

definizione dello status di fumatore o ex fumatore, si è fatto riferimento alle definizioni del CDC di Atlanta. I risultati sono stati inseriti in un database FileMakerPro e i dati, analizzati con software Stata 15.

RISULTATI

Sono stati intervistati 248 dipendenti, 101 uomini (40,7%) e 147 donne (59,3%). La media dell'età degli intervistati è di 49,6 anni. I fumatori nell'Ospedale rappresentano il 19% dei dipendenti intervistati (48% donne, 52% uomini). Il 36% di questi ha dichiarato di fumare durante l'orario di lavoro, seppur all'esterno dell'Ospedale. Gli ex fumatori rappresentano il 42% del totale. Ben 49 (19,7%) operatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da più di 6 mesi. La percentuale dei fumatori tra il personale del comparto sanitario è del 24% mentre tra i Medici scende al 17%. Gli Operatori fumatori nelle UU.OO. di Emergenza/Urgenza (Pronto Soccorso e Sala Operatoria) è del 34%, mentre quelle dei fumatori in area Medica (21%) e Chirurgica (20%) appaiono sovrapposibili.

CONCLUSIONI

Dall'indagine è emerso che il problema del fumo tra gli Operatori Sanitari è ancora di forte attualità. La maggiore percentuale di fumatori nelle Unità di Emergenza è indicativa della problematica stress-lavoro correlato. Alla luce dei risultati appare quindi opportuno promuovere momenti di informazione e sensibilizzazione degli operatori sui danni alla salute causati dal fumo e sui corretti stili di vita per favorire una maggiore compliance anche dei pazienti a cui viene consigliato di smettere di fumare e che considerano gli Operatori Sanitari un esempio da seguire.

Attività di vigilanza e controllo SISIP nelle strutture ricettive del territorio della ASL ROMA1

M. RAFFO¹, S. DELFINO², A. TUMBARELLO¹, F. DI GREGORIO¹, V. LAURITA¹, P. ORLANDI¹, D. GROSSI¹, A.M. VECCHIO¹, F. DE SANTIS¹, C. CORONAS¹, S. GIACOMINI¹, V. CERABONA¹, E. DI ROSA¹

(1) UOC SISIP, Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma1 (2) Libero professionista, Tecnico della Prevenzione Ambienti Luoghi di Lavoro

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi 5 anni le attività ricettive presenti nel territorio della ASL Roma 1 sono quasi raddoppiate, sia per l'estensione del territorio (524 kmq), sia per la presenza di aree a forte vocazione turistica (Centro storico, Città del Vaticano).

In tale ambito, riveste una particolare importanza l'attività di sorveglianza e controllo effettuata dal SISIP per la tutela degli aspetti igienico-sanitari connessi.

È stato intrapreso uno studio sui dati raccolti nel corso delle attività di sopralluogo nelle strutture ricettive notificate al SISIP nell'anno 2017 finalizzato ad individuare elementi utili per un'efficace azione di prevenzione sul territorio.

MATERIALI E METODI

In una prima fase sono stati selezionati i dati relativi alle SCIA di attività ricettiva presenti nel 2017 e ricercate le note di prescrizioni indirizzate ai titolari a seguito delle criticità riscontrate.

Infine, è stata elaborata una classificazione delle criticità per tipologia. I dati raccolti sono stati analizzati mediante software Excel.

RISULTATI

Nell'anno 2017 sono inviate al SISIP dal SUAR del Comune di Roma 1035 comunicazioni di SCIA di attività ricettiva: ne sono state ispezionate 354 (35% del totale). Si è trattato soprattutto di casa-vacanza (il 41,2%) e affittacamere (28,5%), a seguire alberghi (16,4%) e B&B (8,5%).

In 38 strutture, pari circa all'11%, sono state riscontrate criticità: sul totale di queste, il 61% aveva solo 1 criticità, il 29% ne aveva 2, fino a 3 criticità il 5% delle attività ispezionate e addirittura a 4 il restante 5%. Nel 34% dei casi si trattava di posti letto oltre la norma, nel 18,9% di carenze strutturali generali, nel 15,1% di mancanza di documentazione valida, nell'11,3% di superficie insufficiente, nel 9,4% di camere con altezza minore e nel 7,5% di superficie fenestrata inferiore alla norma.

CONCLUSIONI

Dallo studio effettuato sono emerse numerose problematiche relative a:

- l'aumento di ricettività rispetto a quanto dichiarato in SCIA (posti letto in soprannumero);
- la presenza di superficie, altezza o apertura fenestrata delle camere non conforme alla norma;
- la mancanza di requisiti per i disabili;
- la mancanza di documentazione valida, spesso in presenza di non conformità igienico-sanitaria;
- la mancanza, in una quota significativa delle strutture ricettive interessate da cluster epidemici, di DVR contenente la valutazione del rischio legionella e di programma di manutenzione degli impianti idrici ai fini della prevenzione della legionellosi.

Patient Blood Management (PBM): ruolo della Direzione Sanitaria nel recepimento normativo e nello sviluppo di un percorso multidisciplinare

E. SOLIMBERGO¹, E. MARCANTE², F. SCOTTON², C. BERTONCELLO², D. MONTEMURRO³, A. RIGO³, P. PASQUALETTI⁴, G. CICUTO⁵

(1) UOSD Trasfusionale, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta (2) Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova (3) UOC DMO, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta (4) UOC Medicina, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta (5) UOSD Trasfusionale, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta

INTRODUZIONE

Il Patient Blood Management è una strategia multidisciplinare e multimodale che mette al centro la salute e la sicurezza del paziente, migliora i risultati clinici basandosi sulla risorsa sangue dei pazienti stessi. È basato su tre pilastri fondamentali: ottimizzazione dell'eritropoiesi, della tolleranza all'anemia e contenimento delle perdite ematiche; temporalmente viene suddiviso in: periodo preoperatorio, intraoperatorio e postoperatorio. In Italia il 2/11/2015 è stato emanato un DL dal Ministero della Salute che all'art.25 definisce e implementa questi programmi sul territorio nazionale, per il paziente chirurgico candidato ad intervento in elezione. Nel 2016 il Centro Nazionale Sangue ha emanato le Linee Guida per PBM. La Commissione Europea richiama l'attenzione sull'argomento con le linee guida del 2017 (Building National Programs of PBM; Guide for Health Authorities). Nella nostra struttura Ospedali Riuniti Padova Sud, per garantire un miglior outcome dei pazienti e la riduzione dei costi sanitari è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dalla Direzione Medica per adeguarsi all'obbligo normativo. Sono state coinvolte come UOC pilota quelle a maggior consumo trasfusionale.

MATERIALI E METODI

Il profilo organizzativo adottato non ha destrutturato il percorso che il paziente candidato ad intervento chirurgico in elezione normalmente affronta, non si è resa necessaria un'implementazione delle risorse umane. È stato inserito l'utilizzo dell'emoglobinometro per eseguire uno screening rapido dell'anemia, durante la prima visita chirurgica al momento dell'arruolo all'intervento. Viene consegnato un modulo informativo firmato dal medico e dal paziente, con indicata la terapia marziale per i pazienti anemici e le indicazioni per il monitoraggio nel percorso extra-ospedaliero da parte del MMG. È quindi possibile recuperare il tempo necessario per un'adeguata terapia orale prima della pre-ospedalizzazione e facilitare la correzione dell'anemia.

RISULTATI

Abbiamo redatto un PDTA condiviso dal gruppo di lavoro, implementato da un percorso informatico per la tracciabilità e la revisione programmata dei dati anche da remoto. La start-up inizia a giugno 2019 con monitoraggio a 6 mesi. L'indicatore di performance è la % di pazienti non anemici sul totale di pazienti operati (soglia indicatore 90%).

CONCLUSIONI

Con lo screening dell'anemia in sede di prima visita ambulatoriale ed il monitoraggio extra-ospedaliero, il paziente viene seguito in modo conti-