



Giorgio Ballardini
Direttore Medicina Interna di Rimini

Presidente FADOI Emilia Romagna

BOLOGNA

ROYAL HOTEL CARLTON

Via Montebello, 8

2 DICEMBRE 2019

FOCUS

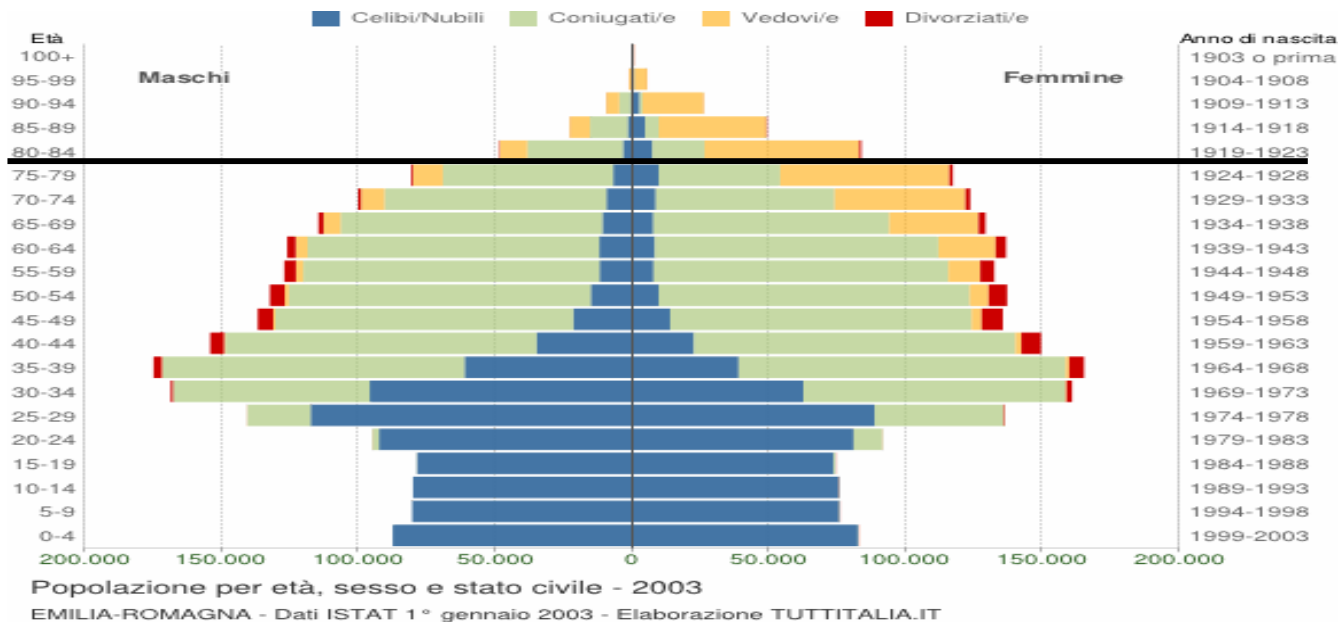
**LOTTA ALLE INFEZIONI CORRELATE
ALL'ASSISTENZA**

2019 **MOTORE** 
SANITA' 
Gestire il Cambiamento

**OVER
80**

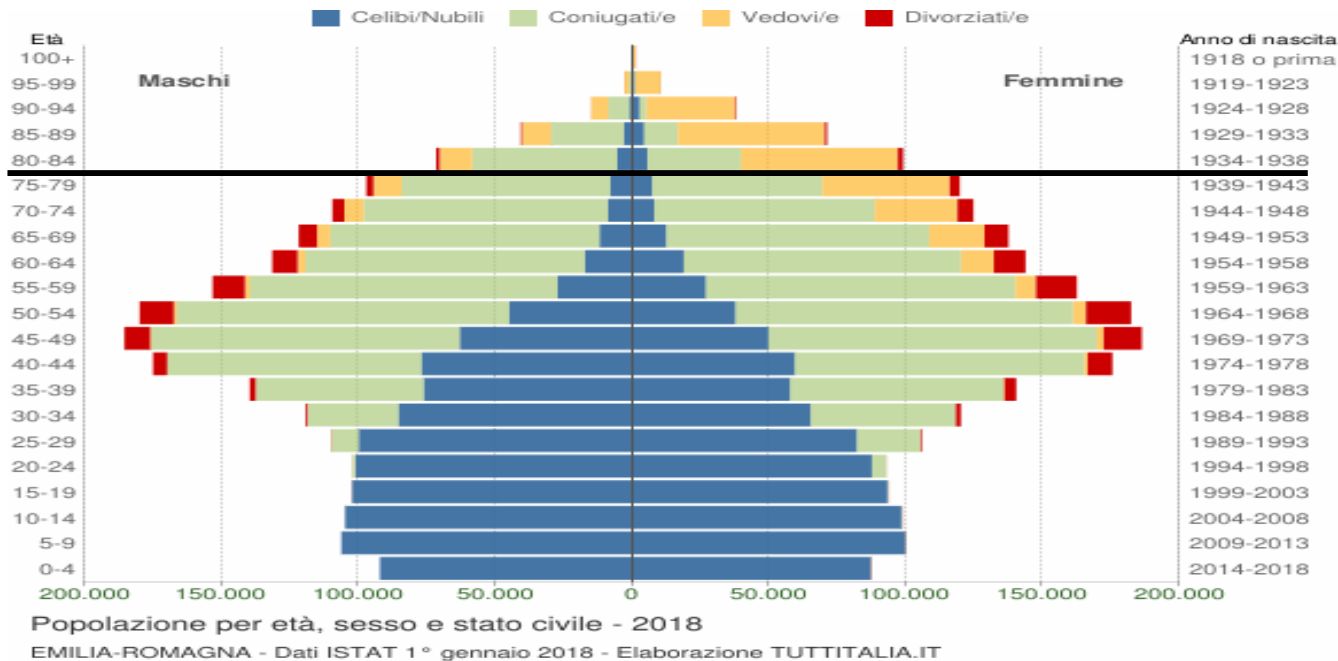
**247.629
6.1%**

2003

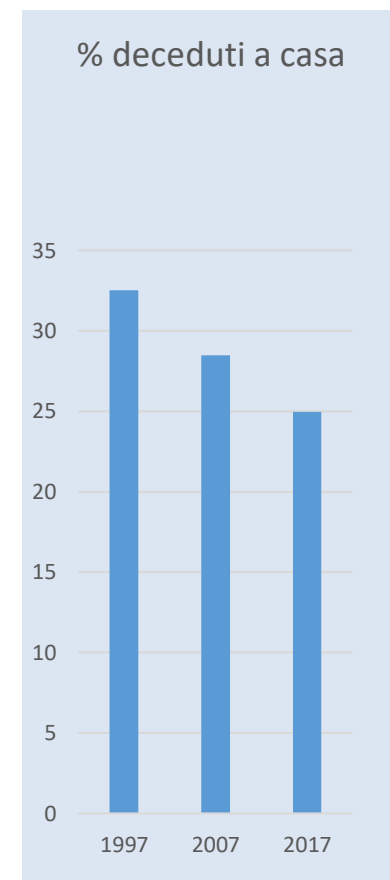
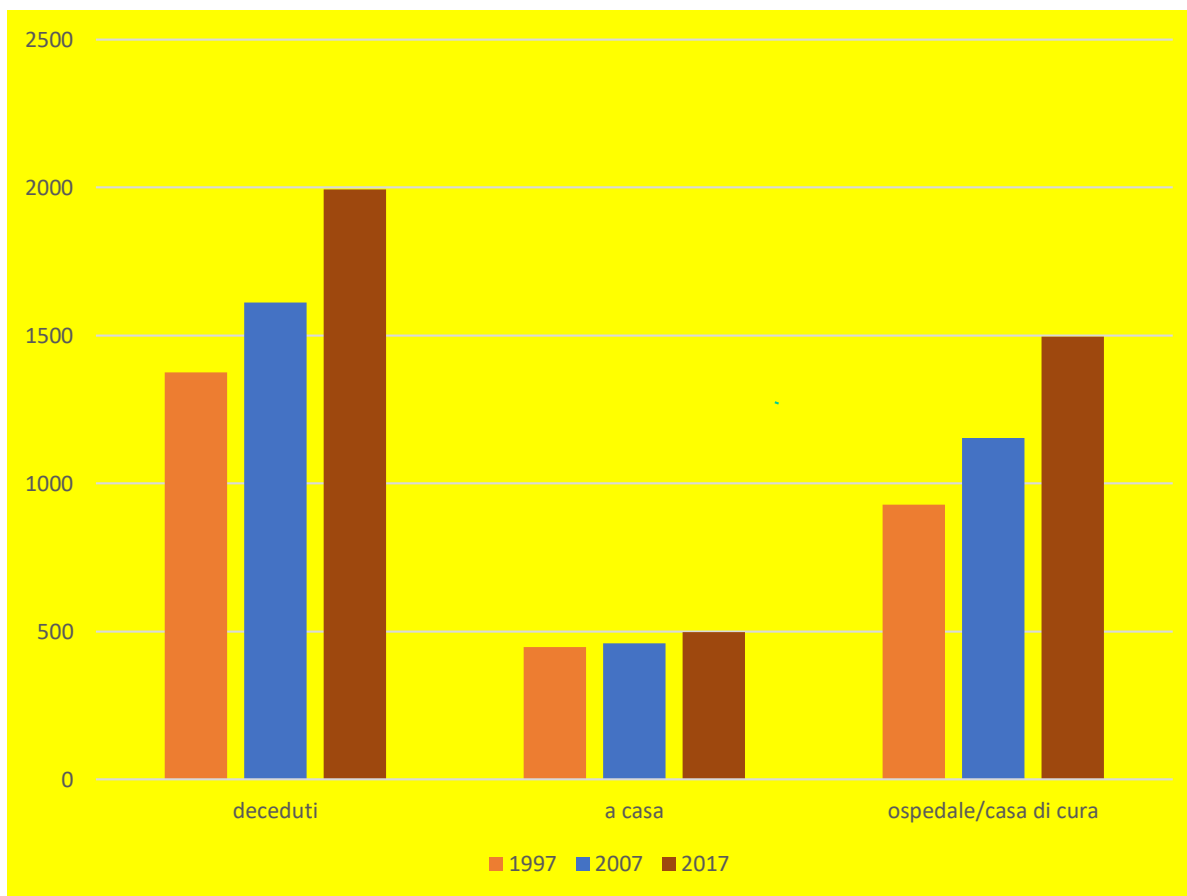


**350.809
7.9%**

2018

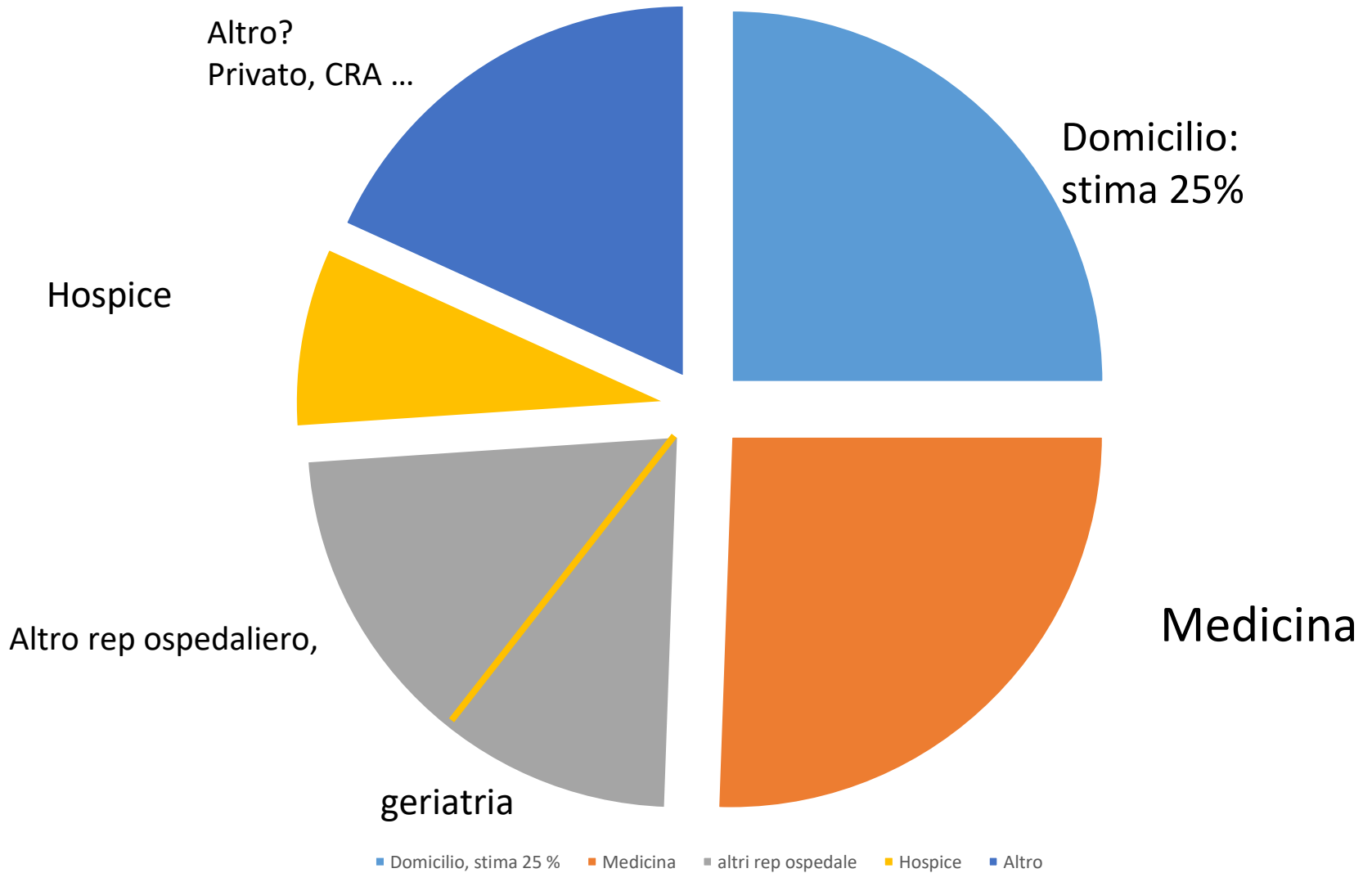


Deceduti a Rimini: 1997---2007---2017



Fonte:
Comune di Rimini

Provincia Rimini, deceduti 2016: 3200



Il contesto

- L'organizzazione punta molto sulla domiciliazione, sul territorio, sugli Ospedali di Comunità
- Le attese delle famiglie sono alte
- Spesso i pazienti «acuti» sono centralizzati, «saltando» l'ospedale più vicino, a favore dell'ospedale con maggiore dotazione di tecnologia.
- Compare una nuova categoria di paziente: il CRONICAMENTE ACUTO, che vive grazie ad interventi intensivi e supporti (es. NIV), difficile da dimettere o trasferire in setting a più bassa intensità di cure

L'Ospedale «medio-grande» 400-600 letti

la medicina interna 2 popolazioni

Il giovane/anziano

portatore di devices o con
complicanze post
trattamenti specialistici

cateteri, CVC, port, stomie,
urostomie, drenaggi
percutanei, stent biliari

immunodepresso da terapia

Il grande anziano
fragile

- La degenza si allunga
- Il rischio di infezioni correlate all'assistenza aumenta
- Molti pazienti provengono da strutture di degenza, il confine fra infezioni di **comunità** e infezioni **nosocomiali**, si assottiglia e impone un cambio di paradigma nella terapia empirica: **l'ecologia microbica locale**

Il rischio infettivologico è prevenibile ma non evitabile;

è uno dei rischi ammessi nelle procedure che avvengono in ospedale, così come il rischio anestesiologicalo o quello trombo-embolico.

C'è sensibilità in Medicina
sulla tematica delle infezioni
correlate all'assistenza?

Paziente con sepsi a partenza dalle via urinarie ed isolamento colturale di EColi ESBL+; che antibiotico utilizzeresti ? quale durata?

1 Escherichia coli

ANTIBIOTICI	I	MIC
Amikacina	S	≤2
Amoxicillina/ac. clavulanico	R	16
Nitrofurantoina	S	≤16
Cefepime	R	8
Cefotaxima	R	≥64
Ceftazidima	R	16
Ciprofloxacina	R	≥4
ESBL	+	Pos
Fosfomicina	S	≤16
Gentamicina	S	≤1
Imipenem	S	≤0,25
Meropenem	S	≤0,25
Piperacillina/Tazobactam	S	≤4
Trimetoprim/sulfametoxazolo	S	≤20

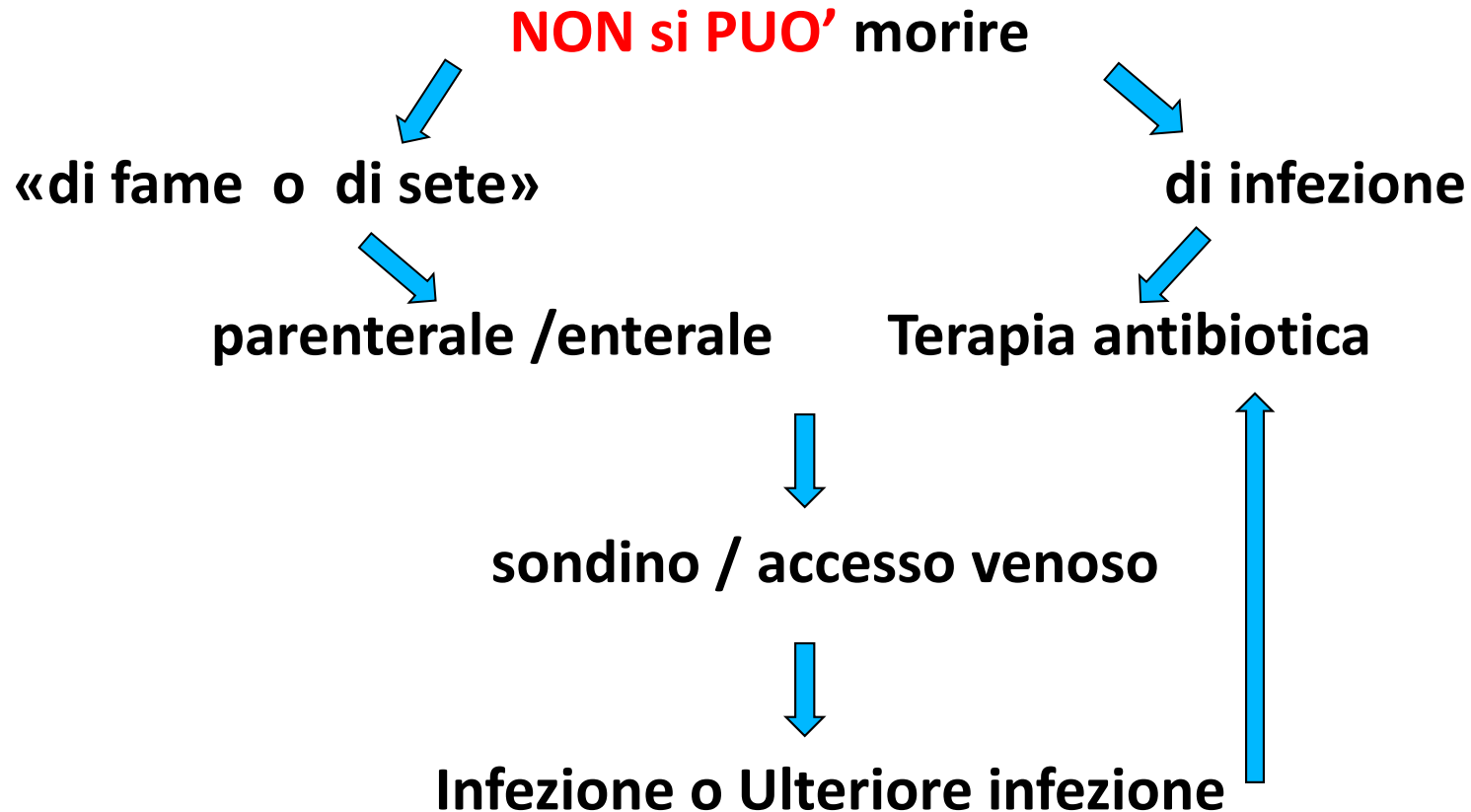
S=Sensibile, R=Resistente, I=Intermedio

- Clostridium Difficilis: problematiche cliniche e gestionali
- Il paziente portatore di KPC: problematiche cliniche e gestionali
- La gestione del rischio infettivo

Non si muore più di vecchiaia

(eventualmente di frailty – fragilità)

Si **può** morire di tumore, infarto, ictus, morte improvvisa...





Con il Patrocinio richiesto
Ministero della Salute

Giornata Nazionale FADOI-ANÍMO
del **II EDIZIONE**

fine **vita**

EMILIA ROMAGNA

cure palliative,
cure simultanee
cure proporzionate

15.50 I sintomi di fine vita: rimodulazione clinico-assistenziale.
Cristina Pittureri

16.10 Quali obiettivi della terapia antibiotica nel fine vita?
Francesco Cristini

16.30 Identificazione precoce dei bisogni assistenziali nei pazienti cronici in cure palliative. ***Anna Morselli***

Area Magna,

Palazzo della Regione ER
BOLOGNA