management and in-hospital costs of patients suspected of influenza or RSV infection: a modeling study. Rahamat-Langendoen J, Groenewoud H, Kuijpers J, Melchers WJG, van der Wilt GJ. *J Med Virol.* 2019 Aug;91(8):1408-1414. doi: 10.1002/jmv.25479. Epub 2019 Apr 14.)
- Eseguire il test in PS piuttosto che in Reparto, fa risparmiare circa 140 euro/**paziente e riduce il tempo di attesa in PS di circa 9h.** (Economic Impact of a New Rapid PCR Assay for Detecting Influenza Virus in an Emergency Department and Hospitalized Patients. Soto M, Sampietro-Colom L, Vilella A, Pantoja E, Asenjo M, Arjona R, Hurtado JC, Trilla A, Alvarez-Martínez MJ, Mira A, et al. *PLoS One.* 2016; 11(1):e0146620. Epub 2016 Jan 20.



SPIAR
Sicurezza nella cura

Sostenibilità

- Estendendo l'esperienza riminese a tutta l'AUSL si prevede:
 - Riduzione di almeno 500 ricoveri e 5000 gg degenza
 - Riduzione dei tempi di attesa in PS (13.500 h)
 - Riduzione della mortalità cruda del 25% (100 decessi in meno)
 - Riduzione del consumo di antibiotici di circa 5 DDD/gg deg
 - Test da seguire circa 5000
 - Spesa globale per il test 130.000 euro
 - Valutando che il 25% dei test risulta positivo (1500 pazienti) e calcolando un risparmio di circa 500-1000 euro sul percorso del paziente, il risparmio globale sarà di circa 1-1.5 milioni di euro

