

RELAZIONE ANNUALE

Analisi delle attività degli indicatori di processo e della performance

REPORT
DIREZIONE
SANITARIA 2019
/2020 Sant'Anna
Hospital

RELAZIONE ANNUALE

REPORT DIREZIONE SANITARIA 2019 /2020 Sant'Anna Hospital

ESAME E DISCUSSIONE PRELIMINARE DEGLI SNODI AZIENDALI

A. Organizzazione generale

- la tematicità dell'Istituto;
 - la struttura e l'organizzazione;
 - i beni, il personale e le altre risorse necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali a disposizione dell'Istituto;
 - gli accreditamenti regionali; - la gestione della qualità.
- B. Attività assistenziale, con particolare riguardo all'eccellenza.
- D. Attività di ricerca, con particolare riguardo ai laboratori, ai principali prodotti scientifici, e alle attività di formazione;

ORGANIZZAZIONE GENERALE

L'Istituto svolge attività di cura, assistenza sanitaria, ricerca e formazione, nell'ambito sanitario ACUZIE E POST-ACUZIE

Numero totale posti letto accreditati SSR: n. 88, di cui ordinari n. 81 e day hospital n. 7. Tra i posto ordinari sono accreditati 25 posti di cardiologia, 20 di cardiocirurgia ; 20 di chirurgia vascolare, 10 PL di terapia intensiva; 6 pl di riabilitazione intensiva cod 56; 7 pl a di day hospital.

Il personale dedicato all'assistenza, nel 2019, è pari a n.291 210 con contratto a tempo indeterminato, n. 38 con contratto parasubordinato, 43 con contratto di libera professione. I processi sanitari sono governati da un sistema Qualità con attivate procedure di controllo, di supporto ed operative finalizzate alla governance dei processi sanitari.

Attività assistenziale

Il SANT'ANNA HOSPITAL eroga prestazioni assistenziali nella seguente disciplina: "Malattie del cuore e dei grandi vasi nell'adulto. Riabilitazione intensiva cardiologica ". Nell'ultimo anno , il numero totale dei ricoveri si attesta ad un valore pari a n. 3248 .La degenza media è pari a 5, 3 gg. L'indice di case mix è pari a 2,94. I DRG più frequenti, tutti attinenti alla disciplina di riconoscimento, relativi all'attività di ricovero, sono i seguenti:

DRG	DESCRIZIONE	2019
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	454
105	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	45
106	By-pass con cateterismo cardiaco	9
108	altri interventi sul sistema cardiovascolare	12
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con cc	19
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza cc	34
113	amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	52
114	amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	68
117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	39
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	22
120	altri interventi sull'apparato circolatorio	60
121	Malattie cardiov.con infarto miocardico acuto e compl.mag.,	1
122	Malattie cardiov.con infarto miocardico acuto senza compl.ma	1
124	Malattie cardiov.eccetto infarto miocardico acuto, con catet	53
125	Malattie cardiov.eccetto infarto miocardico acuto, con catet	377
126	endocardite acuta e subacuta	5
127	Insufficienza cardiaca e shock	13
131	malattie vascolari periferiche, senza cc	16
132	aterosclerosi, con cc	4

133	aterosclerosi, senza cc	11
135	malattie cardiache congenite e valvolari, eta` > 17 con cc	7
136	malattie cardiache congenite e valvolari, eta` > 17 senza cc	10
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2
139	aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	23
140	angina pectoris	7
142	sincope e collasso, senza cc	2
143	dolore toracico	38
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	7
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	172
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateter. cardiaco	2
518	interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza ima	153
533	interventi vascolari extracranici con cc	9
534	interventi vascolari extracranici senza cc	137
535	impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto. insufficienza cardiaca o shock	16
536	impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto. insufficienza cardiaca o shock	84
541	ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica >= 96 ore o diagn.princ.non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	17
542	tracheostomia con ventilazione meccanica >= 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia. bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	1
547	bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	51
548	bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	199
549	bypass coronarico senza	11

	cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	
550	bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	31
551	impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (aicd) o di generatore di impulsi	27
552	Altro impianto di pmk cardiaco perm.senza diagn.cardiov.mag	59
554	altri interventi vascolari con cc senza diagnosi cardiovascolare maggiore	38
555	Interv.sul sist.cardiov.per via percut.con diag.cardiov.mag.	3
557	Interv.sul sist.cardiov.per via percut.con stent medicato co	44
558	Interv.sul sist.cardiov.per via percut.con stent medicato senza complicanze	588

Relativamente all'indice di attrazione di pazienti provenienti da fuori ASP , si rileva che il numero di dimessi per l'anno 2019 è pari a **2175(67%)** pazienti . Tale attrazione conferisce Al SAH una dimensione regionale . L'attività del 2019 è stata funzionale alla governance strategica della struttura commissariale concorrendo al controllo di importanti drg fuga che contribuiscono attualmente ancora per il 7% della mobilità passiva.

Nel 2019 sono stati eseguiti **3251** ricoveri; **1598** in cardiologia; **817** in cardiocirurgia e **631** in chirurgia vascolare. **44** pazienti sono stati accettati in regime di urgenza in terapia intensiva, **11** in UTIC, e **150** in riabilitazione intensiva.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

CARDIOCHIRURGIA 2019

Nel 2019 sono stati effettuati **805** interventi; **638** interventi cardiocirurgici in CEC, **166** con modalità off pump. Sono state inoltre eseguite **63** revisioni chirurgiche di cui **18** per sanguinamento e **20** interventi di impianto di endoprotesi. La sostituzione della valvola aortica è stata eseguita in **279** pazienti; quella della valvola

mitrale in **247** pazienti; **448** pazienti hanno eseguito intervento di by-pass aortocoronarico. Nel 2019, si sono avuti nei primi 30 gg 24 decessi con un tasso medio di mortalità pari a 2,9%; quando si considera la tipologia dell'intervento, la mortalità è stata del 1% nel bypass aoc, 1,5% negli interventi di valvola cardiaca isolata e del 3% in pazienti sottoposti ad intervento di più valvole cardiache. Il trend degli ultimi anni mostra un andamento costante degli interventi cardiocirurgici e una diminuzione della mortalità. Relativamente all'età dei pazienti cardiocirurgici curati nel S'Anna Hospital, si rileva una percentuale dei pazienti over 70 che è andata man mano crescendo, passando dal **37%** nel 2010 a circa il **43%** nel 2019. Anche la complessità dei pazienti ha mostrato un trend in aumento in incremento con un euoscore nel 2019 pari a 3.49+/-4.9 con una mediana di 1.95.

CARDIOCHIRURGIA 2020

Nel **2020** sono stati effettuati **584** interventi i cui dati specifici sono ancora in lavorazione.

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA 2019

Le procedure nell'anno 2019 eseguite in emodinamica sono state **1800**, di cui **21** interventi strutturali (TAVI). In **695** pazienti è stata eseguita angioplastica coronarica; in **398** pazienti è stato trattato un solo vaso; in **297** (43%) più vasi; in particolare **56%** due vasi; **21%** tre vasi; **23%** più di tre vasi; tra i pazienti che hanno eseguito rivascolarizzazione miocardica percutanea, il **99%** ha eseguito impianti di stents medicati e solo **1%** di stent non medicati. Tra il gruppo dei pazienti sottoposti ad impianto di stent medicato, il **32%** ha impiantato uno stent; il **26%** due stents, il **21%** 3 stents ed il **21%** più di 4 stents. Il tasso di mortalità nei primi trenta giorni dall'evento indice è stato **0.1%**

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA 2020

Le procedure nell'anno **2020** eseguite in emodinamica sono state **1290**, di cui **9** interventi strutturali (TAVI). In **453** pazienti è stata eseguita angioplastica coronarica; i restanti dati sono in lavorazione.

ELETTROFISIOLOGIA 2019

Le procedure di elettrofisiologia nell'anno 2019 sono circa n. **585**, di cui n.**105** riguardano il posizionamento/sostituzione Defibrillatore; n. **130** il posizionamento/sostituzione/revisione Pace Maker temporaneo e/o definitivo; **20** estrazioni di

elettrocaterete; sono stati eseguiti **140** studi di elettrofisiologia ed effettuate **117** ablazioni di aritmie sopraventricolari; in particolare in quest'ultimo sottogruppo, sono state eseguite **55** ablazioni di FA e **19** ablazioni di flutter atriale **92** studi di CRT-D e **15** upgrading di CRT-D.

ELETTROFISIOLOGIA 2020

Le procedure di elettrofisiologia nell'anno **2020** sono circa n. **366**, in corso di lavorazione per la specifica del tipo di procedura.

CHIRURGIA VASCOLARE 2019

Il Sant' Anna hospital è il centro leader per il trattamento della lesioni vascolari non coronariche periferiche. Sono stati eseguiti complessivamente **457** interventi di chirurgia vascolare; in particolare sono state eseguite **218** interventi di endoarteriectomia carotidea, **97** interventi di rivascolarizzazione chirurgica periferica mediante bypass e/o PTA; **141** amputazioni. Il tasso di mortalità è stato pari allo **0.8%**.

CHIRURGIA VASCOLARE 2020

Nell'anno **2020** sono stati eseguiti in totale **329** interventi di chirurgia vascolare.

UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA 2019

Nel 2019 sono stati gestiti **861** pazienti; **817** provenienti dalla sala operatoria e **44** accessi esterni. L'unità ha una dimensione dipartimentale supportando la cardiocirurgia, le emergenze esterne ed eventuali urgenze interne. La mortalità è stata di **44** casi pari a **5.11%**

UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA 2020

Nel **2020** sono stati gestiti **584** pazienti postcardiocirurgici; **9** accessi post TAVI

I dati definitivi sono in corso di elaborazione.

ECCELLENZA CLINICA DELL'ISTITUTO

I criteri clinico-assistenziali rappresentano uno degli indicatori per la valutazione di qualità del Sant'Anna Hospital. Per l'area cardiocirurgica e cardiologico-interventistica, sono stati individuati i seguenti criteri:

I volumi di attività e indici di complessità. Viene considerato il numero di interventi cardiocirurgici, la percentuale di interventi complessi, e la percentuale di pazienti ad alto rischio di mortalità

1) Nel 2019 il SAH ha sviluppato volumi di attività pari a **3.542** procedure anno, con una percentuale di casi complessi intorno al **50%**, ed una percentuale di casi ad alto rischio tra il **21%** ed il **25%**

2) La mortalità a 30 gg dall'intervento. Tale dato si conferma nel primo quartile dei dati da Programma Nazionale Esiti. Nel 2019 sulla popolazione complessiva inclusiva di emergenze, la mortalità registrata nel SAH a 30 giorni dalla chirurgia è stata del 3% circa, sempre consona rispetto al previsto.

3) Insufficienza renale acuta stage 2-3 . Soglia di eccellenza indicata < 4%. Nel 2019 presso il SAH l'incidenza di AKI stage 2-3 è stata tra **1.8%** e **2.3%**;

4) **Stroke postoperatorio.** Soglia di eccellenza fissata < 1.5%. Nel 2019 l'incidenza di stroke è stata tra 0.2% e 0.5%;

5) **Re-intervento per sanguinamento.** Soglia di eccellenza fissata < 4%. Nel 2019 presso il SAH l'incidenza di re-intervento per sanguinamento è stata del **2.0%** ;

6) Utilizzo di emazie concentrate (durante tutta la degenza). Dalla letteratura internazionale esiste una grande variabilità nella percentuale di pazienti trasfusi con RBC (dal 20% al 100%). Viene fissata una soglia di eccellenza < **50%**. Nel 2019 presso il SAH l'incidenza di trasfusione con RBC è stata tra **7.7%** quando si considerano interventi di cardiologia interventistica e cardiocirurgia, ed il **22%**, quando si considerano i soli interventi di cardiocirurgia.

LA RICERCA

Relativamente all'eccellenza scientifica, la Direzione Sanitaria ha eseguito una ricognizione normativa per intraprendere un percorso per l'organizzazione interna della ricerca e la costituzione di una rete interaziendale capace di consentire nel prossimo quinquennio il riconoscimento dell'istituto come IRCCS.

Le linee di ricerca da valutare in un programma quinquennale sono le seguenti:

Linea 1: “Cardiologia Interventistica”; analisi di outcome in tecniche di riperfusione staged e progressive. Implementazione di un data base che permette il monitoraggio e l'analisi nel tempo dei pazienti trattati negli anni per valutare l'efficacia delle terapie erogate.

linea 2: “cardiocirurgia”: outcome delle tecniche complesse in paziente ottagenuari,

linea 3: “Elettrocardiologia – Elettrofisiologia”; management del “reverse remodeling” mediante gestione della Fibrillazione e CRT-D in pazienti con disfunzione ventricolare sx.

Linea 4:“ Radiologia e Diagnostica per immagini”; calcium score con angio TAC stressor e coronaropatia : analisi costo/utilità

Linea 5: “Anestesia - rianimazione e tecnologie extra-corporee”; analisi prospettica dei determinanti del sanguinamento post-operatorio.

Linea 6: “Insufficienza Cardiaca: Nuovi modelli gestionali; attivazione di un modello gestionale remoto di continuità assistenziale in comparazione con l'usual care,

Linea 7: “Medicina predittiva e preventiva cardiovascolare”; progetto di educazione alimentare ed analisi degli stili comportamentali in una popolazione di adolescenti.

Linea 8: “Ricerca biomolecolare: Cardiologia molecolare-cellulare e Cellule Staminali per l'Ingegneria Tessutale”; analisi della composizione ed espressione genica di cellule cardiache mesenchimali ottenute in campioni di soggetti con e senza diabete tipo 2.

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e la resistenza agli antibiotici sono stati identificati dall'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) come problemi che rappresentano un pericolo significativo per la salute pubblica e che richiedono interventi specifici.

Per poter stimare l'impatto complessivo delle ICA e dell'uso di antibiotici in Europa, l'ECDC ha proposto uno studio europeo di prevalenza puntuale, basato su una metodologia standardizzata in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in paesi diversi. Nel 2008, l'ECDC aveva infatti condotto una revisione di 17 studi di prevalenza – regionali o nazionali - delle infezioni correlate all'assistenza (e dell'uso di antibiotici) nei paesi europei, dalla quale era emerso chiaramente come le importanti differenze metodologiche tra i diversi protocolli di studio rendessero impossibile il confronto a livello trans-nazionale o il pooling dei dati. Il protocollo per lo studio europeo è stato messo a punto con la partecipazione di tutti i referenti del network europeo per la sorveglianza delle ICA. Nel 2010 è stato condotto uno studio pilota mirato a testare il protocollo di studio.

Lo studio europeo di prevalenza risponde agli
Il Sant'Anna Hospital di Catanzaro è un ospedale ad alta specialità per il Cuore accreditato e Convenzionato con il SSN.

Nel processo del Sistema Qualità, nelle prerogative del CIO, la struttura si è dotata di un sistema di sorveglianza infettivologica finalizzato alla governance dei processi di abbattimento delle infezioni ospedaliere ed al miglioramento della sicurezza infettivologica, secondo gli obiettivi della Council Recommendation del 9 Giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, inclusa la prevenzione e controllo delle ICA (2009/C 151/01), ed in particolare l'articolo II.8.c di questa raccomandazione, "stabilire o rafforzare la sorveglianza attivata in ciascuna istituzione, a livello regionale e nazionale". In aggiunta, lo studio risponde anche agli obiettivi della Council Recommendation del 15 Novembre 2001 sull'uso

prudente di antibiotici in ambito umano (2002/77/EC).

OBIETTIVI DELLO SORVEGLIANZA

1 Stimare le dimensioni globali (prevalenza) delle ICA e dell'uso di antibiotici NELL'OSPEDALE

2. Descrivere i pazienti, le procedure invasive, le infezioni (siti, microrganismi coinvolti inclusi i marker di resistenza antibiotica) e gli antibiotici prescritti (molecole, indicazioni d'uso): - per tipo di paziente, reparto ;

3. Diffondere i risultati AGLI STAKEHOLDERS (operatori sanitari, soci aziendali, soggetti istituzionali quali ASP, Regione, Ministero della Salute

4. promuovere una maggiore attenzione al problema;

5 . promuovere e rinforzare infrastrutture e competenze per attuare la sorveglianza;

6. Utilizzare uno strumento standardizzato per individuare obiettivi di miglioramento della qualità.

CAMPIONAMENTO

il protocollo di studio prevede due fasi; la Fase I è mirata alla determinazione della prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza. E' stato selezionato il mese di gennaio come mese di campionamento. La II fase è finalizzata ad attivare un processo di sorveglianza mediante la determinazione puntuale mensile della prevalenza infettivologica ospedaliera per attuare una strategia di governance delle azioni di prevenzione delle infezioni.

Nei reparti partecipanti dovevano essere inclusi tutti i pazienti presenti in reparto alle 8.00 del mattino o prima e non dimessi al momento della rilevazione; i pazienti trasferiti (sia in entrata che in uscita) da o verso un altro reparto dopo le 8.00 non dovevano essere inclusi.

Rilevazione dei dati

Quando? la raccolta dei dati in ciascun reparto doveva essere conclusa nello stesso giorno. Il tempo totale per completare la rilevazione nel singolo ospedale non doveva superare le 4 settimane.

Chi ha raccolto i dati? La rilevazione coinvolgeva: il medico responsabile del procedimento; la caposala del reparto, la direzione sanitaria il personale che gestisce la piattaforma di raccolta dati.

Quali dati sono stati rilevati? I dati da rilevare sono stati

- i) Dati sull'ospedale: tipologia e dimensione del reparto, durata media del ricovero, indicatori di struttura e processo;
- ii) Dati sulle infezioni correlate all'assistenza (per tutti i pazienti nei quali l'infezione corrispondeva ai criteri di definizione di una ICA attiva, vedi paragrafo successivo);
- iii) Dati sull'uso di antibiotici (per tutti i pazienti che ricevevano un antibiotico).

Criteri per la definizione delle infezioni e degli antibiotici

Come raccomandato dal Joint Expert Group il Protocollo Europeo utilizza le definizioni europee di caso ove esistenti, integrate con quelle dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, come utilizzate dal National Healthcare Safety Network dei CDC (NHSN, precedentemente NNIS). Le definizioni Europee di caso utilizzate per il PPS Europeo sono: le definizioni di HELICS/IPSE3 infezioni del sito chirurgico, polmonite, infezioni del sangue, infezioni correlate a catetere venoso centrale,

infezioni delle vie urinarie,

Infezione da Clostridium

Per gli antibiotici, è stato utilizzato il sistema di classificazione Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) del World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Sono stati inclusi gli antimicrobici per uso sistemico appartenenti ai gruppi ATC A07AA (antiinfettivi intestinali), D01BA (antifungini dermatologici per uso sistemico), J01 (antibatterici per uso sistemico), J02 (antimicotici per uso sistemico), J04AB02 (rifampicina) e P01AB (antiprotozoari, derivati nitroimidazolici).

ANALISI DEI DATI

I dati sono stati analizzati e stratificati per area e specialità di ricovero come da protocollo di studio, riassunte di seguito:

1. CARDIOCHIRURGIA
2. CARDIOLOGIA
3. CHIRURGIA VASCOLARE
4. RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
5. TERAPIA INTENSIVA
6. UTIC

RISULTATI

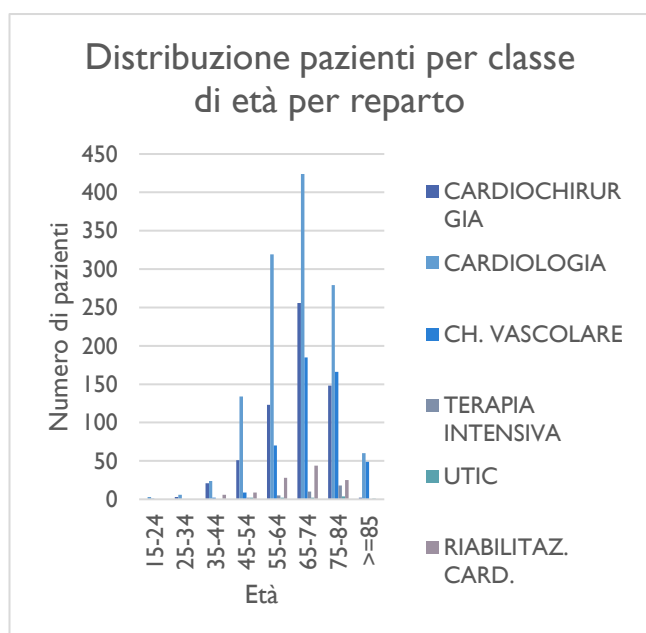
Reparto	N dimissioni	% sul totale
CARDIOCHIRURGIA	911	18,%
CARDIOLOGIA	2287	45%
CHIRURGIA VASCOLARE	681	13%
RIABILITAZIONE C	150	3 %
TERAPIA INTENSIVA	944	19%
UTIC	91	2%

Reparto	Gg di degenza	Sesso (M/F)	Eta' media (M/F)
CARDIOCH	6236	414/190	66,2/68,2
CARDIOLOGIA	7228	857/392	66,2/67,7
CHIRURGIA V	4036	366/117	68,8/69,1
RIABIL, C	1977	84/28	65,7/67,2
TERAPIA I	3335	21/14	69,3/76,9
UTIC	237	10/1	70,6/50

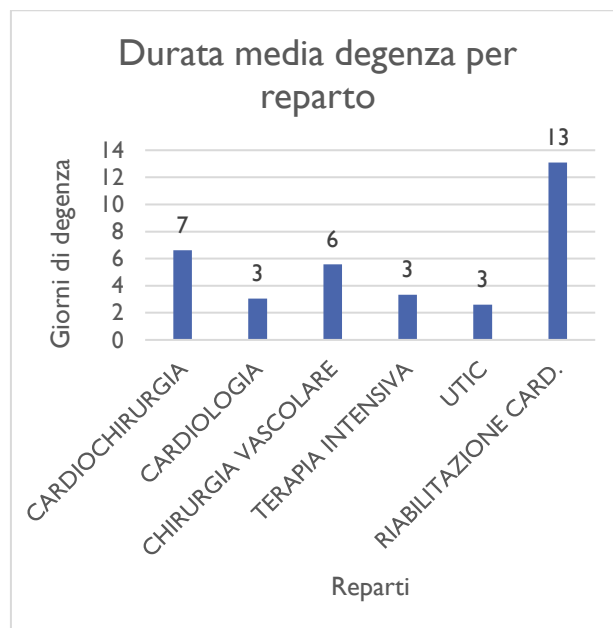
Presenza di devices

- Catetere vascolare centrale
- Catetere vascolare periferico
- Catetere urinario
- Paziente riceve antibiotico
- Paziente presenta una HAI attiva

Classe di età per reparto

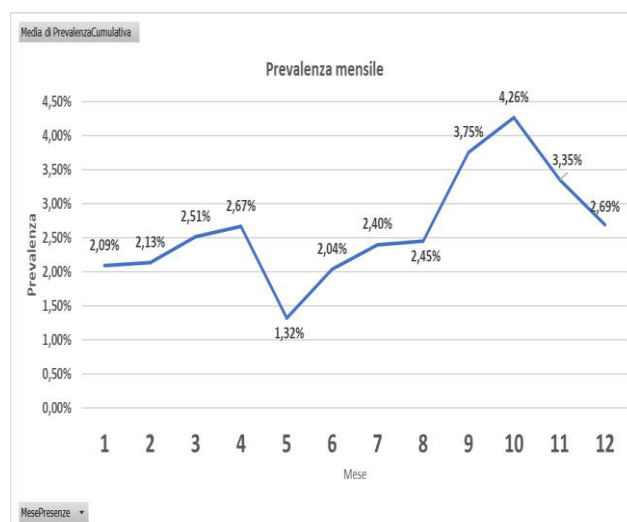


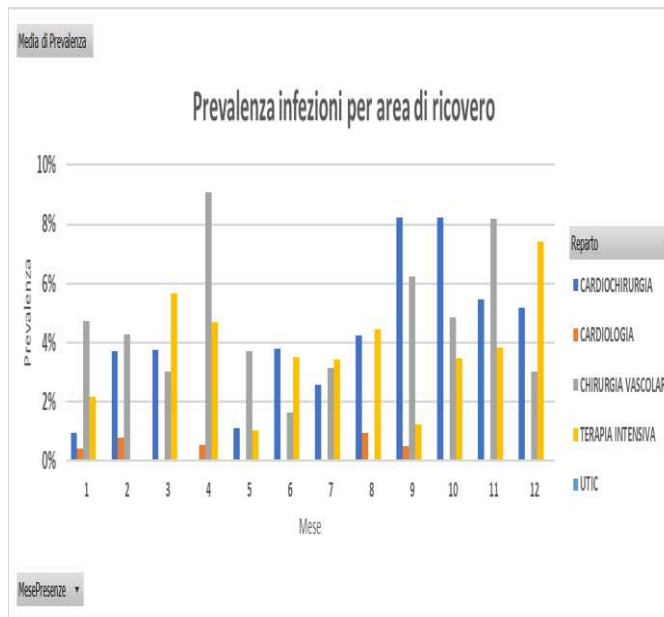
Durata di degenza media per reparto



LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Il mese dello studio 8 pazienti su 347 pazienti ricoverati nel periodo di studio presentavano una infezione correlata all'assistenza contratta in ospedale. La prevalenza correlata all'ICA è stata del 2.3%





DISTRIBUZIONE DEI PRINCIPALI SITI DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Infezioni respiratorie	19
Infezioni del sito chirurgico	9
Infezione del sangue	24
Infezioni del tratto gastrointestinale	1
Infezioni di occhio, orecchio, naso o cavità orale	2
Infezione di cute e tessuti molli	22
Infezioni correlate a catetere senza sepsi	9

MICROORGANISMI E RESISTENZE PER SITO: OCCORRENZE

ALTRO		
SERRATIA MARCESCENS	1	
ACINETOBACTER BAUMANNII	1	
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	4	
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	5	
STAPHYLOCOCCUS SIMULANS	1	
ENTEROBACTER FAECALIS	3	
KLEBSIELLA OXYTOCA	1	
ENTEROBACTER CLOACAE	2	
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	5	
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	1	
CANDIDA GLABRATA	1	
CANDIDA ALBICANS	1	
STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS	1	
ENTEROBACTER FAECIUM	1	
CATETERE VENOSO CENTRALE		
CANDIDA PARAPSILOSIS	4	
ESCHERICHIA COLI	1	
EMOCOLTURA		
CANDIDA PARAPSILOSIS	3	
ENTEROCOCCUS FAECALIS	1	
ENTEROCOCCUS FAECIUM	2	
ESCHERICHIA COLI	4	
SERRATIA MARCESCENS	2	
STAPHYLOCOCCUS HOMINIS	1	
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	1	
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	2	
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	1	
FLAVOBACTERIUM INDOLOGENES	1	
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	4	
SITO CHIRURGICO		
KLEBSIELLA OXYTOCA	1	
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	6	
CANDIDA PARAPSILOSIS	1	
VIE RESPIRATORIE		
CANDIDA ALBICANS	4	
CANDIDA GLABRATA	2	
CANDIDA PARAPSILOSIS	3	
KLEBSIELLA ORNITHINOLYTICA	1	
ENTEROBACTER CLOACAE	1	
RAOULTELLA PLANTICOLA	1	
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	1	
PROTEUS MIRABILIS	2	
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	1	
ESCHERICHIA COLI	2	
CANDIDA TROPICALIS	2	

ACINETOBACTER BAUMANNII	1,2%
CANDIDA ALBICANS	6,0%
CANDIDA GLABRATA	3,6%
CANDIDA PARAPSILOSIS	13,3%
CANDIDA TROPICALIS	2,4%
ENTEROBACTER CLOACAE	3,6%
ENTEROBACTER FAECALIS	3,6%
ENTEROBACTER FAECIUM	1,2%
ENTEROCOCCUS FAECALIS	1,2%
ENTEROCOCCUS FAECIUM	2,4%
ESCHERICHIA COLI	8,4%
FLAVOBACTERIUM INDOLOGENES	1,2%
KLEBSIELLA ORNITHINOLYTICA	1,2%
KLEBSIELLA OXYTOCA	2,4%
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	7,2%
PROTEUS MIRABILIS	2,4%
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	8,4%
RAOULTELLA PLANTICOLA	1,2%
SERRATIA MARCESCENS	3,6%
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	18,1%
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	3,6%
STAPHYLOCOCCUS HOMINIS	1,2%
STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS	1,2%
STAPHYLOCOCCUS SIMULANS	1,2%

PATOGENI COINVOLTI

E' stata eseguita una comparazione di patogeni isolati verso i dati ottenuti con lo " *Studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti 2016/2017.*"

Su **83 germi isolati** tipologie di patogeni identificati responsabili di ICA, Escherichia coli (8,4% vs 13% $p < 0.00001$), Klebsiella pneumoniae (7,3% vs 10,4% $p < 0.0001$), Pseudomonas aeruginosa (8,4% vs 8,1% $p < 0.005$), Staphylococcus aureus (18,0% vs 8,9% $p < 0.00001$), Staphylococcus epidermidis (3,6% vs 6,3% $p < 0.00001$) enterobacter cloacae (3,6% vs 3,2% $p < 0.001$), serratia marcescens (3,6% vs 1,3% $p < 0.0001$) sono statisticamente maggiori rispetto al dato nazionale intermini percentuali Il dato riportato, evidentemente è condizionato dal diverso setting operativo, dalla tipologia delle patologie trattate dalle caratteristiche del paziente. Tuttavia costituisce un elemento di priorità nell'azione di intervento preventivo. I patogeni identificati sono spesso multi-resistenti. La frequenza di resistenza per i microrganismi più comuni è riportata nella tabella successiva.

Resistenze

	ACINETOBACTE R BAUMANNII	ESCHERICHIA COLI	KLEBSIELLA PNEUMONIAE	PSEUDOMONAS AERUGINOSA	STAPHYLOCOCCUS AUREUS	STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	ENTEROCOCCO S FAECIUM	PROTEUS MIRABILIS
ALTRO								
LEVOFLOXACIN					3	1		
CEFOTAXIME			3					
ERTAPENEM			2					
CEFOXITINA			1					
ACIDO FUSIDICO					2			
OXACILLINA					3	1		
PIPERACILLINA/TAZOBACTAM			3	3				
CEFTAZIDIME			3	2				
PENICILLINA G						5		
CIPROFLOXACINA	1		3	3				
GENTAMICINA	1		2	3				
CLINDAMICINA					4	1		
FOSFOMICINA			2	1	1	1		
COLUSTINA			3					
ERITROMICINA					4	1		
AMPICILLINA			2	1				
CEFEPIME			3	2				
RIFAMPICINA							1	
AMIKACINA	1		1	3				
TETRACICLINA							1	
TIGECYCLINE			1					
TRIMETOPRIM/SULFAM.	1		3			1		
AMOXICILLINA/A.CLAV.			4					
CATERE VENO CENTRALE								
AMOXICILLINA/A.CLAV.	1							
AMPICILLINA	1							
TRIMETOPRIM/SULFAM.	1							
CEFOTAXIME	1							
CIPROFLOXACINA	1							
EMOCOLTURA								
CEFEPIME			1					
CEFOTAXIME	1	1						
CIPROFLOXACINA	1	1		1				
AMOXICILLINA/A.CLAV.	3	1						
CEFTAZIDIME		1						
CLINDAMICINA						1		
CEFOXITINA	1							
AMPICILLINA	2	1						
ERITROMICINA					2	1		
TEICOPLANINA					1	1	1	
PENICILLINA G					3			
LEVOFLOXACIN					2	1		
PIPERACILLINA/TAZOBACTAM			1					
RIFAMPICINA							1	
LINEZOLID							1	
GENTAMICINA	1	1	1				1	
OXACILLINA					1	1		
TRIMETOPRIM/SULFAM.	3	1	1		1			
VANCOMICINA								1
ERTAPENEM			1					
SITO CHIRURGICO								
TRIMETOPRIM/SULFAM.					1			
PENICILLINA G					6			
OXACILLINA					3			
LEVOFLOXACIN					3			
CLINDAMICINA					2			
GENTAMICINA					1			
ERITROMICINA					2			
VIE RESPIRATORIE								
AMPICILLINA	1	1	1	1				
COLUSTINA								1
TRIMETOPRIM/SULFAM.	2							
AMOXICILLINA/A.CLAV.	2							
CEFOTAXIME	1							
CIPROFLOXACINA	1							
PIPERACILLINA/TAZOBACTAM	1			1				
GENTAMICINA	1							
CEFEPIME				1				
CEFTAZIDIME				1				
CEFOXITINA	1							
FOSFOMICINA				1				

LA DIMENSIONE REGIONALE

La prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza si è dimostrata inferiore a quella media nazionale pari al 2,3% vs 8,03%. $P < 0.0001$. quando si valuta l'incidenza nei tre trimestri 2019, questa si attesta al 2,6%: nel 29% dei casi si trattava di infezioni delle vie Respiratorie, 37% batteriemie; 34% cute e tessuti molli; 14% sito chirurgico; 14% device (punta catetere). Le infezioni erano spesso sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici. Questi dati testimoniano la rilevanza del problema e la necessità di interventi mirati ed efficaci per contrastare questo rischio, che rappresenta uno dei principali pericoli per la sicurezza dei pazienti. Sono più frequenti le infezioni respiratorie e le batteriemie. Ciò significa che l'impatto sia clinico che economico di una infezione correlata all'assistenza è maggiore, poiché questi due siti di infezione sono tra quelli che si associano a una maggiore mortalità attribuibile, come anche a costi. Al fine di una migliore valutazione dell'impatto delle infezioni correlate all'assistenza si rende opportuno introdurre una serie di nuovi indicatori:

- Incidenza di infezioni correlate all'assistenza
- n. di pazienti con infezione (il primo episodio insorto dopo almeno 2 giorni di degenza) x 100 / totale pazienti sorvegliati
- Tasso di esposizione al dispositivo- giorni-dispositivo / giorni-paziente
- Tasso di infezioni associate a dispositivo- n. di infezioni associate all'esposizione al dispositivo / giorni-dispositivo (totale)
- McCabe score

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Protocollo per la prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria correlate all'Igiene delle mani"

Linee guida per la corretta gestione di Procedure assistenziali e igienico-sanitarie in setting di cura

Elenco dei principali microrganismi sentinella da diffondere alle UO

Misure di prevenzione e controllo delle Sepsis batteriche

Piano Aziendale di autocontrollo per la prevenzione del rischio legionellosi

Guida al corretto uso delle soluzioni per l'antisepsi della cute integra, lesa e mucose

Guida al corretto uso delle soluzioni per l'antisepsi della cute integra, lesa e mucose

Procedura per la segnalazione di infezione/colonizzazione da Alert organism e Protocollo di sorveglianza epidemiologica continua

Manuale operativo per l'Isolamento di pazienti con patologie contagiose e per le Misure di controllo dei principali microrganismi sentinella

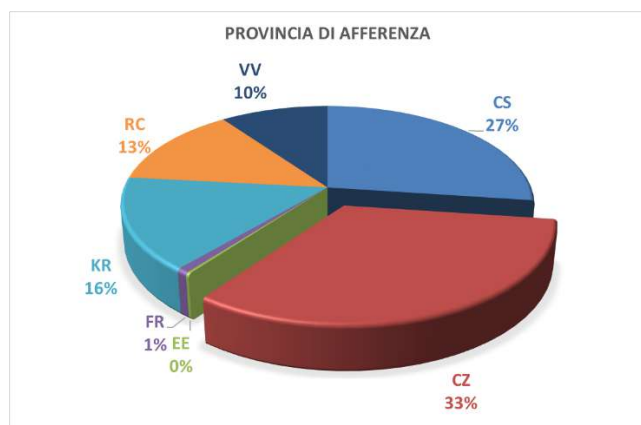
Procedure di sanificazione ambientale da implementare in presenza di casi di colonizzazione/infezione da microrganismi "alert "

Protocollo aziendale per la sanificazione terminale dei letti ospedalieri

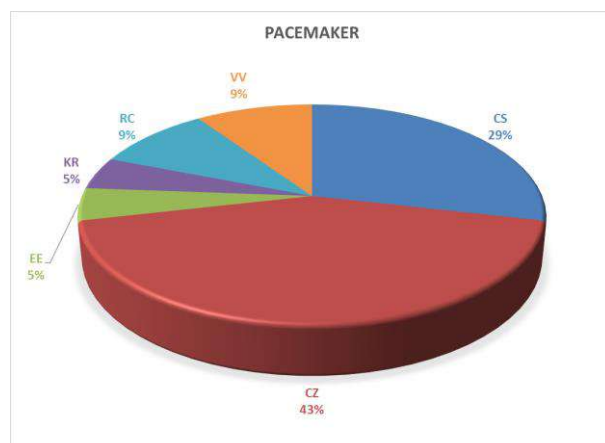
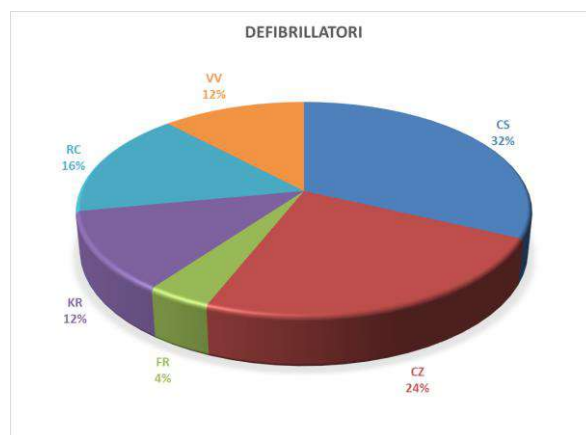
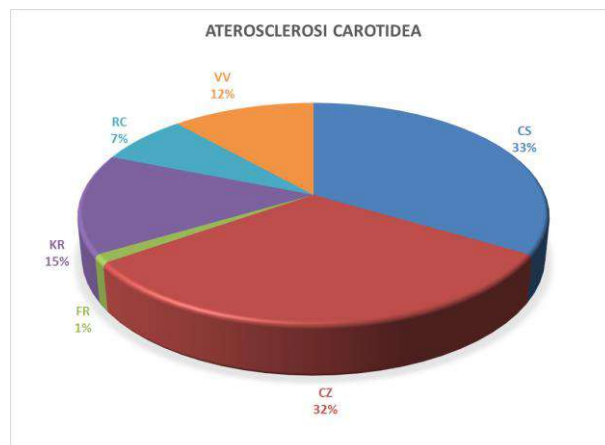
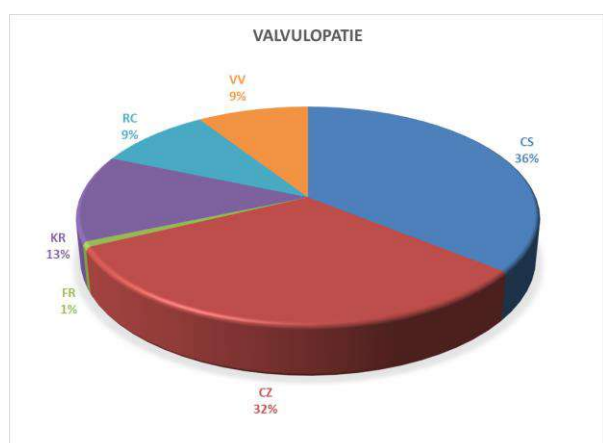
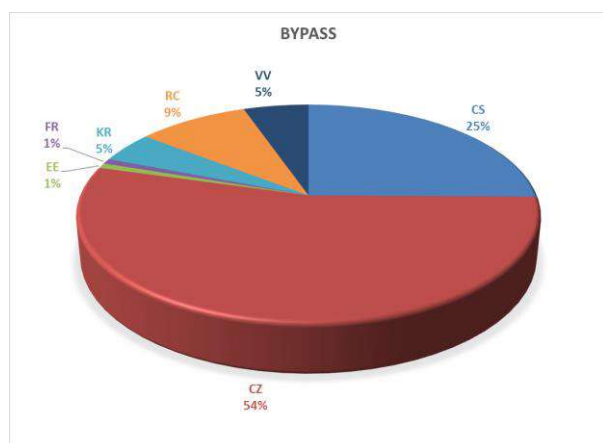
Protocollo per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU) correlate al catetere vescicale nell'adulto

LA DIMENSIONE DELL'OFFERTA

L'attività del SAH riconosce una dimensione regionale.



Il 67% (min 46% al max 76%) delle attività sono prestate per cittadini fuori dell'ASP di Catanzaro. L'analisi per tipologia di prestazioni conferma per le diverse province l'offerta è disomogenea e verosimilmente in relazione al bisogno espresso dai pazienti fuori ASP.



PRODUZIONE E DRG FUGA

L'invecchiamento e la bassa natalità determinano un cambiamento nelle priorità del sistema sanitario, in virtù di dati epidemiologici che evidenziano come primarie le aree delle malattie cardiovascolari (prima causa di morte), dei tumori (prima causa di anni di vita potenziali persi), delle patologie dell'invecchiamento e dell'infanzia, diabete e malattie metaboliche. La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. In media, in Italia, circa l'8% dei ricoveri avviene in mobilità e, pertanto, il fenomeno assume una certa rilevanza e merita di essere valutato ed interpretato per comprenderne i determinanti, le dinamiche e i riflessi che comporta nell'ambito del sistema di offerta del nostro Servizio Ospedaliero. Peraltro, il fenomeno, del tutto fisiologico se limitato ad una piccola quota di popolazione, negli ultimi anni è notevolmente aumentato. Una revisione sistematica della letteratura identifica nell'accessibilità alle cure e alle strutture dell'offerta, o meglio nella sua incapacità di soddisfare la domanda, il fattore chiave all'origine dei flussi migratori dei pazienti. In Calabria nonostante l'attivazione di un piano di rientro, si è assistito ad un continuo incremento della mobilità.

Ed i drg cardiovascolari sono tra i più frequenti drg fuga. La Mobilità condiziona una spesa passiva che si attesta intorno ai 300 milioni di euro

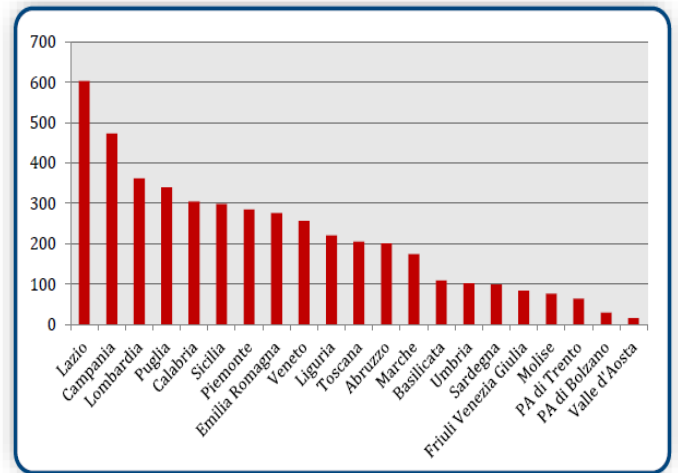


Figura 3. Debti per mobilità sanitaria passiva: anno 2017 (dati in milioni di €)

Tale spesa condiziona una spesa aggiuntiva procapite media in termini di fiscalità pari a 150 euro.

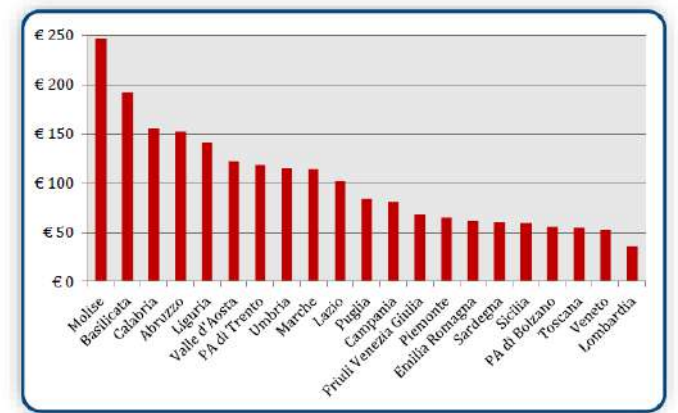
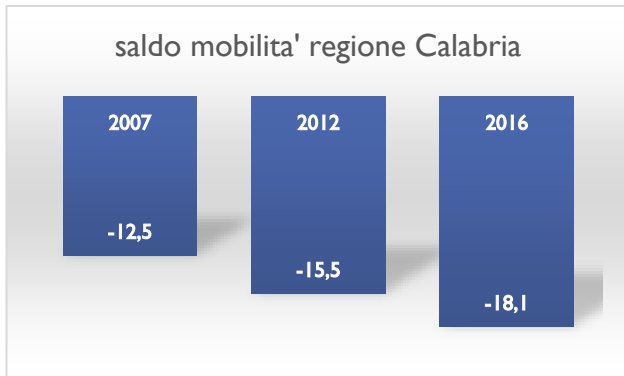


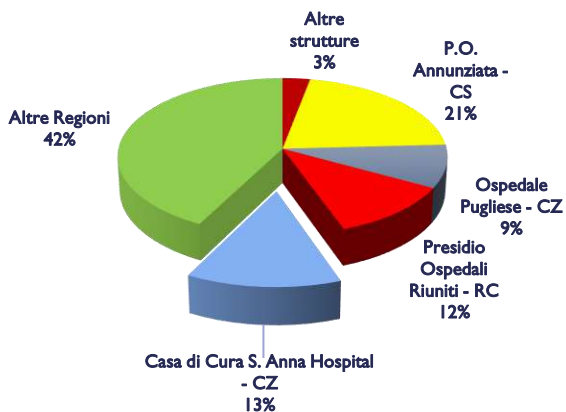
Figura 8. Mobilità regionale passiva 2017: spesa pro-capite per cittadino residente

Le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano le patologie più frequenti (14.8%):

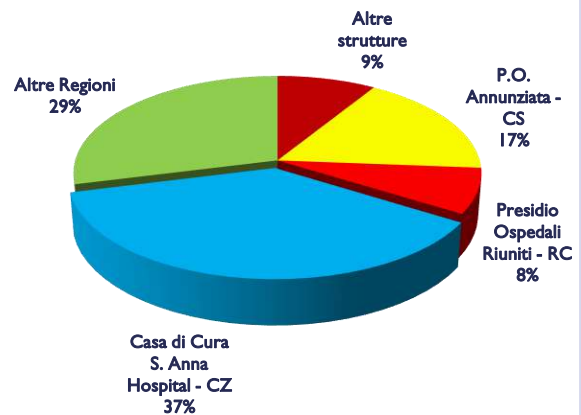
L'analisi dei dati del 2017 evidenzia ancora una mobilità per interventi cardiocirurgici pari a circa 13 milioni di euro. Quando si analizzano i dati dei diversi ospedali sui DRG cardiovascolari fuga è possibile evidenziare come il Sant'Anna Hospital garantisce mediante un offerta articolata di prestazioni una risposta sanitaria di qualità impattando in modo significativo sul contenimento della migrazione sanitaria.

MDIC	DIMENSIONI	%	GIORNATE	%
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	428.080	7,1	5.895.558	8,2
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	65.869	1,1	209.820	0,5
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	306.969	5,3	652.648	1,5
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	364.268	6,2	5.385.703	12,6
05 - Malattie e disturbi dell'apparato circolatorio	409.808	7,0	6.483.789	15,1
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	354.090	6,1	3.087.731	8,8
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	203.747	3,5	2.339.150	6,5
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo	781.172	13,2	4.845.964	11,8
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	367.515	6,3	748.067	1,7
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	327.248	5,6	407.003	1,0
11 - Malattie e disturbi del rene della via urinaria	354.025	6,1	2.454.878	6,6
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	303.877	5,2	488.249	1,1
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	377.198	6,5	728.258	1,7
14 - Gravidezza, parto e puerperio	588.112	10,1	2.209.904	6,3
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	314.238	5,4	491.268	1,2
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	73.196	1,3	170.223	0,4
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie sovrappresse di Riferimento	143.851	2,5	1.322.059	3,6
18 - Malattie infettive e parassitarie sistemiche o di sedi non specificate	182.875	3,2	1.845.018	5,4
19 - Malattie e disturbi mentali	337.049	5,8	1.835.876	5,8
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	112.117	1,9	63.653	0,2
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici del fumo	56.006	1,0	298.002	0,7
22 - Uziom	3.886	0,1	51.456	0,1
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	81.588	1,4	378.215	0,9
24 - Traumatismi multipli / diversi	8.853	0,1	126.120	0,3
25 - Intossicazioni HCN	6.936	0,1	301.682	0,8

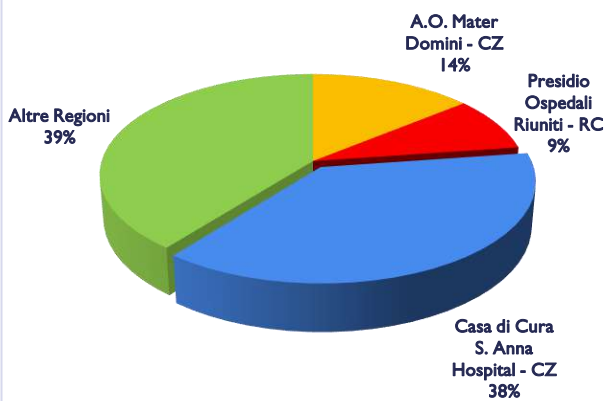
Aneurisma aorta addominale



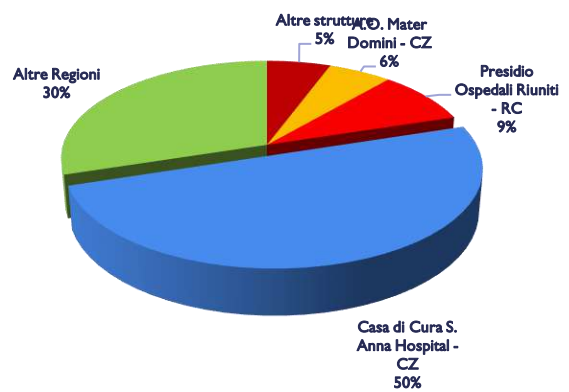
Rivascolarizzazione carotidea



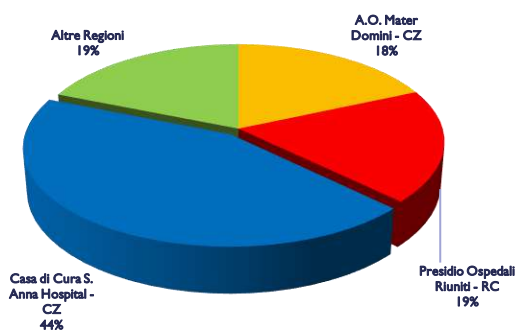
Interventi sulle valvole cardiache



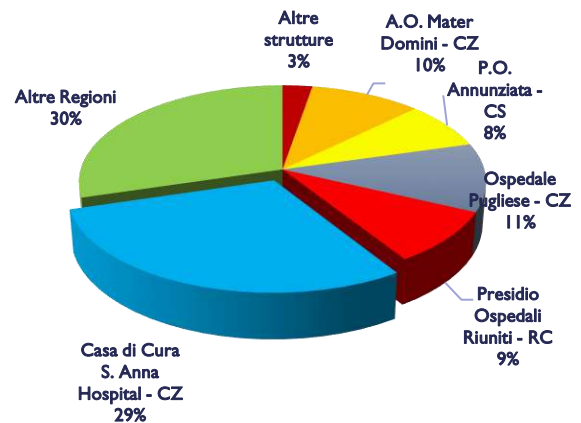
Endoarteriectomia carotidea



By-pass aortocoronarico isolato

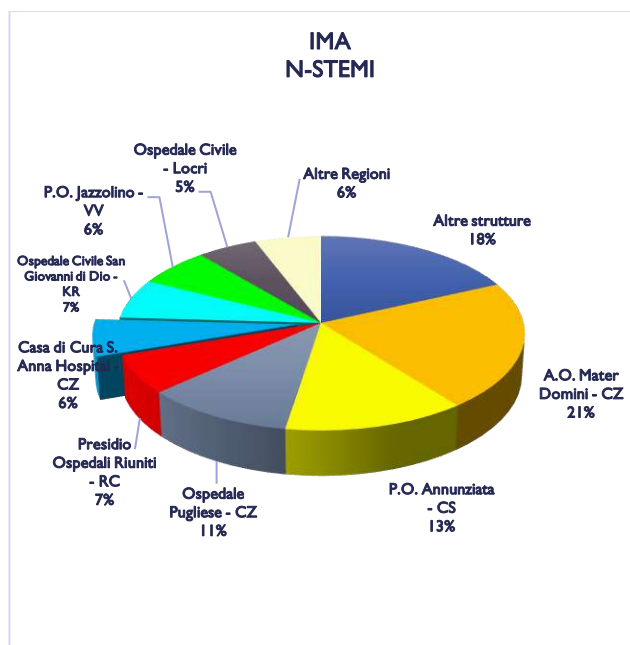
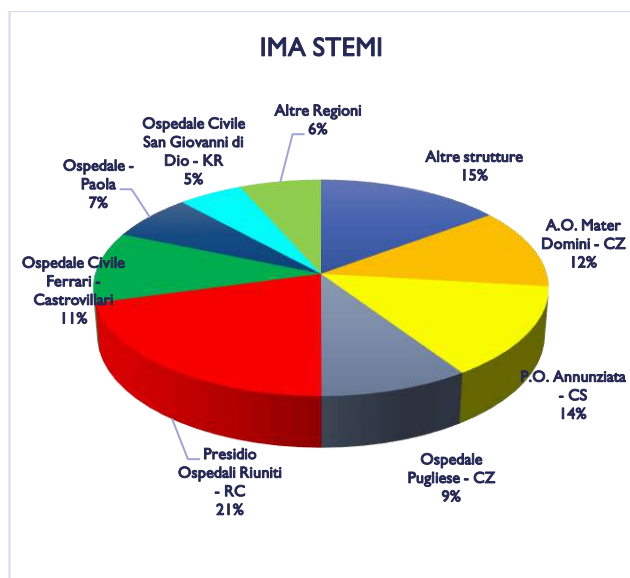


PTCA non in IMA



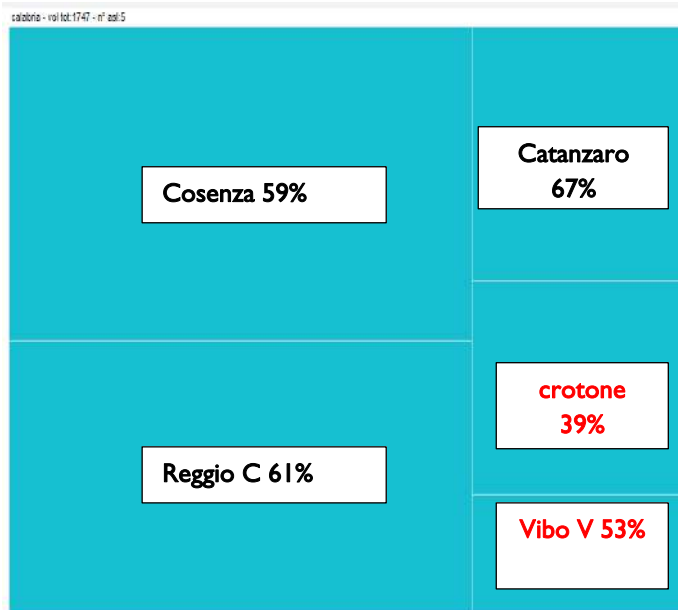
EMERGENZA E RETE TEMPO DIPENDENTI

La Nuova designazione della rete dell'emergenza/urgenza e della rete delle patologie tempo-dipendenti ha di fatto congelato l'offerta del Sant'Anna escludendo la stessa organizzazione dalle reti.



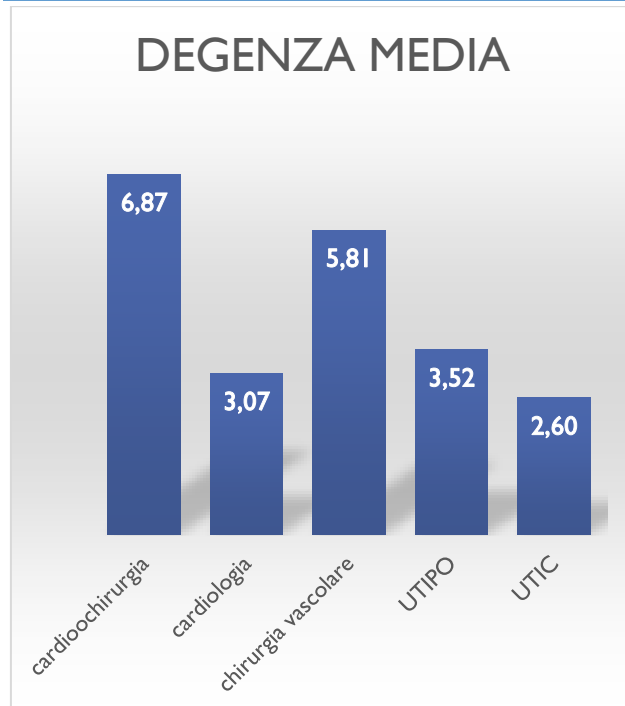
Quando tuttavia si considera la modalità gestionale dell'infarto in fase acuta dal piano degli esiti Nazionale del ministero della salute, è possibile osservare come due aree del centro, quella crotonese e quella vibonese

presentano una ridotta capacità di offerta della PTCA primaria.

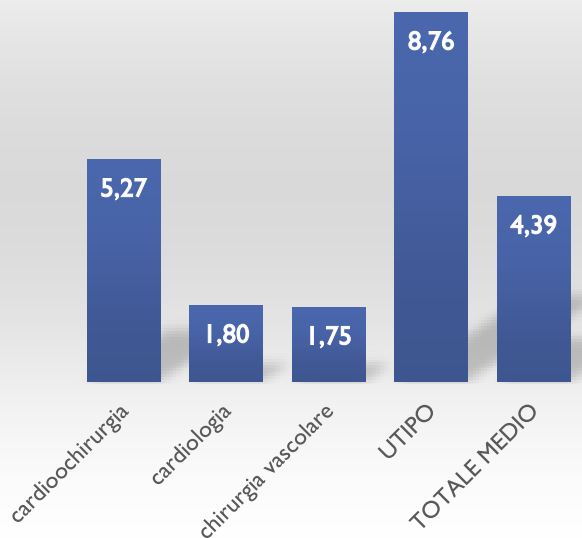


Il ripensamento delle reti per processi e filiera di competenza consentirebbe un maggiore frequenza di PTCA primaria e quindi un impatto su mortalità e morbidità nelle due aree con minore offerta della prestazione.

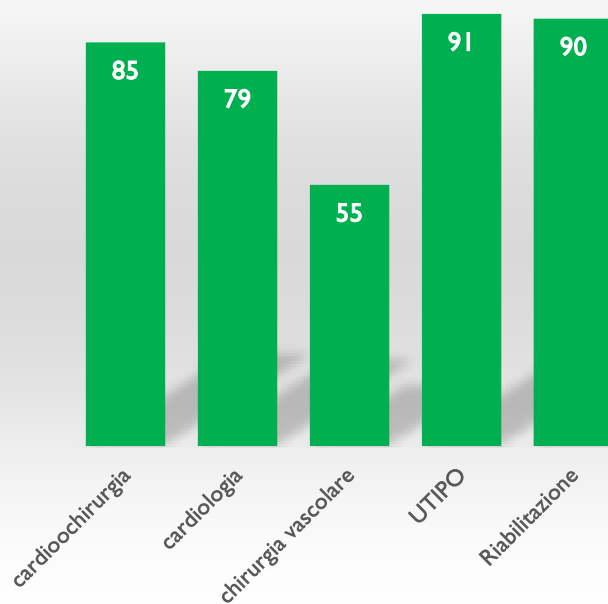
INDICATORI DI PERFORMANCE



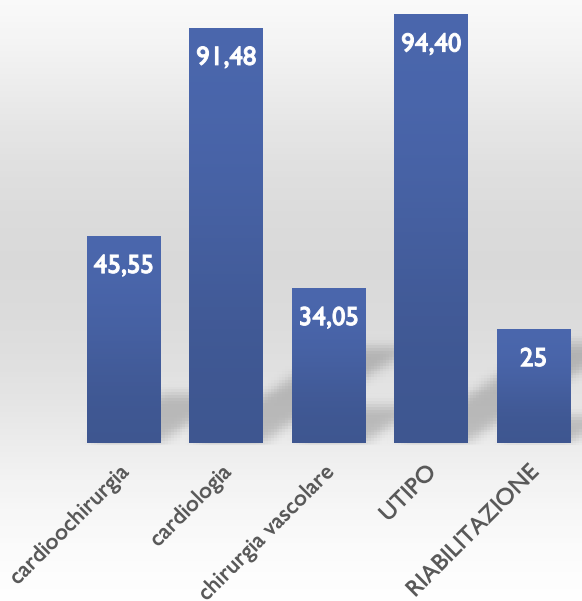
PESO MEDIO DRG- MEDIO OSPEDALE



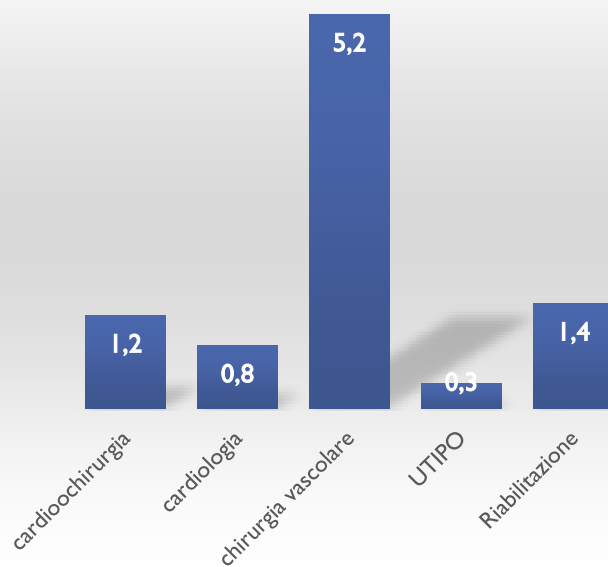
Tasso di occupazione

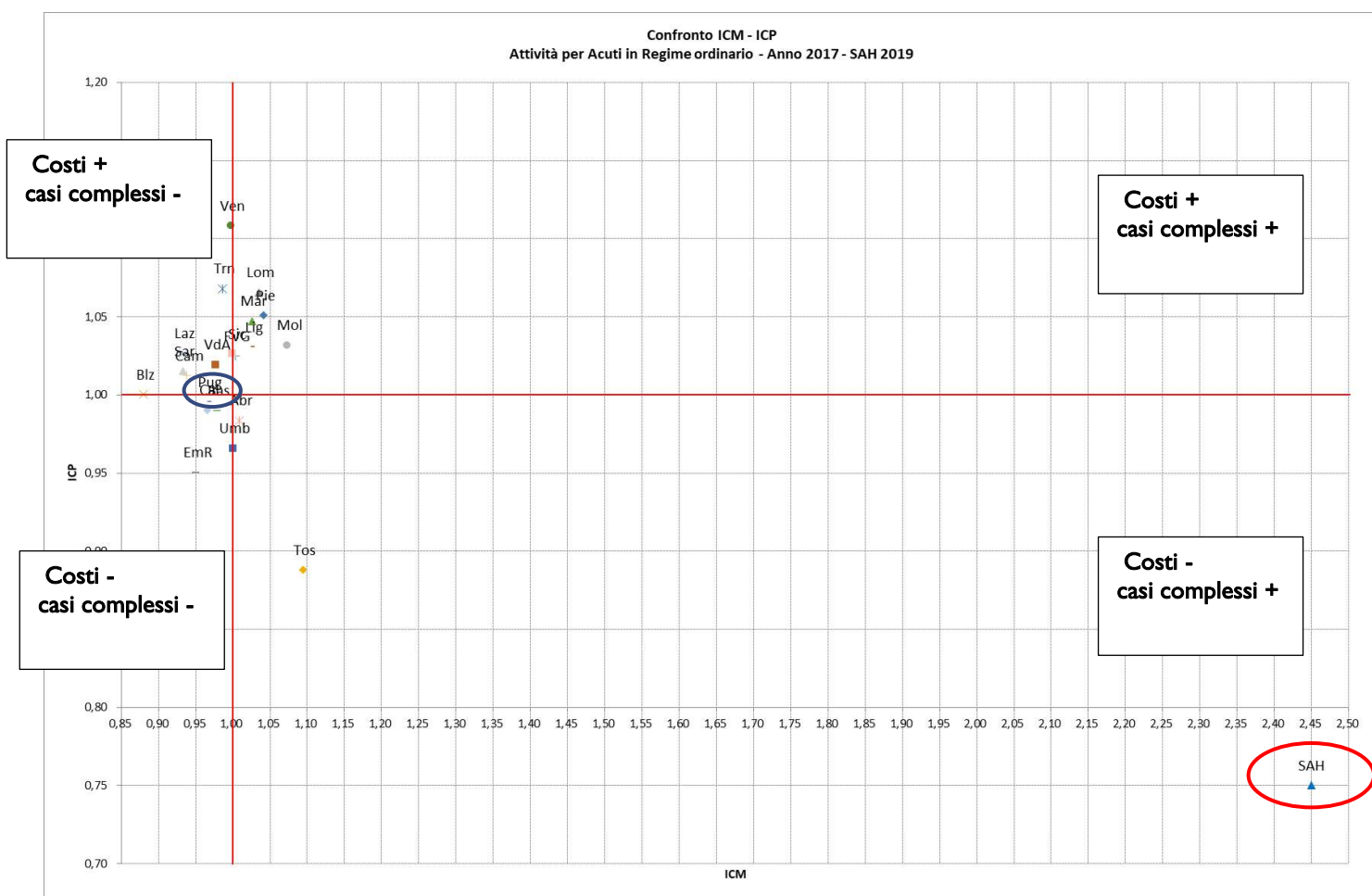


INDICE DI ROTAZIONE



INTERVALLO DI TURNOVER

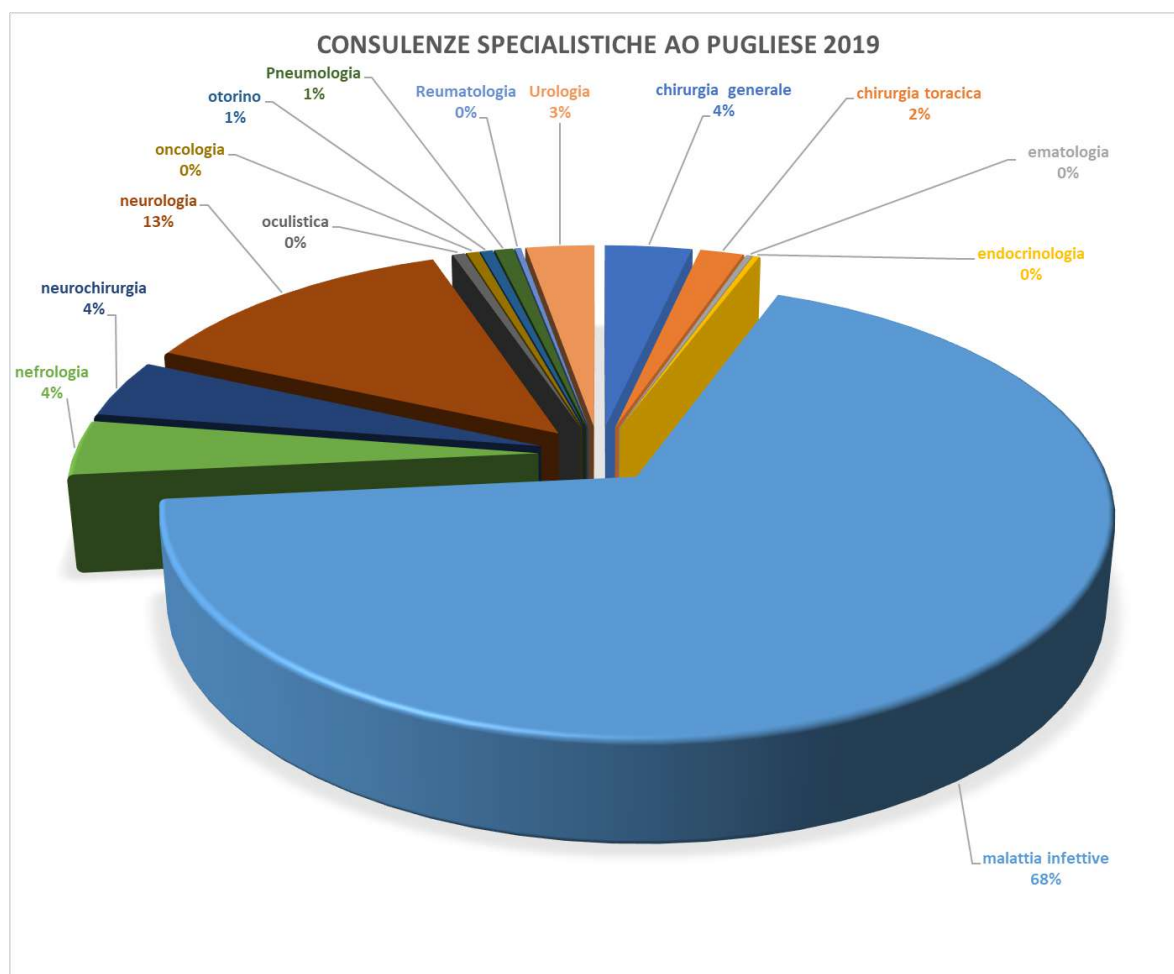




Il grafico evidenzia come l'organizzazione per processi nell'unità dipartimentale ha consentito la gestione di una casistica complessa con una efficienza operativa, collocando la struttura SAH nel quadrante con la migliore performance e la maggiore complessità; tali risultati identificano un equo utilizzo della risorsa pubblica.

Consulenze specialistiche

Nel 2019 sono stati gestiti 5064 pazienti. Nei processi sanitari eseguiti, è stata ravvisata la necessità di 399 consulenze specialistiche. In particolare tali consulenze sono stata effettuate in 304 pazienti (6%) . la tipologia delle consulenze è di seguito riportata nel grafico



Per quanto attiene il fabbisogno di un percorso multidisciplinare nei modelli gestionali questo è stato:

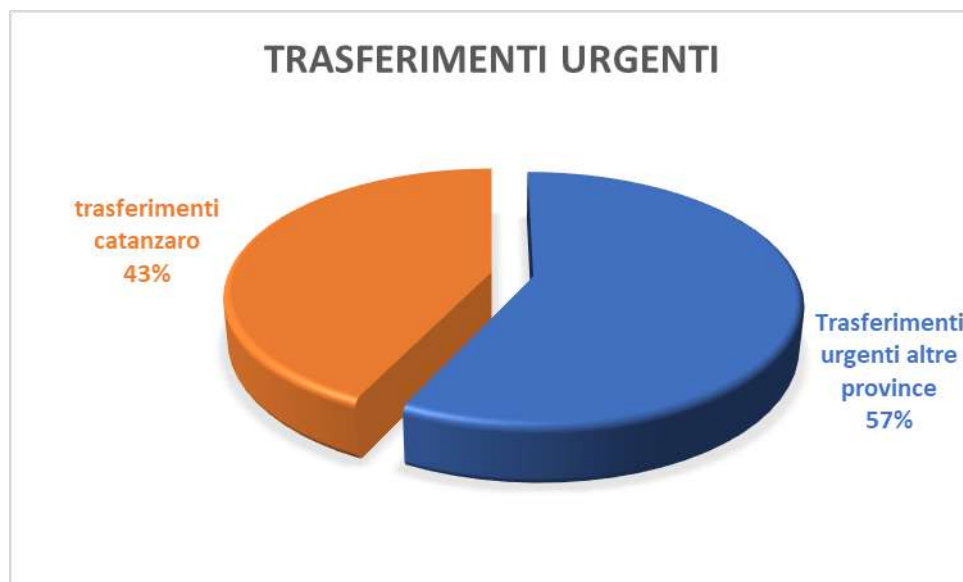
CARDIOCHIRURGIA	178	44,61%
CARDIOLOGIA	14	3,51%
CHIRURGIA VASCOLARE	22	5,51%
RIABILITAZIONE C	14	3,51%
TERAPIA INTENSIVA	181	45,36%

Al fine di garantire la continuità assistenziale di questi pazienti è possibile utilizzare due strategie: riferimento del paziente alla rete dell'emergenza/urgenza con accesso al PS e quindi ai modelli gestionali del PO Pugliese. Questo tuttavia condizionerebbe un discontinuità delle cure cardiologiche con un carico gestionale al PO. Il trasferimento precoce, dopo l'evento indice oltre a condizionare un aumentato rischio per il paziente, condiziona anche un disagio per il Caregivers.

L'altra ipotesi, più realisticamente perseguibile, è questa di mettere in "movimento" le competenze professionali, senza alterare il setting assistenziale intensivo.

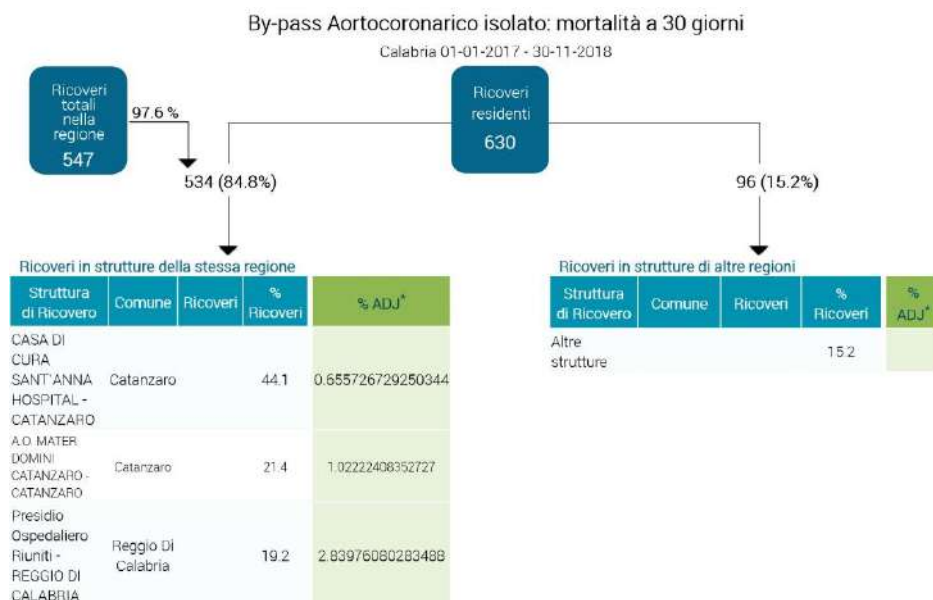
Emergenze Cardiovascolari e risultati

Il Sant'Anna nel 2019 ha gestito con trasferimento urgente da altre strutture ospedaliere 330 pazienti, di questi 141 pazienti sono stati trasferiti/inviati dal PO di Catanzaro e di Lametia terme

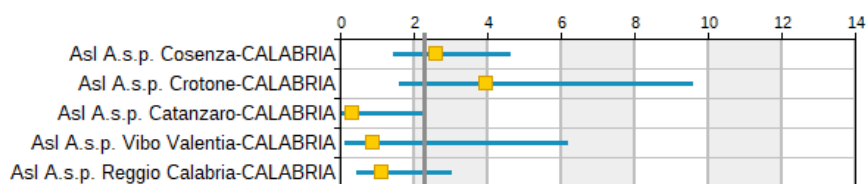
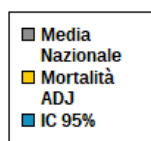


I pazienti trasferiti sono stati sottoposti ad intervento cardiocirurgico.

Per quanto attiene ai risultati, l'analisi del PNE ha evidenziato un buon risultato circa gli interventi urgenti



Valvuloplastica o Sostituzione valvolare: mortalità a 30 gg



Sintesi: analisi SWOT

PUNTI DI FORZA	
COERENZA NORMATIVA	<ul style="list-style-type: none"> la stipula della presente convenzione è la risposta ad una necessità dei cittadini utenti e rappresenta un interesse del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale; il ricorso a convenzioni tra Enti è favorito nell’ambito dei più generali interventi di cooperazione per la realizzazione di programmi comuni di interesse sanitario; l’art 15 della legge n 241 del 7 agosto 1990 prevende la possibilità, per le amministrazioni di interesse pubblico, di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune e con finalità di bene sociale; il DlG n 502/1992 - con l’art 8-quinquies. e l’art 15-quinquies - disciplina gli accordi contrattuali e la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, al di fuori dell’impegno di servizio, in strutture di altra azienda del Servizio Sanitario Nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell’azienda con le predette aziende e strutture; che tale accordo sarà articolato nel rispetto e nella coerenza del DPCM 27 marzo 2000 e del CCNL 8 giugno 2000; ai sensi del D.M 30/12/1992 DL 502 concernente “Il riordino della disciplina sanitaria” è prevista l’integrazione funzionale tra dipartimenti interaziendali al fine di formulare percorsi diagnostico-terapeutici capaci di garantire la continuità assistenziale del paziente ed ottimizzare l’efficacia e l’efficienza di reparti per acuti ad elevato costo; nell’ambito della definizione ed attuazione dei protocolli operativi per la gestione dei letti ad alta specialità sono necessari interventi e competenze multidisciplinari per il raggiungimento degli obiettivi sanitari, così come d’altronde evincibile dal D.M. 29/1/92 che per l’Alta Specialità del Cuore prevede obbligatoriamente la sussistenza, anche non nello stesso presidio, delle diverse funzioni previste dal PDTA individuale del paziente;

	<ul style="list-style-type: none"> • Il Sant'Anna Hospital è da ultimo accreditato con il SSN con D.P.G.R. N° 21 DEL 20/02/2014 per prestazioni cardiovascolari
PDTA	Il Sant'Anna Hospital ha definito PDTA per patologia
SINERGIE INTER-AZIENDALI	Le due aziende operano di fatto sui percorsi sanitari di pazienti afferenti con la gestione delle diverse criticità emergenti
FABBISOGNO SANITARIO	Il combinato disposto delle competenze professionali e relazionali consentono la gestione di complessità cliniche con un prodotto sanitario di Buona qualità in termini di case mix
IMPATTO SUL PIANO DI RIENTRO	Abbattimento dei DRGs Fuga
PUNTI DI DEBOLEZZA	
APPROPRIATEZZA CLINICA	Indicazioni alle prestazioni sanitarie non "evidence based medicine".
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Alterazione dei processi sanitari strutturati nell'organizzazione del lavoro

I punti di debolezza possono essere controllati mediante la definizione della convezione.

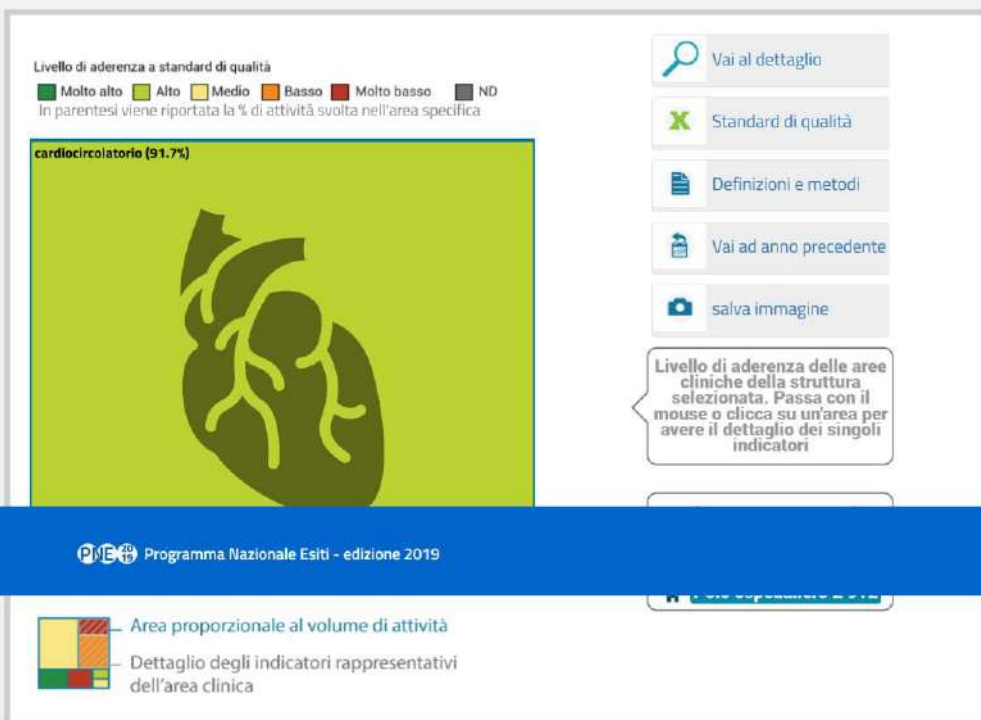
Dati di Sintesi Piano Nazionale degli Esiti Ministero della Salute

Home Documentazione ▼ Sintesi per struttura/ASL ▼ soccorso capomolla ▼



CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL - CATANZARO - Catanzaro (CZ), CALABRIA

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA



In sintesi

Il grafico evidenzia come l'organizzazione per processi nell'unità dipartimentale ha consentito la gestione di una casistica complessa con una efficienza operativa, collocando la struttura SAH nel quadrante con la migliore performance e la maggiore complessità; tali risultati, certificati dal PNE del ministero della salute identificano un equo utilizzo della risorsa pubblica.

Dr S. Capomolla