

Verbale n.2 del 24.04.19

In data 24 aprile dell'anno 2019, presso la sala riunioni della Direzione Generale di questa ASP di Agrigento, si è riunito alle ore 12:45, il Collegio di Direzione costituito con deliberazione n. 1698 del 01/12/16, giusta convocazione prot. n.70861 del 17/04/19, per discutere del seguente ordine del giorno:

1. Approvazione del verbale di insediamento n.1 del 11 marzo 2019
2. Comunicazioni varie

SONO PRESENTI:

1. Dott. Giorgio Giulio Santonocito, Direttore Generale ASP Agrigento, Presidente del Collegio di Direzione
2. Direttore Dipartimento Amministrativo – Dott.ssa Beatrice Salvago
3. Direttore Dipartimento di Prevenzione – Dott. Salvatore Cuffaro
4. Direttore Dipartimento di Prevenzione Veterinario – Dott. Salvatore Cuffaro
5. Direttore Dipartimento Ospedaliero di Medicina – D.O. AG1 – Dott. Giuseppe Augello
6. Direttore Dipartimento Ospedaliero di Chirurgia – D.O. AG1 – Prof. Rosario Lupo
7. Direttore Dipartimento Ospedaliero di Chirurgia – D.O. AG2 – Dott. Quintino Paola
8. Direttore Dipartimento di Emergenza – Dott. Giuseppe Augello
9. Direttore Dipartimento delle Scienze Radiologiche – Dott. Angelo Trigona
10. Direttore Dipartimento di Riabilitazione - Prof. Rosario Lupo
11. Direttore Dipartimento Materno Infantile – Dott. Salvatore Incandela
12. Direttore Medico PO di Agrigento – Dott. Antonello Seminerio
13. Direttore Medico F.F. PO Canicattì – Dott. Giuseppe Augello
14. Direttore Medico F.F. PO Licata – Dott. Angelo Gambino
15. Direttore Medico Ospedali Riuniti Sciacca – Ribera – Dott. Gaetano Migliazzo
16. Direttore Distretto Sanitario di Base Agrigento – Dott. Giuseppe Amico
17. Direttore Distretto Sanitario di Base Bivona – Dott. Salvatore Sanzeri
18. Direttore Distretto Sanitario di Base Canicattì – Dott. Ercole Marchica
19. Direttore Distretto Sanitario di Base Casteltermeni – Dott. Salvatore Sanzeri
20. Direttore Distretto Sanitario di Base Licata – Dott. Francesco Curella
21. Direttore Distretto Sanitario di Base Ribera – Dott.ssa Maria Anna Barraco

SONO ASSENTI:

1. Direttore F.F. Dipartimento di Salute Mentale – Dott. Paolo Santamaria
2. Direttore Dipartimento del Farmaco – Dott. Giuseppe Bellavia
3. Direttore Distretto Sanitario di Base Sciacca – Dott. Giuseppe Lo Scalzo

Svolge le funzioni di segretario la Dott.ssa Teresa Cinque, TPO Uff. Controllo di Gestione e Staff, giusta disposizione prot. n. 40993 del 05/03/19.

Constatata la presenza del numero legale dei componenti previsto dall'art.4 del regolamento, adottato con deliberazione n.1699 del 01/12/19, alle ore 12.45 il Dott. Santonocito, n.q. di Presidente, dichiara aperta la seduta.

Il Dott. Santonocito comunica ai presenti che nelle more della nomina del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, l'intendimento di convocare il Collegio con cadenza quindicinale; e di rendere pubblici tutti i verbali delle riunioni mediante la pubblicazione sul sito istituzionale di questa ASP.

Punto Ordine del Giorno:

1. Approvazione del verbale di insediamento n.1 del 11 marzo 2019:

Il verbale viene approvato dai presenti all'unanimità con voto palese



Punto Ordine del Giorno:

2. Comunicazioni varie

- a. Nota Ass.to della salute – DASOE – Servizio 8 “Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti” prot. n. DASOE/8 -31095 del 11/04/19 con oggetto “ASP Agrigento – Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio. Persistenza gravissime criticità sulla gestione delle infezioni correlate all’assistenza. Richiesta urgente adeguamento. – assunta agli atti di questa Azienda con prot. N. 68564 del 15/04/19. La nota sarà consegnata ai componenti del collegio, con ommissis, al momento della trasmissione del presente verbale.

Il Dott. Santonocito, vista la gravità della situazione segnalata dalla citata nota, procede alla lettura della stessa - con ommissis - e comunica che:

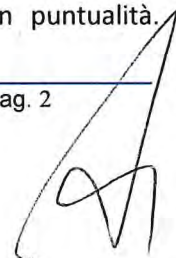
- ✓ è stato chiesto al Direttore Sanitario Aziendale uscente, al Direttore del PO di Agrigento ed al Risk Manager aziendale di fornire una dettagliata relazione con l’analisi delle criticità segnalate;
- ✓ che, in ottemperanza a quanto richiesto rispetto all’adeguamento della struttura deputata alla qualità e funzione aziendale per il rischio clinico, è stata avanzata all’ASP di Caltanissetta la condivisione del Risk Manager, anche in attività extra time.

Nel corso della discussione tutti i direttori dei PPOO aziendali confermano che i protocolli del CIO sono stati regolarmente notificati a tutto il personale interessato. Il Dott. Seminerio, nella qualità di presidente del CIO del Distretto AG1, asserisce che le segnalazioni delle infezioni correlate all’assistenza, pervenute al CIO, sono in percentuale minima rispetto al numero dei ricoveri.

Il Dott. Santonocito chiede ai presenti se ritengono utile affidare ad un ente terzo, vista la segnalazione di particolare gravità della situazione, l’incarico di misurare il dato legato alle infezioni correlate all’assistenza. Il Dott. Migliazzo afferma, di comune accordo con gli altri direttori di presidio, che un valutatore epidemiologo esterno potrebbe essere utile; comunica altresì che presso il PO di Sciacca le aree critiche sono state regolarmente monitorate dalla U.O. di Patologia Clinica. Da ciò, l’assemblea è concorde nell’accettare la proposta del Dott. Santonocito, di incaricare il Dott. Friscia, Dirigente Responsabile della U.O. di Patologia Clinica del PO di Agrigento responsabile ad Interim della U.O. di Patologia Clinica di Sciacca, il compito di effettuare una verifica straordinaria di tutte le aree critiche e dei complessi operatori prioritariamente presso il PO di Agrigento e poi presso tutti gli altri presidi ospedalieri.

Il Dott. Seminerio afferma che il Dott. Carmelo Alaimo, n. q. di RSPP, aveva avviato una procedura per analisi di controllo sui reparti del PO di Agrigento. Da ciò l’assemblea approva la proposta del Dott. Santonocito di chiedere al Dott. Alaimo una dettagliata relazione sulla vicenda. Il Dott. Augello rileva che nel procedere alla disamina della vicenda, segnalata dall’Assessorato con la nota in argomento, occorre tener conto anche delle infezioni veicolate dai pazienti provenienti da altri istituti di ricovero, con particolare riguardo ai pazienti anziani; rileva altresì che la carenza di personale infermieristico presso tutti i PPOO potrebbe essere la spiegazione alla carenza di controlli sulla corretta applicazione dei protocolli e delle istruzioni operative per la prevenzione delle infezioni correlate.

Riguardo alla problematica in argomento della gestione delle infezioni correlate all’assistenza e il contrasto all’antibiotico resistenza, il Dott. Cuffaro, propone di coinvolgere la ditta che espleta il servizio di pulizia alla puntuale applicazione del contratto con particolare riguardo alla attività di sanitizzazione delle stanze di degenza. Il Dott. Gambino, il Dott. Incandela e il Dott. Amico ribadiscono la necessità di imporre alla ditta l’espletamento della sanitizzazione degli ambienti con cadenza chiaramente definita, se già non previsto dal contratto vigente, in modo che il controllo sulla corretta applicazione del contratto da parte del DEC possa eseguirsi con puntualità.





L'assemblea approva all'unanimità la proposta. A conclusione della discussione il Dott. Santonocito propone di affidare al Dott. Spoto, n.q. di Direttore della U.O.C. Servizio Igiene Ambienti di Vita, il compito di svolgere le funzioni di coordinamento delle attività di verifica, rilevazione e segnalazione delle idonee misure da adottare in tema di infezioni correlate all'assistenza. La proposta è accettata all'unanimità dai presenti.

b. Attività di Screening oncologico

Il Dott. Cuffaro comunica all'assemblea che nei giorni scorsi si sono svolti degli incontri con il personale coinvolto nelle attività di screening e fornisce un documento, allegato al presente verbale (allegato 1), cui si rimanda per l'approfondimento, dove sono esplicitati gli argomenti trattati nel corso degli incontri di cui di seguito si indicano i passaggi più significativi:

1. D.A. n.1845/12 che definisce le *"Direttive regionali per l'esecuzione degli screening oncologici in Sicilia"*, indica le 4 fasi organizzative principali del programma di screening (organizzazione, primo livello, secondo livello, terzo livello), definisce due tipi di responsabilità:
 - Responsabilità dell'organizzazione e del raggiungimento dell'obiettivo di salute –Outcome - in capo al Dipartimento di prevenzione (fino al passaggio alla direzione strategica) tramite il Centro Gestionale Screening
 - Responsabilità della produzione della prestazione (output) che attiene ai referenti delle diverse strutture di 1°, 2° e 3° livello
2. Protocollo operativo aziendale di attuazione degli screening: La Delibera n. 5040 del 06/12/12 individua i protocolli operativi per l'attività di ciascuno screening oncologico, essi rappresentano gli obblighi operativi cui devono attenersi gli attori impegnati nelle attività di screening;
3. Circolare n.18 del 04/10/18, DA n. 1845 del 18/09/12, con le circolari n.1308 del 30/10/13 e n. 5 del 16.03.16 che definiscono gli obblighi normativi da portare in esecuzione e precisano, tra l'altro, le competenze e la dotazione organica minima del Centro Gestionale Screening e delle UU.OO. di screening mammografico, screening del cervico-carcinoma, screening del colon retto.
4. Definizione delle proposte di attività da garantire da parte dei Direttori sanitari e amministrativi dei Presidi ospedalieri e dei Distretti Sanitari di Base aziendali.

Nel corso della discussione viene esplicitata la possibilità di autorizzare i medici colposcopisti ad erogare prestazioni in extra time per garantire l'attività di screening. Rispetto a tale evenienza il dott. Incandela avanza l'ipotesi di eventuali conflitti che potrebbero sorgere con i professionisti che erogano prestazioni in regime ordinario presso gli ambulatori. Il Dott. Santonocito propone che sia il dott. Cuffaro a fare da collettore nella definizione delle esigenze di prestazioni in extra time finalizzate alle attività di screening oncologico. Il dott. Santonocito comunica ai presenti che in atto sono state autorizzate sedute operatorie aggiuntive presso la UOC di Ortopedia e traumatologia del PO di Agrigento (Delibera n. 742 del 16/04/19), sedute operatorie aggiuntive presso il PO di Licata (delibera n. 744 del 16/04/19), sono stati approvati progetti per:

- I. Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni di diagnostica strumentale presso la UOC di Cardiologia di Agrigento – periodo Aprile/Giugno 2019 (delibera n. 740 del 16/04/10);
- II. Riduzione dei tempi di attesa per effettuazione di trattamenti radianti presso l'UOC di radioterapia del PO di Agrigento - periodo Maggio/Luglio 2019 (Delibera n.743 del 16/04/19);
- III. Riduzione dei tempi di attesa per effettuazione di prestazioni di diagnostica strumentale di esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia presso il servizio di



Endoscopia digestiva della UO di Chirurgia generale del PO di Canicattì – periodo Maggio/Luglio 2019 (delibera n. 745 del 16/04/19)

- IV. Riduzione dei tempi di attesa per effettuazione di prestazioni di diagnostica strumentale di esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia presso l'UOC di Chirurgia Generale del PO di Agrigento periodo 15 aprile-29 giugno 2019 (delibera n.641 del 02/04/19).

Il Prof. Lupo afferma che ci sono altre UUOO che necessitano di erogare prestazioni aggiuntive e che a breve forniranno la documentazione a supporto. Viene evidenziato altresì che presso il PO di Sciacca non è presente personale che eroga prestazioni di gastroenterologia ed endoscopia. Il Dott. Santonocito incarica il Prof. Lupo di gestire tutta la vicenda riguardante le prestazioni in extra time osservando tutti i passaggi burocratici previsti e valutando anche la possibilità di trasferire personale.

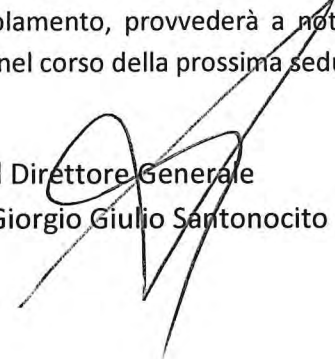
c. Carenza medici anestesisti

Il Dott. Santonocito comunica ai presenti che in atto la carenza di medici anestesisti sta creando numerose difficoltà tra le quali sembrava esserci anche la impossibilità a garantire i turni nell'Area emergenza/118; tale evenienza è stata scongiurata in quanto è stato appurato che le ambulanze del 118 che operano sul territorio dell'ASP di Agrigento e che appartengono alla tipologia MSA (Mezzi di soccorso avanzato) necessitano della presenza di personale medico ma non necessariamente anestesista. Il Dott. Amico a tal proposito, in riferimento al D.A. 11 gennaio 2019 "Adeguamento rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n70", ha elaborato un prospetto, allegato al presente verbale (allegato 2), dal quale si evince la distribuzione sul territorio delle ambulanze, distinte per tipologia in riferimento all'equipaggio (MSB – mezzi di soccorso di base senza personale medico né infermieristico – MSA – Mezzi di soccorso Avanzato con personale medico e infermieristico). Nello stesso prospetto sono evidenziate altresì le postazioni con medico da attivare e il numero di medici occorrenti per la copertura dei turni.

Il Dott. Santonocito chiude la riunione alle ore 14.00 dal che si è redatto, in unico esemplare, il presente verbale (composto da n.4 fogli scritti su una sola facciata e da n.2 allegati composti rispettivamente da n.2 fogli-allegato 1), n.1 foglio - allegato 2), per un totale complessivo di n.7 fogli) che letto e confermato è stato sottoscritto dal Dott. Giorgio Giulio Santonocito, Direttore Generale ASP, presidente del Collegio di Direzione, così come previsto dall'art. 4 del regolamento, adottato con deliberazione n.1699 del 01/12/19.

Il Segretario verbalizzante, in ottemperanza al citato dall'art. 4 del regolamento, provvederà a notificare il presente verbale a tutti gli intervenuti e verrà approvato, con voto palese, nel corso della prossima seduta.

Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Giulio Santonocito



Segretario verbalizzante
Dott.ssa Teresa Cinque







SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Sede legale : Viale della Vittoria n.321 92100 Agrigento

Partita IVA - Codice Fiscale : 02570930848

Dipartimenti di Prevenzione

Premesso che il Decreto Assessoriale n. 01845/12 definisce le "Direttive regionali per l'esecuzione degli screening oncologici in Sicilia" e recita, tra l'altro, che:

Il programma di screening è articolato in 4 fasi organizzative principali:

- 1) organizzazione (comprende tutte le attività preparatorie per l'invito della popolazione, nonché la raccolta dei dati di attività dal 1° e dal 2° livello per il debito informativo degli indicatori verso la Regione e l'ONS);
- 2) primo livello (esecuzione del test di screening);
- 3) secondo livello (esecuzione degli approfondimenti diagnostici);
- 4) terzo livello (trattamento e follow up - chirurgia, oncologia, radioterapia, etc).

La sequenza degli atti tecnico-professionali da attuarsi nelle fasi suddette è sostenuta dalle linee guida GISMA, GISCI e GISCOR e dalle raccomandazioni del Ministero della Salute.

Sono quindi definiti due tipi di responsabilità:

- a) responsabilità dell'organizzazione e del raggiungimento dell'obiettivo di salute (Outcome) che attiene al Dipartimento di Prevenzione (fino al passaggio del CGS alla Direzione Aziendale) tramite il Centro Gestionale Screening;
- b) responsabilità della produzione della prestazione (Output) che attiene ai referenti delle diverse strutture di 1°, 2° e 3° livello.

Le U.O. di Screening devono garantire anche il secondo livello dello screening, cioè gli approfondimenti per i casi dubbi/positivi.

Ogni U.O. di Screening dovrà relazionarsi con gli operatori del 3° livello (chirurgo, oncologo, anestesista, ecc.) per la corretta gestione del paziente positivo e del successivo percorso.

Protocollo operativo aziendale di attuazione degli screening

Con delibera n. 5040 del 6/12/2013 sono stati individuati i protocolli operativi per l'attività di ciascun screening oncologico, in applicazione al D.A. 1845 del 18/09/2012. Tali protocolli sono stati inviati al DASOE e rappresentano una serie di **obblighi operativi** per tutti gli attori impegnati nelle attività di screening, con l'obbligo di attenersi pedissequamente.

Si fa presente che:

- le giornate di formazione/aggiornamento sul sistema software screening sono state effettuate a tutti gli operatori screening,
- il software è in via di aggiornamento,
- con Delibera n. 434 del 06/03/2019 è stato individuato il referente aziendale per l'anagrafe (dott. Alfonso Avenia),
- si sta operando per la pulizia delle liste e completamento delle cartelle aperte,
- i protocolli dei tre screening sono operativi.

Ci si deve adoperare per dare esecuzione alla:

- a. circolare n.18 del 04.10.18, ove è disposto, tra l'altro, che:
 - il software dovrà essere implementato col modulo MMG,
 - si deve limitare l'uso dei codici di esenzione D02 e D03,
 - il personale formato sia dedicato esclusivamente agli screening.
- b. DA n. 1845 del 18.09.12, con le circolari n. 1308 del 30.10.13 e n. 5 del 16.03.16, ove sono precisati, tra l'altro, le competenze e la dotazione organica minima del:
 - Centro Gestionale Screening, alle dirette dipendenze del Direttore Servizio Epidemiologia (fino al passaggio alla Direzione Aziendale), che deve essere composta da almeno due medici igienisti (di cui uno con funzioni di referente, provvisoriamente svolte dalla dott.ssa A. Matina individuata con la nota prot. n. 83423 del 20/05/2016), un infermiere/assistente sanitario, due amministrativi ed un tecnico informatico, e che, tra l'altro, ha l'obbligo di:
 - definire le liste dei soggetti da arruolare negli screening,
 - collaborare con i MMG e i referenti responsabili di ciascuno screening per la pulizia delle liste,
 - gestire informaticamente gli inviti di 1° livello,
 - supervisionare e sostenere i referenti di ciascun screening per il corretto utilizzo del software gestionale,





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Sede legale : Viale della Vittoria n.321 92100 Agrigento

Partita IVA - Codice Fiscale : 02570930848

Dipartimenti di Prevenzione

- provvedere alla gestione, manutenzione ordinaria, upgrade e modifiche del software gestionale,
 - raccogliere, elaborare e trasmettere i dati,
 - raccordarsi con i referenti responsabili di ciascun screening,
 - gestire i punti di comunicazione, formazione continua operatori e supervisione dell'operato.
- U.O. screening mammografico, alle dirette dipendenze del Direttore del Dipartimento delle Scienze Radiologiche, che deve essere composto da almeno due radiologi (di cui uno con funzioni di referente, provvisoriamente svolte dalla dott.ssa V. Mularo individuata con la nota prot. n. 82834 del 03/05/2018), TSRM, infermieri e di un amministrativo (che sarà individuato dal Direttore DBS o P.O. ove opera il referente). Sarà cura del Direttore del Dipartimento di Scienze Radiologiche individuare il personale a tempo pieno che vi opererà e quello part time in base alle esigenze organizzative di sviluppo dello screening sul territorio di competenza con l'ausilio dei Direttori di DSB coinvolti (Canicattì e Licata) e/o del Direttore del P.O. (ove opererà il responsabile screening mammografico).
- U.O. screening cervicocarcinoma, alle dirette dipendenze del Direttore del Dipartimento Materno Infantile, che deve essere composta da almeno due ginecologi colposcopisti (di cui uno con funzioni di referente, provvisoriamente svolte dalla dott.ssa R. Messina individuata con la nota prot. n. 22391 del 04/02/2019), infermieri e di un amministrativo (che sarà individuato dal Direttore DBS o P.O. ove opera il referente). Sarà cura del Direttore del Dipartimento di Materno Infantile individuare il personale a tempo pieno che vi opererà e quello part time in base alle esigenze organizzative di sviluppo dello screening sul territorio di competenza con l'ausilio del Direttore del P.O. (ove opererà il responsabile screening cervicocarcinoma).
- U.O. screening colon retto, incardinata nel Dipartimento Chirurgia AG1 ed alle dirette dipendenze del Direttore UOC Chirurgia P.O. Agrigento, che deve essere composto da almeno due colonscopisti (di cui uno con funzioni di referente, provvisoriamente svolte dal dott. A. Cantone individuato con la nota prot. n. 843 del 04/04/2013), infermieri e di un amministrativo (che sarà individuato dal Direttore DBS o P.O. ove opera il referente). Sarà cura del Direttore del Dipartimento Dipartimento Chirurgia AG1 (con l'ausilio del Direttore Chirurgia P.O. Sciacca) individuare il personale a tempo pieno che vi opererà e quello part time in base alle esigenze organizzative di sviluppo dello screening sul territorio di competenza con l'ausilio del Direttore del P.O. (ove opererà il responsabile screening colon retto).
- Le suddette U.O. screening hanno l'obbligo di:
- elaborare ed aggiornare il protocollo operativo aziendale (in applicazione delle linee guida di riferimento) che poi deve notificare a tutti gli operatori screening,
 - verificare l'esecuzione dei test di 1° livello e gestione percorsi 2° e 3° livello,
 - gestire la comunicazione dei risultati ai soggetti positivi 1° livello e dei risultati di 2° e 3° livello,
 - gestire la ricezione dei dati suddetti,
 - raccordarsi con gli sportelli informativi e di counselling,
 - verificare l'applicazione delle corrette procedure nei percorsi di 1°, 2° e 3° livello,
 - provvedere alla gestione, manutenzione ordinaria, upgrade e modifiche del software gestionale,
 - collaborare con il CGS.
2. I Direttori amministrativi e sanitari dei PP.OO. avranno inoltre l'obiettivo di dare massima collaborazione al CGS ed ai referenti screening anche per informare l'utenza afferente ai PP.OO. con l'allocazione dei manifesti e degli opuscoli forniti dal CGS.
3. I Direttori dei DSB avranno inoltre l'obiettivo di dare massima collaborazione al CGS ed ai referenti screening, anche per informare l'utenza afferente ai presidi del distretto con l'allocazione dei manifesti e degli opuscoli forniti dal CGS. Inoltre, dovranno contattare i MMG al momento dell'avvio del successivo round screening per ciascun comune, dietro indicazioni del CGS.
4. Nella scheda di performance verranno inseriti i suddetti obiettivi con precisi indicatori per ciascun UOC coinvolta.



Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Commissario Straordinario
Prot. Generale n. 00 68564
Data 15/04/2019



REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico
Servizio 8

"Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti"

Prot. DASOE/8 31095

Palermo li 11/04/2019

Oggetto: ASP Agrigento – Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio. Persistenza gravissime criticità sulla gestione delle infezioni correlate all'assistenza. Richiesta urgente adeguamento.

Al Rappresentante Legale
ASP Agrigento

E p.c. All'Assessore per la salute

Al Dirigente Responsabile A.I.
Ispezione e Vigilanza DASOE

Al Comandante dei NAS di
Palermo

LORO SEDI

Con nota prot. n. 4/54 del 19 marzo 2019 il Comando del Nucleo Antisofisticazioni e Sanità di Palermo ha comunicato, e per la seconda volta, allo scrivente Dipartimento la persistenza di gravissime criticità in materia di gestione delle infezioni correlate all'assistenza presso il P.O. San Giovanni di Dio di Agrigento, emerse a seguito di un'attività investigativa successiva alla denuncia dei familiari di un paziente deceduto per infezione da germe multi resistente della Klebsiella Pneumoniae. Tali criticità appaiono ancor più gravi e rilevanti essendo state già segnalate allo scrivente Dipartimento, in seguito ad una prima indagine condotta dai NAS nel biennio 2015/2016, ed essendo state oggetto di una specifica richiesta di adeguamento avanzata con nota DASOE 8 prot.72596 del 12/09/2016 che ne evidenziava la rilevanza del problema, le ripercussioni sulla sicurezza del paziente ed il carattere di urgenza.

Nel merito (segnalano i NAS):

- non appaiono essere stati applicati i set minimi previsti dalla circolare 8/1988,
- risultano del tutto disattese da parte del personale medico, infermieristico e sanitario le istruzioni operative sul lavaggio delle mani,
- non appaiono essere espletate le operazioni di sanitizzazione delle stanze di degenza,
- non risultano essere mai state attivate le procedure di isolamento di pazienti infetti,
- non risulta essere mai stata avviata alcuna attività formativa in materia,
- risultano totalmente inapplicati i protocolli del CIO in materia di sorveglianza

- dai verbali del CIO dell'ASP emerge palesemente l'esiguità delle attività poste in essere (spesso si limitano a poche righe manoscritte e, talvolta, non risulta neanche essere raggiunto il numero legale).

La rilevanza, la gravità, il carattere persistente e la tipologia di criticità segnalate evidenziano in modo chiaro:

OMISSIS

- la mancata applicazione di procedure, protocolli ed istruzioni operative basilari per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- la evidente carenza del sistema di controllo aziendale sul rispetto degli standard di qualità e sicurezza del paziente;
- la evidente carenza della funzione aziendale del rischio clinico nell'utilizzo degli strumenti "proattivi" e "reattivi" per l'analisi dei rischi e degli eventi avversi e nell'implementazione delle raccomandazioni e delle buone pratiche assistenziali e per la sicurezza dei pazienti.

Per quanto sopra, considerato il supremo interesse per la sicurezza del paziente, vista la persistenza delle criticità segnalate, si chiede alla S.V. di provvedere con urgenza

- all'adeguamento dell'organizzazione aziendale deputata alla definizione delle politiche e delle strategie aziendali, volte al rispetto degli standard di qualità e sicurezza dei pazienti, tra i quali certamente rientra la gestione delle infezioni correlate all'assistenza e il contrasto all'antibiotico resistenza;
- all'adeguamento della struttura deputata alla qualità e funzione aziendale per il rischio clinico al fine di rendere effettivo l'utilizzo degli strumenti "proattivi" e "reattivi" per l'analisi dei rischi e degli eventi avversi e l'applicazione delle raccomandazioni e delle buone pratiche assistenziali per la sicurezza dei pazienti;
- a trasmettere entro il 30 aprile, esclusivamente per via telematica all'indirizzo PEC dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it, una relazione dettagliata con l'analisi delle criticità, le eventuali controdeduzioni ed un piano di azioni correttive, corredato da cronoprogramma e relative responsabilità, per migliorare a livello aziendale la gestione delle infezioni correlate all'assistenza ed il contrasto all'antibiotico resistenza. Si allega lo schema per il per le azioni correttive, che dovrà essere compilato sulla base delle criticità e del piano di azioni predisposto.

Sulla base del riscontro fornito lo scrivente Dipartimento valuterà la possibilità di procedere ad una verifica delle attività poste in essere tramite il coinvolgimento dell'Ufficio "A.I. Ispezione e Vigilanza" cui la presente nota è inviata per conoscenza.
Si allega schema per le azioni correttive.

Il Responsabile del Servizio DASOE
Dr. Giuseppe Murolo

Il Dirigente Generale DASOE
Dr.ssa Maria Letizia Di Liberti