

# Collaborazione tra centri antiveleni (CAV)

Dott. F. Davanzo , Dott. R. Villani, Dott. M. Sasso

## La situazione pregressa

- La collaborazione è iniziata nel 2001 con la monitorizzazione nazionale delle Esposizioni acute ad antiparassitari ed è poi proseguita con il progetto SIN-SEPI relativo alle esposizioni pericolose e alle intossicazioni



## Azioni svolte

- Costanti e frequenti contatti (telefonici, WhatsApp, e-mail) fra i due Centri Antiveleni, con inizio del rapporto di gemellaggio istituzionale da maggio 2018.



## Obiettivi raggiunti

- Implementare le indicazioni cliniche, diagnostico-terapeutiche condivise (es. sospetto morso di ragno violino; indicazioni terapeutiche per una miglior presa in carico delle ustioni da sostanze chimiche in emergenza)
- Miglioramento archivio informatico
- Nuova pagina web
- FarViCAV (farmacovigilanza dei centri antiveleni); progetto nazionale di farmacovigilanza attiva basato sulla casistica raccolta in urgenza dai centri antiveleni

## Discussione dei risultati

- Implementazione "RETE CAV": esperti tossicologi a supporto dell'identificazione, della diagnosi e delle terapia delle intossicazioni acute
- Riferimento immediato extra ed intraospedaliero su criticità emergenti
- Contribuire a far emergere il ruolo dei CAV nell'azione diagnostico terapeutica in emergenza-urgenza in ambito sanitario.

## LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AZIENDALE

Dott P. Barbieri / Dott.ssa S. Battimelli

### La situazione pregressa

Descrizione delle attività di gestione del Rischio Clinico nelle due realtà Aziendali, prima dell'incontro tra le stesse.



### Azioni svolte

Confronto dei livelli organizzativi tra le due Aziende.



### Obiettivi raggiunti

- Utilizzo di una piattaforma informatica di segnalazione;
- impronta manageriale nella gestione del Rischio Clinico;
- formazione del personale in materia di "sicurezza del paziente";
- ottimizzazione nella gestione della prevenzione del rischio.

### Discussione dei risultati

Le Nostre Aziende sono giunte a risultati sovrapponibili.

E' auspicabile una spiccata "sensibilità" delle Direzioni Strategiche Aziendali nel captare le anomalie del percorso assistenziale prima ancora che queste divengano "eventi avversi".

# Infezioni Ospedaliere

Prof. M. Puoti – Dott.ssa P. Saturnino

## La situazione pregressa

- Scambio documentazione
- Attività svolte in tema di prevenzione ICA
- Condivisione programmi

## Azioni svolte

- Relazione annuale sulle ICA
- Gruppo Antimicrobial Stewardship
- Revisione protocolli (valutazione adesione protocollo profilassi chirurgica)
- Stesura nuovi protocolli
- Elaborazione poster
- Progetto “Lavaggio mani”
- Distribuzione dispenser gel idroalcolico
- Organizzazione “Giornata Aziendale lavaggio mani”
- Schede richieste motivate per antimicrobici selezionati
- Confronto dati Studio di Prevalenza Europeo

## Obiettivi raggiunti

- Prevalenza “sepsi” tramite SDO (UOC Epidemiologia)
- Tasso infezioni batteri MDR
- Politica risparmio carbapenemico
- Implementazione uso gel idroalcolico
- Valutazione procedura del lavaggio mani con box pedagogico e utilizzo schede dedicate
- Consumato totale per ATC in DDD/100gg degenza
- Valutazione appropriatezza prescrittiva antimicrobici con schede dedicate

## Discussione dei risultati

AORN Cardarelli:

- **Tasso di infezione** 2016: 6,8% - tasso infezione 2017 5,06%
- **Riduzione spesa meropenem** nel 2017 rispetto al 2016: - 38% - riduzione consumato:  
DDD/100gg degenza meropenem: 2016: 7,6g 2017: 4g  
DDD/100gg degenza J01 2016: 191g  
DDD/100gg degenza J01 2017: 156g
- **Dati studio PPS:** totale HAI anno 2012: 6,5% –  
**Totale HAI** anno **2016: 3,4%**  
Antibiotici non appropriati anno 2012: 77%  
anno **2016: 15,2%**



## La gestione delle Maxiemergenze per pazienti politraumatizzati con gravi ustioni

## Protocollo di collaborazione per l'impiego della cute da donatore nei pazienti gravemente ustionati

Dott. A. De Angelis, Dott. F. Bertuzzi, Dott. R. D'Alessio, Dott. R. Villani

### La situazione pregressa

- Triage primario
- Controllo centrale del Flusso dei pazienti
- Trasporto/ evacuazione primaria
- Potenziamento della capacità d'intervento dei centri riceventi/ capacità sostenuta
- Ridistribuzione dei pazienti/cure definitive

### Azioni svolte

- Nessun coinvolgimento dei centri ustioni nel Triage primario
- Sovraffollamento del C.U. con pazienti senza possibilità di sopravvivenza e ricoveri inadeguati dei pazienti "salvabili" in centri non specialistici
- Rapido depauperamento di scorte di materiali e risorse umane inadeguate
- Ridistribuzione dei pazienti/cure definitive con alto tasso di mortalità

### Obiettivi raggiunti

- Piani di intervento con coinvolgimento diretto dei Centro Ustioni di riferimento fin dal primo soccorso
- Potenziamento del piano di emergenza dell'ospedale sede del C.U.
- Necessità di una rete di ospedali collegati al C.U.
- Ridistribuzione dei pazienti in fase acuta (immediatamente dopo il triage e le prime cure) o in fase di convalescenza evitando il trasferimento in fase sub-acuta



### La situazione pregressa

- N° ricoveri/anno TIGU AORN Cardarelli : 100 pazienti grandi ustionati /anno
- Al momento nessuna disponibilità di Banca della cute nel Sud Italia
- Acquisto presso la Banca della cute dell'Ospedale M. Bufalini di Cesena
- Tempo di attesa: almeno 48 h
- Costo tot/anno: 50.000/60.000 euro (costo cute + trasporto)

### Protocollo di collaborazione

- Prelievo della cute da donatore multi organo presso l'AORN Cardarelli (30 donatori stimati/anno)
- Invio della cute prelevata presso il Niguarda per processazione e congelamento
- Reinvio della cute criopreservata presso l'AORN Cardarelli prontamente disponibile per i pazienti grandi ustionati

### Obiettivi raggiunti

- Accordo di fattibilità con i rispettivi Centri Regionali Trapianti
- Individuazione locale adeguato alla messa in funzione di un frigo -80 °C già acquistato dall'AORN Cardarelli per lo stoccaggio della cute criopreservata
- Certificazione dei chirurghi plastici "prelevatori" dell'AORN Cardarelli da parte dell'Ospedale Niguarda
- Analisi dei costi



## Condivisione di un progetto formativo

### TRAINING ON THE JOB: Formazione sul campo in Ecocardiografia

Dott.ssa A. Moreo, Dott. E. Bossone, Dott. C. Mauro, Dott. C. Giannattasio

#### La situazione pregressa

- L'ecocardiografia è uno strumento diagnostico indispensabile nella pratica clinica di cardiologi, internisti, medici d'urgenza ed anestesisti che si avvicinano alla metodica con lo scopo di acquisire le conoscenze necessarie alla corretta esecuzione ed interpretazione dell'esame ecocardiografico.
- Il rapido evolvere della metodica con l'introduzione di nuove tecnologie comporta la necessità di un continuo aggiornamento per chi si occupa di ecocardiografia
- Dal 2010 presso l'ASST GOM Niguarda si svolgono corsi pratici di Ecocardiografia (88 edizioni, 385 partecipanti)

#### Azioni svolte

- Identificazione del bisogno formativo
- Revisione programma del Corso
- Identificazione dei discenti e docenti
- Identificazione degli spazi e delle apparecchiature ecografiche che verranno utilizzate
- Revisione del materiale didattico e dei casi clinici interattivi



#### Obiettivi raggiunti

- Identificazione dei partecipanti e del bisogno formativo
- Condivisione del programma del Corso e del materiale didattico
- Identificazione possibili date corsi

#### Discussione dei risultati

- Formazione sul campo: imparare facendo
- Condivisione delle conoscenze e esperienze professionali
- Sostenibilità del progetto

# Trauma

Dott. O. Chiara, Dott.ssa F. Paladino, Dott G. Noschese, Dott P. Festa

## La situazione pregressa

- Corso ATLS per i Dirigenti Medici del PS/OBI e Trauma Center
- Elaborazione dei criteri di centralizzazione primaria e secondaria (approvati dalla Regione Campania)

## Azioni svolte

- Formazione di alcuni chirurghi Campani nel campo del damage control mediante corso tenuto presso il Centro di Biotecnologie del Cardarelli
- Formazione di un Istruttore del Cardarelli per corsi ATOM, certificato dall'American College of Surgeons
- Acquisizione del PDTA del Cardarelli sul trauma dell'aprile 2018 e confronto con i percorsi seguiti a Niguarda con il dr Giuseppe Noschese, responsabile del Trauma Center dell'Ospedale

## Obiettivi raggiunti

- Corso di Advanced Trauma Operative Management giugno 2018 – bacino di utenza operatori meridione d'Italia
- Comparazione dei modelli organizzativi per l'attivazione del trauma team

## Discussione dei risultati

- E' stata verificata la coincidenza dei PDTA tra le due Aziende confermando una comune visione della gestione del paziente con trauma maggiore
- Sono stati evidenziati i punti di debolezza di entrambe le Aziende
- Obiettivo prossimo è colmare il gap nella gestione della fase pre-ospedaliera coinvolgendo nella rete formativa il personale medico e paramedico chiamato sulla scena del trauma
- Estensione della formazione ATLS ed ATOM anche agli specializzandi di Chirurgia attraverso integrazione della rete formativa universitaria



# Cartella clinica informatizzata

Ing. G. Origgi, Ing. G. Mirto, Dott. S. Lodato

## La situazione pregressa

- Al Cardarelli è stata acquisita la CCE (Cartella Clinica Elettronica) da una software house. Lo stato attuale di utilizzo è complesso in quanto molto disomogeneo tra i reparti, con conseguente gestione mista cartacea-elettronica.
- La cartella clinica informatizzata del Niguarda si appoggia su una soluzione in riuso distribuita in modalità trasversale su tutto l'ente. La documentazione dematerializzata è circa l'80% dell'esistente. La documentazione digitale è coerente in tutti i reparti, da circa un anno si stanno effettuando delle configurazioni verticali per specialità

## Azioni svolte

- Call conference avente per oggetto «Confronto su CCE» in cui si sono approfondite le seguenti tematiche
- Confronto su esperienza CCE
- Gestione doppia cartacea-elettronica
- Validità delle firme
- Approcci e metodologie di introduzione della dematerializzazione

## Obiettivi raggiunti

- Forniti suggerimenti e indicazioni dall'esperienza di Niguarda
- Trasmesso da Niguarda il layout del «Manuale della Cartella Clinica» che rappresenta l'outcome di un gruppo di lavoro del 2015 al quale hanno partecipato Medas (società che offre servizi e soluzioni informatiche medicali innovative) e le seguenti Aziende Sanitarie: Poliambulanza di Brescia, Humanitas, Vimercate, Vicenza AUO Pisana e Niguarda

## Discussione dei risultati

Ad oggi l'AORN ha deciso di adottare, relativamente alla gestione "sicura" della cartella clinica, una firma della stessa che si colloca a metà tra una firma debole ed una forte. Precisamente a tutti gli operatori sanitari che non hanno il tempo di poter apporre firma certificata (firma forte) sull'attività svolta vs il paziente tramite cartella clinica, accedendo alla stessa con User Name e Password, è stato fornito apposito PIN da utilizzarsi per la validazione dell'attività svolta (ad esempio l'avvenuta certificazione di somministrazione di farmaci, piuttosto che la modifica del piano terapeutico, etc.).



# Attività Libero Professionale Intramoenia – ALPI

Dott. A. Ambrosio, Dott. P. Busnelli, Dott. G. Elli, Dott.ssa F. Onofaro, Dott. F. Capece

## La situazione pregressa

- Dal 2012 l' A.O. Cardarelli blocca l'attività intramoenia allargata.
- Dal secondo semestre del 2012 le visite e l'attività di ricovero intramoenia avvengono presso la struttura ospedaliera Cardarelli
- Restano attive , specifiche linee di convenzionamento con l' A.O.U. Federico II e poche altre strutture pubbliche cui viene assicurato il personale sanitario



## Azioni svolte

Confronto e scambio di informazioni:

- Trasmissione del regolamento A.L.P.I. del Cardarelli
- Trasmissione dei Progetti Balduzzi attuati ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa
- Trasmissione del tariffario A.L.P.I. per le prestazioni ambulatoriali dei medici nonché di quello per i ricoveri e le prestazioni chirurgiche
- Trasmissione del piano della performance del Cardarelli
- Acquisizione del regolamento A.L.P.I. in aggiornamento dell'A.O. Niguarda CA Granda
- Acquisizione del tariffario A.L.P.I. e di quello della solvenza del l'A.O. Niguarda CA Granda

## Obiettivi raggiunti

- Confronto tra i regolamenti A.L.P.I. del Cardarelli e del Niguarda
- Confronto tra i tariffari delle due Aziende Ospedaliere
- Confronto tra il numero di assicurazioni in convenzione con accesso diretto tra il Cardarelli (**unica convenzione** vigente CASAGIT; due convenzioni in dirittura di arrivo) ed il Niguarda(annovera **21 assicurazioni con accesso diretto**)
- Spunti di riflessione per l'applicazione omogenea dell'impianto normativo e per la programmazione di protocolli condivisi

## Discussione dei risultati

- Aggiornamento dei regolamenti inerenti l'A.L.P.I. sulla base di incontri reciproci, anche via skype
- Introduzione della solvenza alla stregua dell'Azienda Ospedaliera Niguarda anche presso l'A.O. A. Cardarelli
- Approfondimento della gestione di eventuali ricoveri in A.L.P.I. non programmati che scaturiscono da situazioni di emergenza
- Applicazione di procedure accreditate ed analoghe tra le due Aziende Ospedaliere nella gestione del confort alberghiero per i pazienti paganti la differenza di classe



## comparazione attività dipartimenti tecnologie avanzate

Dott. A. Vanzulli, Dott. M. Muto

### Azioni

- Valutazione comparativa tecnologica, organizzativa, delle risorse umane e delle prestazioni in diagnostica per immagini

### Situazione Descritta

Esistono differenze di numero apparecchiature di alta tecnologia a disposizione (+ Niguarda) integrate in un contesto territoriale diverso e una modesta maggiore prevalenza di personale (+ Cardarelli)

### Obiettivi raggiunti

#### PUNTI DI FORZA

- Organizzazione per intensità di cura
- Copertura h 24 (Cardarelli)

#### PUNTI DI DEBOLEZZA

- Utilizzo risorse non ottimizzato (entrambe)
- Attività senologica sottodimensionata (Niguarda)

### Discussione dei risultati

I risultati mostrano che anche in rapporto alla tipologia di discipline presenti, (al Cardarelli manca Cardiochirurgia), il numero di prestazioni globali è maggiori al Cardarelli e ciò tuttavia è da correlare anche ad una carenza territoriale che identifica questo ospedale come unico presidio per il PS cittadino



# The Right Heart International Network RIGHT-NET

Dott. E. Bossone, Dott.ssa A. Moreo, Dott.ssa C. Giannattasio, Dott. C. Mauro

## La situazione pregressa

- L'unità anatomico-funzionale cuore destro circolo polmonare (P.C.U.) è determinante nella prognosi delle malattie cardiovascolari.
- L'ecocardiografia a riposo e durante esercizio fisico rappresenta il test non invasivo più utilizzato, meno costoso, più sicuro per la valutazione della P.C.U.

## Azioni svolte

- Costituzione di una rete internazionale per lo studio dell'unità anatomico-funzionale cuore destro-circolo polmonare.
- Controllo di qualità dei laboratori di ecocardiografia coinvolti.
- Disegno ed implementazione di un protocollo di studio e relativo data base.

## Obiettivi raggiunti

- Certificazione di qualità dei laboratori di ecocardiografia coinvolti.
- Condivisione di know-how e delle linee guida internazionali inerenti le patologie del cuore destro-circolo polmonare.
- Arruolamento di > 1700 pazienti nei vari centri internazionali ad alta specialità.

## Discussione dei risultati

- Implementazione di una metodologia condivisa secondo le linee guida internazionali inerenti la valutazione ecocardiografica dell'unità anatomico-funzionale cuore destro – circolo polmonare.
- Formazione.
- Analisi dei dati per valutazione dell'impatto prognostico dell'unità anatomico-funzionale cuore destro - circolo polmonare nelle varie patologie cardiovascolari
- Sostenibilità



# Medicina Interna: Paradigma di Complessità assistenziale

Dott. F. Colombo, Dott. V. Artiola, Dott.ssa A. Lolli, Dott. G. Uomo

## La situazione pregressa

- Storicamente per i pazienti ricoverati in Medicina Intera viene attribuito un basso livello di complessità assistenziale
- L'età avanzata, le rilevanti comorbidità, la disabilità rendono invece l'assistenza a questi pazienti assai impegnativa
- Di regola, non vengono applicati strumenti per rilevare la complessità assistenziale in questo gruppo di pazienti

## Azioni svolte

- Misurazione della complessità assistenziale attraverso tre indici (Barthel, Charlson, Extton- Smith) in tutti i pazienti ricoverati dal 1-10 al 31-10-2018 nei Dipartimenti di Medicina del Niguarda e del Cardarelli
- Valutazione nella stessa popolazione di parametri epidemiologici generali

## Obiettivi raggiunti

- Conferma di caratteristiche epidemiologiche generali sovrapponibili fra pazienti osservati al Niguarda e al Cardarelli
- Riscontro che i tre indici considerati sono compromessi sensibilmente nella casistica generale valutata

## Discussione dei risultati

- Utilità e fattibilità nella pratica clinica della metodologia utilizzata per valutare la complessità assistenziale in Medicina Interna
- Possibilità di combinare i tre indici attraverso un algoritmo specifico (score COMPLIMED, FADOI) al fine di ottenere un dato di previsione di mortalità ad 1 anno dalla dimissione



# Valutazione comparativa attività stroke unit

Dott. E. C. Agostoni, Dott. M. Muto

## Azioni

Valutazione comparativa tecnologica, organizzativa, delle risorse umane, dei posti letto e delle prestazioni relative allo stroke

## Situazione descritta

Esistono differenze di numero di posti letto e personale in neurologia e Nch a favore del Niguarda (per es 13 posti Stroke) e 7 neurologi dedicati che consente una migliore selezione e gestione del pz affetto da stroke

## Obiettivi raggiunti

### PUNTI DI FORZA

- Codice Ictus (Niguarda)
- Copertura diagnostica h 24 (Cardarelli). -Riabilitazione (Niguarda)

### PUNTI DI DEBOLEZZA

- Tempi ancora lunghi per accettazione e trattamento (entrambe, meglio il Niguarda)
- Mancanza di posti letto dedicati (Cardarelli)

## Discussione dei risultati

I risultati mostrano che anche in rapporto alla tipologia di discipline presenti che la mancanza di un codice ictus regionale rappresenta un elemento di ritardo organizzativo che comporta a valle un ritardo nella fase accettazione, diagnostica e terapeutica. La mancanza delle risorse umane in alcuni settori (meno neurologie in Campania e meno endovascolare) è fattore critico



# Patologia Clinica/Laboratorio

Dott. F. Perno, Dott. G. Amato

## La situazione pregressa

- Totali prestazioni **5.143.433**
- Controlli interni e di parte terza **senza** informatizzazione con consultazione dei range
- Non copertura di tutti i settori
- Poca condivisione del problema

## Azioni svolte

- Protocollo d'intesa per la farmacoresistenza
- Criticità dei sistemi informatici relativo ai C.Q.
- Condivisione di una check list per Q.C.
- Formazione del personale

## Obiettivi raggiunti

- Protocollo condiviso del fenomeno della **FARMACORESISTENZA**
- **Interfacciamento** «Piattaforma analitica **UNITY REAL TIME**»
- **CQA**: valutazione dei dati con gruppo di consenso per il Controllo di **Qualità Allargato**
- Maggiore coinvolgimento del personale

## Discussione dei risultati



# Processi operativi di accettazione PS

Dott. A. Bellone, Dott.ssa F. Paladino

## La situazione pregressa

- Pazienti in OBI e in attesa di ricovero 16293

## Azioni svolte

- Attivazione PDTA per la deospedalizzazione dei pazienti con tumori renali e nodulo polmonare. Percorso accreditato ISO 9001.
- Attivazioni di ambulatori specialistici con disponibilità senza passare dal CUP
- Misure straordinarie per fronteggiare l'emergenza- disposizione
- PDTA DEA
- PDTA intraospedalieri ed intra- extra ospedalieri



## Prospettive Future

- *Apertura* reparto medicina d'urgenza



# Medicina Iperbarica

Dott. F. Garuti, Dott.ssa R. Giacomello, Dott. R. Caruso, Dott. M. Marmo

## La situazione pregressa

- Due Centri di Medicina Iperbarica situati nel contesto di un DEA 2° Livello con eliporto e Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza
- Entrambi riferimento regionale per le urgenze iperbariche provenienti sia dal territorio che da altri presidi ospedalieri del S.S.N.
- Reperibilità h24, anche festiva
- Ambulatorio per le ferite difficili
- Centri di riferimento o convenzionati per formazione specialistica Universitari e Master di II livello in Medicina Iperbarica

## Azioni svolte

- Confronti tra le due realtà ospedaliere nella standardizzazione del trattamento delle principali urgenze in ambito iperbarico: quali la malattia da decompressione, embolia gassosa arteriosa, intossicazione da monossido di carbonio, infezioni necrosanti progressive, sindromi compartimentali e sindromi da schiacciamento, con particolare interesse anche nelle procedure di centralizzazione riferite agli stessi eventi.

## Obiettivi raggiunti

- Condivisione di protocolli terapeutici secondo le linee Guida delle società scientifiche SIMSI e SIAARTI
- Condivisione di procedure di allertamento e centralizzazione delle urgenze tempo dipendenti di interesse iperbarico provenienti dal territorio
- Condivisione di un percorso formativo "UP DATE In Medicina Iperbarica" Cardarelli 16 Novembre 2018
- Attualmente in condivisione i protocolli di centralizzazione per i pazienti critici con infezioni necrosanti progressive

## Discussione dei risultati

- Necessitano ulteriori approfondimenti sul percorso intraospedaliero di diagnosi e cura delle PDD (EGA e MDD)
- Necessario predisporre un percorso informativo coinvolgendo anche i Medici di Assistenza di Base sulle misure preventive e di riconoscimento dell'intossicazione da CO, e la standardizzazione del percorso di follow up per il riconoscimento della *Sindrome post-intervallare*
- Identificazione di percorsi di centralizzazione SPOKE > Hub per le altre patologie infettive e traumatiche di interesse iperbarico
- Ipotizzare una forma di Day hospital per il trattamento bigiornerio riducendo il disagio per i pazienti dovuto ai numerosi trasporti



## Confronto organizzativo sulle professioni sanitarie

Dott.ssa A. Lolli - Dott. V. Artiola

### La situazione pregressa

- Modello organizzativo per compiti
- Turnazione a ciclo fisso
- Eccessivo ricorso al lavoro in regime straordinario
- Assenza di condizioni per favorire lo sviluppo professionale
- Personale di supporto insufficiente

### Azioni svolte

- SWOT analysis per un confronto tra Cardarelli e Niguarda su n. 5 UU.OO. omogenee
- Formazione e selezione interna mirata al reclutamento di nuove figure assistenziali (Infermiere case manager)
- Formazione trasversale su:
  - Cartella clinica integrata informatizzata
  - Management per coord. Prof. San.
  - Promozione etica e deontologia prof.



### Obiettivi raggiunti

- Potenziare la presenza in organico del personale di supporto
- Cambiamento del modello organizzativo assistenziale
- Turnazione del personale focalizzata sulle necessità assistenziali dei pazienti
- Centralizzazione delle reperibilità a livello dipartimentale per ottimizzare le risorse e abbattere le ore in regime straordinario

### Discussione dei risultati

- Concorso per reclutamento OSS in fase di espletamento
- Progettazione di un modello organizzativo pilota nelle UU.OO. di Medicina e Chirurgia
- Individuazione di budget dipartimentali per il ricorso al lavoro straordinario
- Promozione della valutazione della complessità assistenziale attraverso la cartella informatizzata

## Interazione Chirurgia/T.I.P.O

Dott. G. Ferrari, Dott.C. Bertoglio, Dott. A. De Gasperi –Dott. M.Palma,Dott. R.M. Di Minno

### La situazione pregressa

- Due Terapie Intensive Post Chirurgiche (T.I.P.O.)
- Niguarda: pazienti in prevalenza operati per chirurgia addominale
- Cardarelli: pazienti provenienti da Chirurgia Generale, Chirurgie Specialistiche e DEA

### Azioni svolte

- Valutazione criteri di ammissione pazienti in T.I.P.O.
- Valutazione necessità di posti letto di Recovery Room (R.R.)
- Proposta di utilizzo degli indici di qualità dell'assistenza in T.I.P.O.

### Obiettivi raggiunti

- Condivisione dei criteri di ammissione dei pazienti in T.I.P.O.
- Richiesta attivazione delle Recovery Room
- Identificazione di 4 indicatori di qualità da applicare e perseguire nelle T.I.P.O. con valutazione di risultati raggiunti in un prossimo incontro

### Discussione dei risultati

- Accordo circa l'applicazione costante dei criteri di ammissione e dimissione dei pazienti in Terapia Intensiva
- Recovery Room necessaria per i pazienti *border line*. Il paziente che però risponde ai criteri di ammissione in T.I.P.O. non è idoneo per la recovery room
- Gli indicatori di qualità sono strumenti utili nelle Terapie Intensive allo scopo di migliorare l'assistenza e ridurre i tempi di degenza ed i costi



## Autotrapianto di isole pancreatiche

Dott. F. Bertuzzi, Dott. C. Sesana, Dott. A. De Angelis, Prof. L. De Carlis - Dott. C. Molino, Dott. G. De Dominicis, Dott. E. Cavaglià

### La situazione pregressa

La Divisione di Chirurgia I dell'AO Cardarelli è un centro di riferimento per chirurgia della patologia pancreaticca con una ampia casistica  
Il diabete secondario a pancreasectomia parziale o totale è particolarmente difficile da gestire e gravato da diverse complicanze  
L'autotrapianto di isole in questi pazienti è descritto migliorare il controllo delle glicemie riducendo le ipoglicemie e la comparsa di complicanze croniche nel tempo, migliorando la qualità di vita  
La Banca dei tessuti dell'ASST Niguarda è uno dei due centri italiani in cui è attiva la procedura di isolamento (circa 50 procedure all'anno) di isole pancreatiche che sostiene un programma di auto e allotrapianto in pazienti affetti da diabete  
E' stato dimostrato il successo di programmi di collaborazioni tra centri dove la produzione di isole è centralizzata e che supporta diversi programmi di trapianti in Ospedali distanti tra loro

### Azioni svolte

- Analisi delle necessità cliniche della Divisione di Chirurgia I dell'AO Cardarelli con la identificazione di alcune indicazioni ad un intervento di autotrapianto di isole pancreatiche: pancreasectomia totale ma anche pancreasectomia parziale per processi flogistici acuti e/o cronici come radicalizzazioni di interventi di chirurgia oncologica e pancreasectomie parziali per neoplasie. Le isole in questi casi verrebbero recuperate dal moncone di tessuto sano che circonda il tessuto patologico.
- Analisi della capacità produttiva della Banca dei Tessuti e dei costi relativi ad una attività di distribuzione dei tessuti
- Definizione del processo che porta all'autotrapianto con le identificazioni delle attività relative.
- Definizione delle criticità:
  1. il trasporto del pancreas o del moncone pancreatico e delle isole
  2. la gestione delle isole presso l'Ospedale Cardarelli

### Obiettivi raggiunti

- Sono state chiarite le attività relative all'autotrapianto, le Unità coinvolte, le responsabilità:
  - prelievo del pancreas (Chirurgia I, Dott. C. Molino)
  - analisi del moncone pancreatico (Anatomia Patologica, Dott. G. De Dominicis)
  - processazione del pancreas (Banca dei tessuti, Dott. F. Bertuzzi e Dott. G. Sesana),
  - trapianto di isole (Dott. E. Cavaglià e Dott.ssa R. Niola)
- E' stata definita una prima bozza delle procedure operative
- Sono state identificate possibili soluzioni delle criticità:
  - Il trasporto del pancreas e delle isole verrà gestito come nel caso di un trasporto per un allotrapianto grazie alla collaborazione con i rispettivi Centri di riferimento regionali per i trapianti che sono già stati contattati
  - La procedura di gestione delle isole presso l'AO Cardarelli seguirà il protocollo seguito nei laboratori della Banca dei Tessuti dell'Ospedale Niguarda

### Discussione dei risultati

- L'attivazione del programma di autotrapianto di isole tra i due Ospedali sancisce l'inizio di una collaborazione che prevede in futuro la condivisione di programmi di ricerca:
- Ricerca clinica sulla gestione dei pazienti sottoposti a trapianto di tessuto e terapia cellulare (nuovi siti di impianto, terapia anti infiammatoria..)
  - Ricerca sperimentale sull'utilizzo di nuove strategie di ingegneria tissutale, microcapsule...

Entrambi gli Ospedali hanno una attività di ricerca sperimentale ben riconosciuta nel settore del trapianto di tessuto e di trapianto cellulare (La Banca dei tessuti dell'Ospedale Niguarda nelle isole pancreatiche, il Centro di Biotecnologie dell'AO Ospedale Cardarelli nel trapianto di epatociti).