



Raccolta delle esperienze realizzate nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna che hanno partecipato alla *Call for Good practices 2025* di Agenas

Patient safety from the start!

Cure sicure per ogni neonato e ogni bambino

15 settembre 2025, Bologna

SETTORE INNOVAZIONE NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

La tematica scelta dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la settima Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti del 17 settembre 2025 si concentra sull'assicurare cure sicure per neonati e bambini, particolarmente vulnerabili ai rischi per la sicurezza dei pazienti.

Con lo slogan di quest'anno “**Patient safety from the start! – Sicurezza del paziente fin dall'inizio!**” l'OMS sottolinea l'urgente necessità di agire tempestivamente e in modo coerente per prevenire danni durante l'infanzia e ottenere benefici lungo tutto il corso della vita.

L'OMS invita genitori, tutori, operatori sanitari, dirigenti sanitari, educatori e comunità a unirsi per prevenire danni evitabili nell'assistenza pediatrica e per costruire un futuro più sicuro e più sano per ogni bambino.

Sebbene i dati sugli eventi avversi in pediatria siano limitati, sono eventi frequenti con significativi tassi di morbilità e mortalità. Gli errori legati ai farmaci nei bambini sono tre volte più comuni rispetto agli adulti. La maggior parte delle ricerche si concentra sugli ambienti ospedalieri ed emergenziali, dove i rischi sono maggiori.¹

Una recente revisione sistematica pubblicata nel 2023², nonostante abbia evidenziato una sostanziale eterogeneità tra gli studi, ha stimato che le infezioni nosocomiali in età pediatrica sono comuni sia nella popolazione generale che in quella di terapia intensiva. Altri tipi di eventi avversi includono quelli legati a patologie polmonari, a interventi chirurgici, ai farmaci e ai dispositivi medici. Oltre il 50% degli eventi avversi sono identificati come prevenibili.

A livello internazionale abbiamo a disposizione una serie di pratiche per la sicurezza dei pazienti pediatrici, basate su prove in gran parte ricavate da studi su adulti, motivo per cui le domande che devono essere poste sono: questi interventi affrontano i danni maggiori osservati in pediatria? Funzionano nelle popolazioni pediatriche? Come promuoviamo il miglioramento continuo come strumento per cambiare i comportamenti e utilizzare le migliori pratiche?³

In questo evento seminariale che si svolgerà il 15 settembre 2025 a Bologna, organizzato dal Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, si proverà a dare risposta ad alcune di queste domande, considerando come sia importante considerare oltre alla specificità del setting pediatrico, la complessità delle cure e la fragilità dei pazienti.

In questo documento sono invece state raccolte le esperienze aziendali su queste tematiche delle aziende sanitarie che hanno partecipato alla iniziativa *Call for Good practices* 2025 che Agenas avvia ogni anno a livello nazionale, in occasione della Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti.

Patrizio Di Denia

Centro regionale Gestione Rischio Sanitario
Settore Innovazione servizi sanitari e sociali

¹ Sigman L, Turbow R, Neuspiel D, et al; American Academy of Pediatrics, Committee on Medical Liability and Risk Management, and Council on Quality Improvement and Patient Safety. Disclosure of Adverse Events in Pediatrics: Policy Statement. Pediatrics. 2025;155(4):e2025070880

² Dillner P, Eggenschwiler LC, Rutjes AWS, Berg L, Musy SN, Simon M, Moffa G, Förberg U, Unbeck M. Incidence and characteristics of adverse events in paediatric inpatient care: a systematic review and meta-analysis. BMJ Qual Saf. 2023 Mar;32(3):133-149.

³ Fitzsimons J, Vaughan D. Top 10 interventions in paediatric patient safety. Curr Treat Options Peds. 2015;1:275-85. <https://doi.org/10.1007/s40746-015-0035-3>.

SOMMARIO

AREA VASTA NORD.....	5
AZIENDA USL PIACENZA.....	5
INFEZIONE E COLONIZZAZIONE DA STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE ALLA METICILLINA (MRSA) NELL'AREA NEONATALE - PEDIATRICA: PREVENZIONE EFFICACE ATTRAVERSO FORMAZIONE SPECIFICA E APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	5
PROCEDURA PER IL TRASPORTO PEDIATRICO INTER-OSPEDALIERO.....	6
ANAMNESI FAMILIARE PER L'IDENTIFICAZIONE DI BAMBINI A RISCHIO DI IPERCOLESTOLEMIA GRAVE FAMILY SCREEN	7
RICONOSCIMENTO PRECOCE DEL DETERIORAMENTO DELLE CONDIZIONI CLINICHE DEI PAZIENTI PEDIATRICI. P-ALERT	8
AZIENDA USL PARMA	9
PERCORSO DISTRETTUALE PER LA GESTIONE DEL DOLORE PROCEDURALE IN AMBITO VACCINALE PEDIATRICO	9
REALIZZAZIONE DI UN OPUSCOLO PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEL NEONATO IN OSPEDALE	10
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PARMA	11
DIAGNOSTICA PEDIATRICA SICURA: LA SFIDA DELLA MEDICINA NUCLEARE TRA TECNOLOGIA,COMPETENZA E UMANITÀ.....	11
INFERNIERE FLOW-MANAGER PER MIGLIORARE LA GESTIONE DELLE EMERGENZE PEDIATRICHE E OTTIMIZZARE IL PERCORSO CHIRURGICO: LA RIORGANIZZAZIONE DEL DEA II LIVELLO PRESSO LA PEDIATRIA GENERALE E DI URGENZA AOUPR	12
MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA, EFFICACIA ED EFFICIENZA NEL PAZIENTE PORTATORE DI CVC IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA AOU PARMA.....	14
SICUREZZA E DISCREZIONE: LA CULLA NINNA HO DELL'AOUPR, PER NEONATI AFFIDATI IN MODO ANONIMO	16
MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA, EFFICACIA ED EFFICIENZA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO INTUBATO IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA AOU PARMA PER CONTENERE IL RISCHIO DI VAP (POLMONITE CORRELATA ALLA VENTILAZIONE).....	18
AZIENDA USL REGGIO EMILIA	19
SICUREZZA NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEL NEONATO	19
PROGETTO DI MIGLIORAMENTO LABORATORIO DI SCREENING CERVICO VAGINALE DI AREA VASTA DI REGGIO EMILIA	20
APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE ANTIBIOTICA IN PEDIATRIA TERRITORIALE	21
PROTOCOLLI PER IL BUON USO DEGLI ANTIBIOTICI IN COMUNITÀ	22
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MODENA.....	23
"VICINI FIN DAL PRIMO ISTANTE" PROGETTO DI ACCOGLIENZA IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E NEONATOLOGIA	23
ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI PEDIATRICHE IN AMBIENTE PROTETTO PRESSO AOU DI MODENA.....	24
IL TAGLIO CESAREO DOLCE	25
PREDIRE L'ESITO DELLA SEPSI AD ESORDIO TARDIVO DOPO PARTO PREMATURO.....	26
RETE DI PROTEZIONE E TUTELA DEI MINORI IN PEDIATRIA E NEONATOLOGIA PRESSO AOU DI MODENA.....	27
PROGETTO CHAMPION - IGIENE MANI.....	28
AZIENDA USL MODENA	29

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA "IN RETE": PROGETTI TERRITORIALI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA.....	29
PRESA IN CARICO DELLA DIADE PUPERPA E NEONATO NEI CONSULTORI FAMILIARI PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE E IL SOSTEGNO DELLE SITUAZIONI DI FRAGILITÀ SANITARIA E SOCIOSANITARIA	31
RETE PROVINCIALE DI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: PERCORSI DI PRESA IN CARICO DEI MINORI AFFETTI DA GRAVI PATOLOGIE CRONICHE INGUARIBILI E DELLE LORO FAMIGLIE NELLA PROVINCIA DI MODENA	32
AREA VASTA CENTRO.....	34
AZIENDA USL BOLOGNA	34
CURE NEONATALI PRECOCI: PREVENZIONE E GESTIONE DEL COLLASSO POSTNATALE	34
GESTIONE DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA	35
IMPLEMENTAZIONE DI UN AMBULATORIO CARE NEONATALE	36
PERCORSO CLINICO AZIENDALE NEI SERVIZI TERRITORIALI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (NPI) PER LA PSICOPATOLOGIA DELL'ETÀ PRESCOLARE (0-5)	37
STRATEGIE DI PREVENZIONE DELL'OFTALMIA NEONATALE	38
PREVENZIONE DELL'EVENTO CADUTA NELLA PAZIENTE OSTETRICA (GRAVIDA E PUPERPA) RICOVERATA	39
IRCCS AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA BOLOGNA.....	40
PRESA IN CARICO SICURA DEL NEONATO A BASSA INTENSITÀ DI CURA DA PARTE DELLA FAMIGLIA, IN MODALITÀ INTEGRATA TRA OSPEDALE E TERRITORIO	40
SERVIZIO DI POST-DIMISSIONE PER LA PROTEZIONE E IL SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO DA REMOTO TRAMITE TELEASSISTENZA	41
IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI BOLOGNA	43
L'INTERVENTO EDUCATIVO E INFORMATIVO COME STRUMENTO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE PEDIATRICO IN AMBITO ORTOPEDICO.....	43
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA FERRARA.....	44
CREAZIONE DI UNA SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIFATTORIALE DEL RISCHIO DI CADUTA DEL NEONATO.	44
PATTO PER LA SICUREZZA DEL NEONATO (PREVENZIONE DELL'EVENTO CADUTA).....	45
DIAGNOSI, SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI NELLE UNITÀ OPERATIVE DI RIABILITAZIONE	46
AREA VASTA ROMAGNA.....	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	47
OPAT IN AUSL ROMAGNA AMBITO DI RIMINI	47
LA RETE CHE CURA: PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEI BAMBINI CON MALATTIA CRONICA AD ALTA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE NEL TERRITORIO DI CESENA"	48
CORRETTA, SICURA ED EFFICACE GESTIONE DEI FARMACI IN INFUSIONE CONTINUE IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	50
PILLOLE DI SICUREZZA: CITTADINI E PROFESSIONISTI UNITI PER PROMUOVERE LA CULTURA DELLA PREVENZIONE.	51
UN PROGETTO PER INFORMARE SULL'USO SICURO DEI FARMACI IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO.....	52

AREA VASTA NORD

Azienda USL PIACENZA

Infezione e colonizzazione da **Staphylococcus Aureus Resistente Alla Meticillina (MRSA)** nell'area neonatale - pediatrica: prevenzione efficace attraverso formazione specifica e approccio multidisciplinare

Referenti esperienza: Beatrice Zerbi, Franco Federici, Maria Grazia Silvotti, Teresa Palladino (b.zerbi@ausl.pc.it; f.federici@ausl.pc.it)

Strategie/obiettivi OMS: Prevenzione delle infezioni e riconoscimento precoce del deterioramento clinico

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Lo *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) rappresenta un'importante causa di infezioni correlate all'assistenza, specialmente nei reparti neonatali e pediatrici, a causa della vulnerabilità dei pazienti e della possibilità di rapida diffusione in ambienti ospedalieri ad alta intensità assistenziale. Presso l'AUSL di Piacenza, che centralizza l'assistenza neonatale e pediatrica nello Stabilimento Ospedaliero di Piacenza, è stato attivato dal 2010 un sistema di alert microbiologico per il monitoraggio continuo dei microrganismi sentinella, che include un programma di screening all'ingresso nei reparti.

Grazie a tale sistema, tra il 2012 e il 2014, è stato rilevato un incremento dei casi di MRSA in area neonatale e pediatrica, che ha portato all'adozione di misure di contenimento del rischio infettivo, tuttora in vigore, quali:

- ✓ comunicazione e condivisione degli eventi critici tra gli operatori sanitari,
- ✓ monitoraggio continuo dell'andamento dell'MRSA,
- ✓ creazione di una rete per la condivisione di metodi e dati, costituzione di un gruppo multidisciplinare per la gestione del rischio specifico, individuazione del protocollo operativo diagnostico-terapeutico e del protocollo igienico-sanitario più appropriato e dei corretti comportamenti assistenziali.

Nonostante nel decennio successivo non siano stati registrati nuovi episodi critici, nel 2024 si è deciso, per precauzione e in linea con le iniziative formative del PNRR di aggiornare il bundle per la prevenzione del MRSA e di sviluppare un nuovo programma formativo articolato in tre fasi: formazione a distanza (FAD) introduttiva, formazione in presenza e formazione sul campo. Al 30/06/26 la formazione avrà coinvolto l'80% del personale del Dipartimento Salute Donna, Bambino e Adolescente. I risultati, intesi come trend dei casi di positività per MRSA, confermano l'efficacia di un approccio integrato e multidisciplinare per la gestione del rischio infettivo, basato sulla formazione continua, sull'adozione di protocolli evidence-based e sulla responsabilizzazione condivisa degli operatori. L'esperienza dimostra come per la prevenzione del MRSA debba essere adottata una strategia condivisa e permanente, capace di rafforzare la cultura della sicurezza e ridurre il rischio infettivo nel lungo periodo. Parole chiave: Sorveglianza, Formazione, Multimodale, Multidisciplinarietà, MRSA.

Azienda USL PIACENZA

Procedura per il Trasporto Pediatrico Inter-Ospedaliero

Referenti esperienza: Andrea Cella, Giorgia Cerati (a.cell@ausl.pc.it)

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio

Abstract La presenza di fattori di rischio psico-sociali, di disagio psichico materno perinatale e di violenza domestica peggiora gli esiti di salute materni e neonatali, nonché l'avvio e il mantenimento dell'allattamento, un importante determinante di salute per la mamma e il/la bambino/a.

Le ostetriche dei Consultori Familiari (CF), in attività e orario di servizio, offrono una visita alle donne in puerperio precoce (entro 10 giorni dal parto), sia che siano state seguite dal CF durante la gravidanza, sia che siano state seguite da professionisti privati o da altri servizi pubblici.

La visita è finalizzata a eseguire un bilancio di salute della donna, valutare il benessere psico-fisico, rilevare complicanze, intercettare eventuali situazioni di rischio e, in base alla situazione rilevata, attivare l'intervento o il percorso più adeguati, coinvolgendo altri professionisti dell'equipe (ginecologi, psicologi, assistente sociale) o altri servizi della rete sanitaria e sociale.

Azienda USL PIACENZA

Anamnesi familiare per l'identificazione di bambini a rischio di ipercolesterolemia grave FAMILY SCREEN

Referenti esperienza: Giacomo Biasucci (g.biasucci@ausl.pc.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza diagnostica

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract L'ipercolesterolemia è uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare. In particolare, l'ipercolesterolemia familiare eterozigote è la più frequente forma genetica di alterazione del metabolismo lipidico nei bambini e negli adolescenti.

È una patologia autosomica codominante che interessa un individuo su 250-300 nella popolazione generale ed è caratterizzata da elevati valori plasmatici di colesterolo totale e LDL; se non diagnosticata e trattata precocemente, determina aterosclerosi precoce ed eventi cardiovascolari in giovane età (20-40 anni). La diagnosi e il trattamento dell'ipercolesterolemia già a partire dall'età pediatrica risultano dunque fondamentali per permettere di "guadagnare decadi di vita".

Questa indagine esplorativa si propone di promuovere l'identificazione di bambini ad elevato rischio di ipercolesterolemia severa attraverso la raccolta sistematica di una anamnesi familiare mirata all'ipercolesterolemia e agli eventi cardiovascolari precoci in tutti i bambini tra i 5 e i 10 anni di età. Contestualmente, questo progetto si propone di raccogliere dati sulla prevalenza della storia familiare cardiovascolare, sensibilizzare le famiglie riguardo alla prevenzione cardiovascolare, rafforzare la collaborazione con i pediatri, potenziando la possibilità di miglioramento della diagnosi precoce e della gestione tempestiva ed efficace di queste condizioni. Sono invitati a partecipare allo studio i Pediatri di - Libera scelta operanti in aree (città-province) in cui è attivo un Centro LIPIGEN (Network Italiano per le Dislipidemie Genetiche), a partire dai centri promotori di Piacenza (Centro coordinatore), Milano e Ferrara. Il Promotore del Progetto è Fondazione SISA (Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi). Parole chiave: Ipercolesterolemia familiare, prevenzione, anamnesi

Azienda USL PIACENZA

Riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici. P-ALERT

Referenti esperienza: Andrea Cella (a.cell@ausl.pc.it)

Strategie/obiettivi OMS Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract L'arresto cardiaco in ambito pediatrico è molto raro e la maggior parte degli eventi che si verifica nelle strutture sanitarie, a differenza di quelli in ambito extra-ospedaliero, non rappresenta un episodio improvviso ma rappresenta l'esito terminale di una progressiva insufficienza cardio-respiratoria. I segni del deterioramento clinico possono essere intercettati e trattati ("track and trigger") a partire dal monitoraggio di un insieme di parametri fisiologici. Il setting adeguato alla strutturazione di un sistema di intercettamento del peggioramento delle condizioni cliniche del paziente pediatrico (PEWS) sono le aree di degenza sia ordinaria che di OBI (Osservazione breve intensiva) di un PS.

Tale sistema si basa sulla sorveglianza dei parametri fisiologici in gruppi di pazienti eterogenei, da parte di personale infermieristico opportunamente formato attraverso così specifici, mediante scale a punteggio. L'obiettivo, legato all'evidenza che la prognosi migliora quanto più precocemente i pazienti vengono valutati e trattati in modo adeguato, è quello di aumentare la possibilità di intercettare precocemente i segni del deterioramento clinico e di valutare il grado di "instabilità" in maniera efficace.

Azienda USL PARMA

Percorso distrettuale per la gestione del dolore procedurale in ambito vaccinale pediatrico

Referenti esperienza: Kaltra Skenderaj, Piera Manfredi, Pierluigi Bacchini – (kskenderaj@ausl.pr.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza delle vaccinazioni

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio

Abstract Le vaccinazioni sono una delle più frequenti cause di dolore iatrogeno nei bambini e possono influenzare il comportamento del bambino in occasione di cure o valutazioni mediche anche nella sua vita futura generando ansia e stress sia nel bambino che nella famiglia.

Gli operatori sanitari nell'ambulatorio vaccinale sono tenuti a misurare il dolore procedurale con scale algometriche e a gestirlo con misure non farmacologiche e farmacologiche.

A tal proposito si ravvede la necessità di stabilire dei percorsi territoriali volti a migliorare l'esperienza dei bambini nell'ambito delle immunizzazioni routinarie della prima infanzia.

L'utilizzo combinato di tecniche farmacologiche, fisiche e cognitivo-comportamentali permette di raggiungere in modo più efficace nel controllo del dolore procedurale al momento della vaccinazione.

Parole chiave:

vaccinazioni, dolore, paziente pediatrico, prevenzione, fobia/ansia

Azienda USL PARMA

Realizzazione di un opuscolo per la prevenzione delle cadute del neonato in ospedale

Referenti esperienza: Monica Abbatiello, Daniela Poliedri, Milena Sesenna, Pier Luigi Bacchini, Lorenzo Barusi (mabbatiello@ausl.pr.it)

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Per garantire la sicurezza dei neonati durante il ricovero ospedaliero, è stato realizzato un opuscolo informativo rivolto alle mamme e alle famiglie, con l'obiettivo di prevenire il rischio di cadute. L'opuscolo utilizza un linguaggio semplice e diretto, accompagnato da immagini esplicative che illustrano i comportamenti corretti e quelli da evitare nella gestione quotidiana del neonato in reparto.

Azienda Ospedaliero-Universitaria PARMA

Diagnostica Pediatrica Sicura: la sfida della Medicina Nucleare tra tecnologia, competenza e umanità

Referenti esperienza: Livia Ruffini (lruffini@ao.pr.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza Diagnostica

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Nell'ambito di una medicina personalizzata, il settore diagnostico appare in continua espansione con l'obiettivo di fornire ai pazienti diagnosi tempestive e trattamenti di precisione.

L'impatto dell'imaging molecolare sulla gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici è stato a dir poco rivoluzionario: tecniche come PET/CT, SPECT/CT e PET/MRI consentono di visualizzare in modo non invasivo i processi molecolari che sottendono le diverse patologie, consentendo una diagnosi più precoce, la localizzazione dei target terapeutici e il monitoraggio delle terapie mirate al bersaglio ("targeted").

In ambito pediatrico, l'imaging molecolare ha un ruolo ormai consolidato per quanto riguarda tecniche scintigrafiche e SPECT ed è invece in espansione per quanto riguarda la tecnologia PET.

Anche nel settore dell'imaging molecolare, le esigenze e la vulnerabilità uniche del paziente pediatrico richiedono un approccio su misura. La SC Medicina Nucleare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è impegnata, sin dal 2008, a migliorare il percorso evolutivo dell'imaging molecolare in pediatria, grazie alla stretta collaborazione tra team multidisciplinare (medici, radio farmacisti, tecnici, infermieri, fisici), genitori e associazioni dedicate alla cura del bambino in ospedale.

Nel corso degli anni si è osservato un aumento del volume delle prestazioni pediatriche che ha raggiunto una media di 140 esami SPECT e/o PET all'anno. La gestione dei pazienti pediatrici rappresenta una sfida continua per il personale del reparto e richiede competenze tecniche altamente specializzate, adattate alle specifiche esigenze fisiche e psicologiche dei bambini, unite alla sensibilità comunicativa necessaria ad instaurare un rapporto di fiducia con il piccolo paziente e i suoi genitori/caregiver, garantendo, allo stesso tempo, elevata qualità diagnostica e massima sicurezza.

Il workflow che si attiva immediatamente dopo la richiesta di un esame PET o SPECT per un bambino è continuamente ottimizzato nel tempo e comprende diverse fasi (pre-esame, in corso di esame e post-esame) che si realizzano all'interno del reparto, ma che richiedono anche il coordinamento con altre unità operative con le quali è condiviso l'uso di alcuni strumenti necessari all'allestimento della sala diagnostica e all'eventuale sedazione.

Gli esami pediatrici SPECT e scintigrafici sono pianificati in una seduta settimanale dedicata, in stretta collaborazione con il Servizio di Anestesia e Rianimazione Pediatrica, mentre le indagini PET, richieste soprattutto per pazienti oncologici, sono effettuate entro 24-48 ore dalla richiesta.

La formazione continua del team di Medicina Nucleare (accreditata ECM sin dal 2015), l'adozione di linee guida internazionali, come la Dosage Card EANM (European Association of Nuclear Medicine) per la preparazione dei radiofarmaci, le raccomandazioni ICRP [ICRP Publication 21, 105], IAEA [<https://www.iaea.org/resources/rpop>], implementate in specifiche SOP e Istruzioni Operative del reparto, nonché la condivisione dei contenuti della campagna "Image Gently" (<https://www.imagegently.org/>) dedicata alla radioprotezione del paziente pediatrico in diagnostica, rappresentano, nella nostra esperienza, strumenti fondamentali per promuovere la cultura della sicurezza e della qualità anche nel settore della diagnostica ibrida SPECT/CT o PET/CT.

Azienda Ospedaliero-Universitaria PARMA

Infermiere Flow-Manager per migliorare la gestione delle emergenze pediatriche e ottimizzare il percorso chirurgico: la riorganizzazione del DEA II livello presso la pediatria generale e di urgenza AOUPR

Referenti esperienza: Giuseppina Nicosia, Rita Lombardini, Icilio Dodi, Angela Tinelli
gnicosia@ao.pr.it

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza Diagnostica

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

La Pediatria Generale e d'Urgenza assiste e prende in carico i bambini che presentano patologie acute in età pediatrica, selezionando i casi che necessitano di un ricovero in ospedale. I bambini visitati presso l'accettazione pediatrica o ricoverati possono svolgere gli approfondimenti diagnostici e le terapie necessarie. Il reparto utilizza gli specialisti, le tecnologie dell'Ospedale dei Bambini e dell'intero ospedale (radiologie, laboratori...) per rispondere alle necessità assistenziali e ridurre al minimo la permanenza dei bambini in ospedale. Siamo in costante collaborazione e contatto con i pediatri di libera scelta e i medici di famiglia per garantire la migliore assistenza al bambino e alla sua famiglia.

Al loro arrivo i bambini e gli adolescenti, accompagnati da un familiare, vengono accolti da un infermiere specializzato nell'area di valutazione (triage), in cui viene stimata la complessità del quadro clinico e, in relazione alla gravità del caso, viene assegnato il codice di priorità di accesso agli ambulatori, contraddistinto da un colore.

L'U.O. della Pediatria Generale e d'Urgenza è un reparto in cui afferiscono un numero elevato di pazienti in continuo aumento, come testimoniano i dati: nel 2023 con 21.220 accessi e nel 2024 con 21.827.

In risposta all'iperafflusso avvenuto negli ultimi anni ed al conseguente sovraffollamento in alcuni periodi a partire dal settembre 2023 è stata avviata una riorganizzazione del personale infermieristico all'interno degli "ambulatori post triage" che permetta sia di "dirigere il flusso" dei pazienti nei vari ambulatori specialistici, che accrescere la qualità della presa in carico assistenziale nei momenti di attesa.

Identificare una figura infermieristica, denominata "flow-manager" (o infermiere di processo), di riferimento e di supporto aggiuntivo al paziente e genitori in sala d'attesa interna o esterna, ha lo scopo di migliorare la gestione dell'attuale offerta di cura e di garantire una migliore presa in carico dei bambini e dei genitori, facilitando il percorso di cura del paziente pediatrico dall'accettazione fino alla dimissione o al ricovero.

L'Individuazione dell'infermiere "flow manager" ha consentito anche di garantire una doppia presenza infermieristica a sostegno della sicurezza del percorso, ovvero di sostenere una rivalutazione periodica infermieristica dello stato di salute del paziente in attesa post triage, garantendo anche un doppio controllo nella gestione delle priorità di trattamento in caso di peggioramento.

Inoltre l'utilizzo della scheda infermieristica, in condivisione con gli infermieri in ambulatorio, ha permesso il tracciamento delle rivalutazioni ed interventi assistenziali svolti nell'attesa, favorendo la comunicazione fra professionisti e la continuità assistenziale.

La valutazione del progetto di riorganizzazione è stata eseguita analizzando i dati d'accesso riferiti a 4 semestri pre e post intervento. A fronte di un aumento significativo di accessi in Accettazione Pediatrica di Urgenza pari a +11,3% degli accessi (considerando gli accessi compresi fra gennaio e giugno dei due anni

2022-23 e gli accessi compresi fra gennaio e giugno dei due anni 2024-25) si è comunque ridotta in modo significativo la durata della permanenza in PS Pediatrico DEA II degli utenti e dei loro genitori (la media passata da 3,86 h a 1,06 ovvero diminuita su tutti i casi di osservati di -2,80 h in centesimi). Tale diminuzione di media è trasversale alla durata del percorso da accesso a dimissione per tutti i codici colore (bianco=-0,65, verde= -1,79, azzurro=-3,13, arancione=-5,24; rosso =-3,17).

Su 9204 visite specialistiche svolte presso la Accettazione Urgenza Pediatrica la più rappresentata è risultata essere proprio la visita chirurgica pediatrica (30,8% delle visite specialistiche nei primi quattro primi semestri considerati delle annualità 2022-25). Pertanto l'ottimizzazione del percorso chirurgico del paziente pediatrico ha impattato significativamente sulla gestione del percorso del paziente pediatrico all'interno della Pediatria Generale e d'Urgenza, a partire dall'accoglienza in sala d'attesa fino alla dimissione a domicilio o al ricovero.

Azienda Ospedaliero-Universitaria PARMA

Miglioramento della sicurezza, efficacia ed efficienza nel paziente portatore di CVC in Terapia Intensiva Pediatrica AOU Parma

Referenti esperienza: Clelia Zanaboni; Federica Aiello; Riccardo Giuseppe La Grassa (czanaboni@ao.pr.it)

Strategie/obiettivi OMS: Prevenzione delle infezioni e riconoscimento precoce del deterioramento clinico

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

Nel 2023 l'AOU di Parma ha potenziato l'assistenza pediatrica con la nuova Terapia Intensiva Pediatrica (TIP) all'interno dell'Ospedale dei Bambini, che funge da centro HUB. La terapia intensiva pediatrica è un reparto ospedaliero specializzato nella cura di pazienti pediatrici che necessitano di supporto vitale a causa di condizioni critiche o interventi chirurgici complessi. L'obiettivo principale è stabilizzare le funzioni vitali e permettere il trasferimento in reparti meno intensivi, ma specializzati, una volta superata la fase critica. In TIP, la gestione del Catetere Venoso Centrale (CVC) è cruciale per garantire la somministrazione sicura di farmaci, nutrizione e liquidi, oltre al monitoraggio emodinamico. Un approccio corretto alla gestione del CVC, che include l'inserimento, il mantenimento e la rimozione, riduce il rischio di complicanze come infezioni, trombosi e ostruzioni. Si è scelto, seguendo le linee guida nazionali e internazionali, di posizionare CVC solo a pazienti con reali necessità e quindi in condizioni cliniche particolarmente critiche o per necessità di sedazione o per l'infusione di farmaci compatibili solo con la via centrale. I pazienti con CVC sono stati 60 nel 2024 (30%) e 25 nel 2025 (27%). Nella TIP dell'AOU Parma aperta dal 09.01.2023 sono stati ricoverati ad oggi un totale di 441 pazienti (164 nel 2023, 188 nel 2024 e 93 al 2 luglio 2025). I dati sui pazienti che hanno necessitato dell'impianto di almeno un CVC non sono stati raccolti nel 2023 ma dal 2024 in poi sono disponibili per 277 pazienti complessivi. In particolare, su 85 CVC gestiti, il 50% sono stati posizionati per insufficienza respiratoria acuta grave con degenza maggiore di 15 giorni; e i restanti per traumi, ustioni gravi, sepsi, malattie metaboliche e neurologiche con necessità di più vie per l'intubazione e la necessaria sedoanalgesia o per politerapie. Al fine di accrescere la sicurezza, efficacia ed efficienza della gestione del CVC in linea con le Linee Guida e la letteratura sono stati svolti i seguenti interventi:

- applicazione di bundle di inserzione (nello specifico 'l'insertion bundle' ISAC-Ped) che prevede quali raccomandazioni:

* Scelta ragionata della vena mediante esame ecografico sistematico (RaCeVA – RaPeVA - RaFeVA)
* Tecnica asettica appropriata: igiene delle mani, massime protezioni di barriera e antisepsi cutanea con clorexidina 2% in IPA 70%

* Utilizzo dell'ecografo per la venipuntura ecoguidata della vena prescelta e per il successivo controllo ecografico della assenza di pneumotorace o di altre complicanze legate alla inserzione

* Verifica intra-procedurale della posizione centrale della punta mediante la tecnica dell'ECG intracavitaro e/o mediante ecocardiografia

* Tunnellizzazione del catetere per ottenere l'exit site in posizione ottimale

* Protezione del sito di emergenza mediante colla in cianoacrilato * Stabilizzazione del catetere mediante 'closureless device' e membrana trasparente semipermeabile definizione di protocolli condivisi sulla gestione delle linee infusionali e della medicazioni secondo le ultime linee guida INS - definizione di

protocolli condivisi di gestione delle medicazioni secondo le ultime linee guida INS Partecipazione a programmi di monitoraggio e sorveglianza per attuare interventi tempestivi con ideazione e implementazione di scheda dispositivo accesso vascolare ideata per la gestione dei CVC Formazione annuale e sistematica a tutto il personale sanitario del reparto sulle migliori pratiche per la gestione dei CVC attraverso corsi/congressi nazionali sull'accesso/gestione dei CVC nei pazienti pediatrici organizzati dal Gruppo Accessi vascolari pediatrici (GAVePed) e partecipazione a master dedicati. Formazione interna al reparto TIP da infermieri con Master in accessi vascolari che trasversalmente hanno trasmesso informazioni teorico-pratiche. I risultati attesi sono stati raggiunti se confrontati con le percentuali presenti in letteratura

- 1.Riduzione complicanze immediate e tardive e aumento della sicurezza del paziente
- 2.Riduzione spese per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso
- 3.Riduzione spreco di materiale, grazie ad un aumento della percentuale di successi alla inserzione e al salvataggio del presidio, grazie alla prevenzione o al trattamento efficace di complicanze meccaniche (dislocamento, ostruzione, rottura);
- 4.Riduzione delle spese per complicanze infettive che condurrebbero alla rimozione del presidio stesso (è stato stimato che ogni infezione CVC correlata ha un costo per l'azienda che varia da 3.700 a 39.000 € ma almeno 25.000 se il paziente è ricoverato in Terapia Intensiva).
Si è effettivamente osservato nel reparto a partire dal 2024 una progressiva deflessione della degenza media generale rispetto al primo anno di avvio della Terapia Intensiva Pediatrica (dato base-line pre-interventi).
Nel 2023 è stata pari a 5,79 gg, nel 2024 pari a 5,66 e nel 2025 pari a 4,19.La riduzione della durata media della degenza ospedaliera fra gli altri fattori è effetto di:- Riduzione complicanze meccaniche associate ad un impianto non corretto;- Riduzione rischio di infezioni associate a CVC (sepsi) che si associano costantemente ad un prolungamento della degenza ospedaliera e dei costi ad essa associati;- Posizionamento sistematico di presidi a medio/lungo termine che consentono al paziente in TIP di prolungare determinate terapie endovenose non solo per tutta la durata del ricovero in TIP ma anche nei reparti e in regime domiciliare. - Posizionamento tempestivo di presidi adatti a trattamenti palliativi in modo da poter rapidamente dimettere il paziente e indirizzarlo alle cure domiciliari.

Azienda Ospedaliero-Universitaria PARMA

Sicurezza e discrezione: la culla NINNA HO dell'AOU PR, per neonati affidati in modo anonimo

Referenti esperienza: Teresa Di Bennardo, Bernardini Giulio (tdibennardo@ao.pr.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza del parto e delle cure postnatali

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Secondo quanto emerge dalla Fondazione Francesca Rava, si contano almeno 62 culle termiche ""Ninna Ho"" attive in Italia, secondo il sito ""Culle per la vita"", attive già dal 2007/2008. Queste culle termiche, collocate presso strutture ospedaliere, permettono di lasciare un neonato in anonimato e sicurezza, evitando l'abbandono in luoghi pericolosi.

Presso l'AOU di Parma il 20 dicembre 2010 è stata installata la prima e unica culla termica "Ninna ho" della provincia, un'apposita struttura creata per dare accoglienza e salvezza a neonati abbandonati con l'obiettivo di contrastare il fenomeno dell'abbandono neonatale oltre che del possibile infanticidio.

Nel 2010 l'iniziativa fu realizzata nell'ambito del Progetto "Ninna Ho", un'iniziativa a carattere nazionale che coinvolse diverse strutture ospedaliere e che nacque nel 2008 da un'idea della Fondazione Francesca Rava – N.P.H. Italia Onlus e del network KPMG, con il patrocinio del Ministero della Salute e della Società italiana di Neonatologia, con l'obiettivo di contrastare il fenomeno dell'abbandono neonatale e dell'infanticidio.

La culla consiste in una struttura concepita appositamente per permettere di lasciare, totalmente protetti, i neonati da parte delle mamme in difficoltà nel pieno rispetto della sicurezza del bambino e della privacy di chi lo deposita e permette di:

- offrire alle donne in difficoltà una concreta possibilità di esercitare presso strutture ospedaliere il diritto al parto in anonimato, garantito dalla legge italiana
- tutelare i neonati a rischio di abbandono e di infanticidio.

La culla è dotata di:

- particolari sensori ed è costantemente videosorvegliata da un controllo remoto tramite una telecamera che verifica in ogni momento la presenza o meno di un neonato.
- una tapparella automatica termoisolata in corrispondenza dell'accesso esterno alla struttura
- un citofono di comunicazione collegato con il centralino aziendale
- un pulsante di comando, premendo il quale la tapparella si apre per deporre il neonato,
- chiusura automatica della tapparella per la messa in sicurezza del piccolo.
- un allarme acustico, collegato al nuovo Numero di emergenza Unico Europeo - NUE 112, avvisa tempestivamente il personale medico che si reca sul posto per trasferire il prima possibile il neonato presso il reparto di terapia intensiva o neonatologia, per gli accertamenti e le cure del caso.
- il piccolo viene ricoverato seguendo la procedura adottata per il neonato non riconosciuto e viene avviato il procedimento di adozione.

La culla termica è posizionata in via Volturno in un luogo facilmente raggiungibile e defilato dell'ospedale, all'interno di una struttura dotata di dispositivi interni ed esterni che ne facilitano l'utilizzo sia per la mamma che per il pronto intervento medico.

Nel 3/12/2010 è stata appositamente redatta la prima PROCEDURA PER L' INTERVENTO DI RECUPERO NEONATO DALLA CULLA "NINNA HO" del 118, procedura che sarà ulteriormente revisionata nel 2015: una ulteriore revisione del documento è in corso.

Per garantire un sicuro affidamento dalla madre alle istituzioni non è sufficiente garantire la sola installazione della culla, ma invece lavorare in modo sistematico per garantire il monitoraggio degli standard di sicurezza e funzionamento della culla termica nel tempo, a fronte di un utilizzo anche nullo della culla stessa nel tempo. Come purtroppo è noto, un evento sentinella occorso lo scorso gennaio in Italia ha messo in rilievo la necessità di garantire la sicurezza delle culle termiche presenti. Presso l'AQUPR già dalle precedenti annualità è possibile contare su dati di monitoraggio mensile della sicurezza della culla garantiti dal 118 e dal Settore Alberghiero.

Tale monitoraggio, svolto con sistematicità negli anni, ha trovato una formalizzazione ed una standardizzazione nel 2024 grazie alla validazione di uno strumento quale la "Checklist di verifica" utile al monitoraggio firmato dei responsabili della gestione dei diversi servizi, oltre che dallo strumento "PIANIFICAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO" utile per il tracciamento delle azioni di miglioramento nel caso di non conformità intercettate.

Il monitoraggio e mantenimento della sicurezza della culla termica, sempre attiva a fronte di un utilizzo fino ad oggi nullo o raro, richiede un'elevata organizzazione e sinergia inter-istituzionale ed un sistema pianificato di controllo in grado di garantire il funzionamento e l'efficacia del raccordo tra le diverse istituzioni.

Azienda Ospedaliero-Universitaria PARMA

Miglioramento della sicurezza, efficacia ed efficienza nella gestione del paziente pediatrico intubato in Terapia Intensiva Pediatrica AOU Parma per contenere il rischio di VAP (Polmonite Correlata alla Ventilazione)

Referenti esperienza: Piero Veronese; Clelia Zanaboni (pveronese@ao.pr.it)

Strategie/obiettivi OMS: Prevenzione delle infezioni e riconoscimento precoce del deterioramento clinico

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Nel 2023 l'AOU di Parma ha potenziato l'assistenza pediatrica con la nuova Terapia Intensiva Pediatrica (TIP) all'interno dell'Ospedale dei Bambini, che funge da centro HUB. La terapia intensiva pediatrica è un reparto ospedaliero specializzato nella cura di pazienti pediatrici che necessitano di supporto vitale a causa di condizioni critiche o interventi chirurgici complessi. L'obiettivo principale è stabilizzare le funzioni vitali e permettere il trasferimento in reparti meno intensivi, ma specializzati, una volta superata la fase critica. La polmonite associata alla ventilazione meccanica (VAP) è un'infezione polmonare che si sviluppa in pazienti pediatrici sottoposti a ventilazione meccanica per almeno 48 ore. È una forma di polmonite acquisita in ospedale (HAP) che si verifica specificamente in pazienti ventilati. È la seconda infezione nosocomiale più comune nelle unità di terapia intensiva pediatrica. La VAP può aumentare la durata della degenza ospedaliera, i costi sanitari e il rischio di mortalità. La diagnosi si basa su criteri clinici, radiologici e microbiologici, spesso con l'ausilio di broncoscopia con lavaggio broncoalveolare. I patogeni più comuni includono batteri Gram-negativi e Gram-positivi, ma possono variare in base al contesto specifico dell'ospedale e della popolazione di pazienti. Più a lungo un bambino è ventilato, maggiore è il rischio di sviluppare VAP. I pazienti pediatrici con patologie polmonari croniche, immunodepressione o traumi possono essere più suscettibili. La prevenzione che viene attuata nella nostra terapia intensiva si basa su un bundle che include:

- minimizzare tempo di intubazione, ridurre il numero dei cambi del circuito
- prevenire aspirazione:
 - * elevazione della testa: 30-45
 - * minimizzare la sedazione: previene delirium, ateletasie, aspirazione
- ottimizzare igiene orale: con lavaggio denti mediante spazzolino, NO clorexidina
- nutrizione enterale: se nutrizione orale non è possibile preferibile Nutrizione enterale (NE) > NP (nutrizione parenterale)
- mantenimento della condizione fisica: mobilizzazione precoce.

Nella nostra Terapia Intensiva vengono attuati programmi di bundle per la prevenzione e vengono implementati protocolli specifici per la prevenzione della VAP, che includono diverse misure di controllo dell'infezione.

Azienda USL REGGIO EMILIA

Sicurezza nella somministrazione dei farmaci nel neonato

Referenti esperienza: Miari Monica (monica.miari@ausl.re.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza dei farmaci

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Elevate competenze cliniche degli infermieri in ambito neonatale, specialmente in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sono un requisito essenziale per garantire un'assistenza sicura e di qualità. Esse includono conoscenze, capacità pratiche e atteggiamenti professionali, e si sviluppano con esperienza e formazione avanzata. Gli infermieri specializzati sono fondamentali per garantire cure di qualità ai neonati, che presentano caratteristiche fisiologiche uniche che rendono la farmacologia neonatale molto complessa.

Il corpo del neonato influenza sul modo in cui i farmaci vengono assorbiti, distribuiti, metabolizzati ed eliminati, rendendo difficile stabilire dosaggi standardizzati. Inoltre, in Neonatologia si usano molti farmaci che non sono stati creati appositamente per i neonati, cioè senza evidenze complete di sicurezza ed efficacia, a causa del fatto che i farmaci neonatali sono ancora poco studiati. La necessità di utilizzare molti farmaci contemporaneamente, a causa delle gravi condizioni cliniche di alcuni neonati, aumenta il rischio di sviluppare complicanze.

Per ridurre gli errori esistono strategie come preparare i farmaci in ambienti dedicati e tranquilli, effettuare doppi controlli, seguire protocolli standardizzati e seguire la regola delle "7 G" (giusto farmaco, dose, via, orario, paziente, registrazione, controllo). È importante anche promuovere una cultura della sicurezza, in cui gli errori vengono segnalati senza paura, per imparare a migliorare. Il progetto di miglioramento pratico prevede la creazione di una tabella guida di riferimento per la preparazione e somministrazione dei farmaci, aggiornata regolarmente e disponibile nel reparto. Questa tabella aiuta gli infermieri a lavorare con precisione e sicurezza, riducendo il rischio di errori. Infine, si svolgono con regolarità revisioni periodiche e valutazioni di equipe per monitorare e migliorare continuamente la sicurezza delle cure neonatali.

Azienda USL REGGIO EMILIA

Progetto di miglioramento laboratorio di screening cervico vaginale di area vasta di Reggio Emilia

Referenti esperienza: Stefano Mastrangelo (stefano.mastrangelo@ausl.re.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza diagnostica

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Lo screening per il carcinoma del collo dell'utero è un intervento sanitario che ha lo scopo di diagnosticare le lesioni pretumorali o il tumore in fase precoce, cioè prima che compaiano sintomi, in modo da prevenire lo sviluppo del tumore e migliorarne la prognosi.

Il programma di screening organizzato è rivolto a tutte le donne nella fascia di età 25-64 anni, prevede l'invito attivo, con richiamo per le donne che non rispondono, ed è tanto più efficace quanto maggiore è l'adesione delle donne in Italia sono stati avviati programmi di screening con test HPV, un esame molecolare di laboratorio che consente di individuare la presenza del virus prima che provochi alterazioni nelle cellule. Il test HPV per essere efficace deve essere fatto all'interno di un programma organizzato che garantisce protocolli e controlli di qualità adeguati.

Dal giugno 2015, il Centro di citologia cervico-vaginale, afferente alla struttura Anatomia Patologica dell'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia è diventato laboratorio unico AVEN (Area Vasta Emilia Nord) per l'esecuzione dell'HPV test come test di screening primario nella campagna di prevenzione dei tumori del collo dell'utero.

Come tale riceve i campioni citologici in fase liquida, provenienti dai Centri Screening delle province di Modena, Parma, Piacenza e Reggio Emilia, sui quali vengono eseguiti test molecolari per la ricerca dei ceppi HPV ad alto rischio di malignità e PAP test in fase liquida sia di screening che di triage. Il progetto, attivato nel novembre 2021, ha previsto una prima fase di analisi dei processi di lavoro per individuare le criticità fonte di possibili errori, in grado di influenzare la qualità della lettura e refertazione dei campioni.

Successivamente sono state individuate azioni di miglioramento, in grado di ridurre la probabilità di errori e definiti indicatori di processo e di esito sottoposti a monitoraggio costante. In particolare, vengono monitorati circa 20 tipologie di errore (es. mancanza di dati anagrafici, rietichettatura del campione, campione perso, campione mal conservato, ecc.).

Azienda USL REGGIO EMILIA

Appropriatezza della prescrizione antibiotica in pediatria territoriale

Referenti esperienza: Gruppo Operativo Antibiotici Aziendale, Annamaria Valcavi, Simone Filippi, Federica Gradellini, Enrica Terzi, Alessandro Volta (gruppoantibiotici@ausl.re.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza Farmaci

Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input checked="" type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>

Abstract

Gli antibiotici sono farmaci fondamentali, ma se usati troppo spesso o in modo sbagliato, possono perdere efficacia. In Italia, il loro uso è ancora molto elevato, specialmente nei bambini e per infezioni respiratorie come nel caso di raffreddori o mal di gola causati da virus che non richiederebbero antibiotici. Questo comportamento favorisce la comparsa di batteri resistenti, più difficili da curare e pericolosi per la salute di tutti.

Per affrontare questo problema, l'Azienda USL di Reggio Emilia ha avviato, a partire dal 2013, un progetto per migliorare il modo in cui gli antibiotici vengono prescritti dai Pediatri di famiglia.

Il progetto si basa su una strategia semplice ma efficace: raccogliere i dati sulle prescrizioni, confrontarli tra colleghi, discutere insieme i risultati e promuovere scelte più appropriate e sicure per i bambini, sempre basate su evidenze scientifiche e sulla situazione locale. Questo percorso ha coinvolto ogni anno circa 80 pediatri in incontri dedicati.

Il progetto ha portato a risultati concreti: è aumentato l'uso degli antibiotici più adatti (come l'amoxicillina), si sono ridotte le prescrizioni inutili, non sono aumentate le complicanze nei bambini ed è cresciuta la consapevolezza sull'uso responsabile di questi farmaci.

Il progetto rappresenta un esempio positivo di collaborazione tra medici, servizi sanitari e famiglie, fondato su trasparenza, fiducia e responsabilità condivisa. Un impegno che continua nel tempo, con l'obiettivo di garantire cure migliori oggi e difendere l'efficacia degli antibiotici per il futuro.

Azienda USL REGGIO EMILIA

Protocolli per il buon uso degli antibiotici in Comunità

Referenti esperienza: Annamaria Valcavi (gruppoantibiotici@ausl.re.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza Farmaci

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

In Italia, il 90% degli antibiotici viene utilizzato fuori dagli ospedali, soprattutto a livello territoriale. Ogni anno, circa 4 cittadini su 10 ricevono almeno una prescrizione di antibiotici. Tuttavia, quando questi farmaci vengono usati troppo o in modo sbagliato, diventano meno efficaci: i batteri imparano a resistere, e le infezioni diventano più difficili da curare. Per prevenire questo fenomeno, è fondamentale usare gli antibiotici solo quando servono davvero, scegliendo quelli più appropriati.

Per favorire un uso più consapevole, presso l'Azienda USL di Reggio Emilia (che conta circa 530.000 abitanti ed è la provincia con il più basso consumo di antibiotici dell'Emilia-Romagna) è stato avviato un programma un progetto, rivolto ai medici di medicina generale, che ha l'obiettivo di promuovere un uso corretto degli antibiotici.

Il risultato del progetto è stata la creazione di linee guida per la prescrizione degli antibiotici in ambito territoriale, pensate per aiutare i medici nella diagnosi e nella cura delle infezioni batteriche più frequenti negli adulti, come quelle respiratorie, urinarie, gastro-intestinali e cutanee. L'obiettivo è promuovere l'uso di antibiotici mirati, che agiscono solo sui batteri realmente coinvolti, e incoraggiare la scelta di molecole del gruppo "Access" (secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità), considerate più sicure e con minore impatto sullo sviluppo delle resistenze.

Per ogni infezione sono stati predisposti protocolli di trattamento, costruiti tenendo conto delle resistenze batteriche locali, delle evidenze scientifiche più recenti e dell'organizzazione dei servizi sanitari. Inoltre, per ogni antibiotico è stata preparata una scheda informativa con tutte le indicazioni necessarie per un uso corretto e sicuro.

Il lavoro ha coinvolto un gruppo multidisciplinare (medici di medicina generale, infettivologi, farmacisti, microbiologi e medici del Pronto Soccorso). Le linee guida sono state poi revisionate dai Nuclei di Cure Primarie (gruppi di medici di medicina generale che lavorano insieme) e condivise durante incontri formativi dedicati alla medicina territoriale. Tutti i materiali sono stati pubblicati su una pagina web dedicata, accessibile ai professionisti.

Per capire se il progetto sta funzionando, sono stati analizzati alcuni indicatori relativi all'uso degli antibiotici, la partecipazione dei medici alla formazione e gli accessi alla pagina web dedicata.

Grazie a questo impegno collettivo, Reggio Emilia punta a migliorare ulteriormente la qualità delle cure, ridurre il rischio di resistenze batteriche e garantire ai cittadini trattamenti più efficaci e sicuri.

Azienda Ospedaliero-Universitaria MODENA

“Vicini fin dal primo istante” progetto di accoglienza in terapia intensiva neonatale e neonatologia

Referenti esperienza: Licia Lugli; Marisa Pugliese (licia.lugli@gmail.com)

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

Il progetto “Vicini fin dal primo istante” nasce all'interno di un reparto di Neonatologia che adotta il modello NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program), basato sul rispetto dei bisogni individuali del neonato e della sua famiglia. In questo contesto, la cura si orienta verso la riduzione dello stress neonatale, la promozione dello sviluppo neurosensoriale e il coinvolgimento attivo dei genitori come partner fondamentali nel percorso assistenziale.

Il progetto si propone di rafforzare e ampliare le pratiche già attive nel reparto secondo i principi della Family-Centered Care (FCC), favorendo un ambiente aperto, accogliente e partecipativo. L'accesso continuativo ai neonati da parte dei genitori, ma anche di figure familiari significative come fratelli e nonni, rappresenta un pilastro fondamentale del modello, finalizzato a sostenere la connessione affettiva e a ridurre il trauma della separazione.

Tra gli strumenti informativi previsti, viene valorizzato il libretto sulla promozione dell'allattamento materno in Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia, disponibile sia in formato cartaceo che digitale sul sito del reparto e già distribuito ai genitori ("piccoli passi verso l'allattamento al seno"). Questo materiale ha lo scopo di accompagnare e supportare i genitori nella pratica dell'allattamento, promuovendo il contatto precoce (skin-to-skin, Kangaroo Care), la relazione affettiva e la nutrizione ottimale, in linea con le raccomandazioni europee per la cura dei neonati.

Attraverso momenti di formazione continua per il personale, attività di monitoraggio tramite questionari di soddisfazione e riunioni di équipe, il progetto mira a migliorare non solo la qualità dell'assistenza clinica, ma anche il benessere emotivo e relazionale delle famiglie.

In un ambiente tanto delicato quanto la neonatologia, l'accoglienza, la vicinanza e la partecipazione familiare sono elementi essenziali per garantire una cura umana, integrata e realmente centrata sulla persona. Questo progetto si pone quindi come strumento concreto per consolidare un modello assistenziale innovativo e sensibile, che riconosce nella famiglia una risorsa terapeutica preziosa, sin dal primo istante.

Il progetto coinvolge tutto il personale della Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale con la collaborazione della Psicologia Ospedaliera.

Azienda Ospedaliero-Universitaria MODENA

Esecuzione delle vaccinazioni pediatriche in ambiente protetto presso AOU di Modena

Referenti esperienza: Iughetti Lorenzo, Predieri Barbara, Cifuni Maria, Bussetti Chiara (lorenzo.iughetti@unimore.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza delle vaccinazioni

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Il progetto garantisce ai bambini con fattori di rischio legati alla pratica vaccinale di poter essere vaccinati con le massime garanzie di sicurezza. Medici e infermieri ospedalieri (AOU Policlinico di Modena) e territoriali (AUSL di Modena) lavorano insieme per prevenire situazioni di rischio.

Azienda Ospedaliero-Universitaria MODENA

Il taglio cesareo dolce

Referenti esperienza: Isabella Neri, Contu Giannina (isabella.neri@unimore.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza del parto e delle cure postnatali

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Obiettivi e benefici: In letteratura tale pratica, denominata gentle cesarean birth, viene associata al concetto di “nascita centrata sulla famiglia” (family centered caesarean section) [1], e descritta come un pacchetto di interventi che incoraggia la donna a partecipare alla scelta di nuove prassi in caso di taglio cesareo.

Descrizione: La procedura si differenzia dal parto cesareo tradizionale nella filosofia con cui il parto chirurgico viene proposto alla famiglia: infatti, si offre a entrambi i genitori la possibilità di assistere alla nascita del figlio, ammettendo il papà in sala operatoria, si promuove un'estrazione lenta del feto (per dare al bambino la possibilità di adattarsi in maniera più graduale e fisiologica alla vita extrauterina), si effettua il clampaggio tardivo del cordone (attendendo almeno 60 secondi) e si promuove immediatamente il contatto pelle a pelle con la mamma [2]. Un recente studio ha dimostrato che in un'ampia casistica olandese di “tagli cesarei dolci” non si è registrato un aumento del rischio di infezioni materne e di outcomes avversi neonatali rispetto a quelli registrati nei tagli cesarei eseguiti mediante le procedure standard [3] Tale pratica è anche in linea con i dieci passi per la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento materno redatti dall'OMS e dall'UNICEF. Queste linee guida raccomandano infatti il contatto immediato pelle a pelle e il rispetto e la protezione della cosiddetta “ora sacra” successiva alla nascita, che ha innumerevoli e ormai indubbi benefici per madre e neonato.

Metodi per valutare i risultati: Per la madre, il contatto precoce facilita una migliore percezione del neonato, un aumento del grado di soddisfazione e, per quanto riguarda l'allattamento, un miglioramento dei risultati in termini di esclusività e durata [4]; infatti, si è osservato che le donne che hanno partorito mediante “taglio cesareo dolce” hanno le stesse probabilità di continuare ad allattare delle donne che hanno avuto un parto vaginale, qualora ricevano un sostegno che faciliti l'avvio precoce dell'allattamento. Per il neonato, il contatto pelle a pelle garantisce un miglior adattamento alla vita extrauterina, riducendo lo stress e fornendo al piccolo una stabilità respiratoria, cardiocircolatoria, termica e glicemica. È stato dimostrato infatti che le basse temperature della sala operatoria non determinano maggiori casi di ipotermia nei neonati che nascono da cesareo dolce e rimangono pelle a pelle con la mamma rispetto a quelli che nascono con la procedura standard [5]. Infine tale procedura è una efficace strategia per proteggere il delicato processo della colonizzazione batterica madre-figlio e migliorare il microbioma del neonato

Azienda Ospedaliero-Universitaria MODENA

Predire l'esito della sepsi ad esordio tardivo dopo parto prematuro

Referenti esperienza: Alberto Berardi (alberto.berardi@unimore.it)

Strategie/obiettivi OMS: Prevenzione delle infezioni e riconoscimento precoce del deterioramento clinico

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

Abbiamo sviluppato un modello matematico che fornisce la probabilità di morte e/o danno cerebrale nei neonati prematuri con sepsi tardiva in base a dati misurabili e oggettivi che sono immediatamente disponibili al momento della sospetta diagnosi.

L'obiettivo è identificare precocemente i neonati settici che sono a maggior rischio di esiti negativi e che possono quindi trarre beneficio da trattamenti più aggressivi (ad esempio, posizionamento di un catetere venoso centrale, valutazioni emodinamiche precoci con ecocardiografia funzionale, somministrazione di inotropi e/o fluidi, e monitoraggio stretto (ad esempio, rapporto infermiere:paziente 1:1).

Speriamo che l'implementazione del nostro modello possa aiutare i medici a personalizzare il processo decisionale in base ai rischi individuali e quindi migliorare gli esiti di una malattia severa che colpisce i più piccoli, con esiti spesso gravi.

Azienda Ospedaliero-Universitaria MODENA

Rete di protezione e tutela dei minori in Pediatria e Neonatologia presso AOU di Modena

Referenti esperienza: Iughetti Lorenzo, Predieri Barbara, Zanoli Cinzia, Prof. Berardi Alberto, Rossi Katia - lorenzo.iughetti@unimore.it -

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>

Abstract

Il progetto garantisce ai bambini e agli adolescenti ricoverati la tutela dei loro diritti e la sicurezza durante il ricovero. Medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori ed esperto Giuridico in diritto minorile, lavorano insieme per riconoscere e prevenire situazioni di disagio o abuso. La rete assicura anche supporto alle famiglie e collaborazione con il territorio e le istituzioni.

Azienda Ospedaliero-Universitaria MODENA

Progetto Champion - Igiene mani

Referenti esperienza: Brancato Giuseppe, Alessandro Poggi, Meschiari Marianna, Michela Di Nuovo, Della Casa Muttini Elisa (brancato.giuseppe@aou.mo.it)

Strategie/obiettivi OMS: Prevenzione delle infezioni e riconoscimento precoce del deterioramento clinico

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

Le infezioni ospedaliere sono una delle più frequenti cause di mortalità e morbilità nei neonati ricoverati in TIN, favorite sia dall'immaturità del loro sistema immunitario, sia dalle numerose procedure invasive a cui vengono sottoposti. I germi responsabili di queste infezioni nella maggior parte dei casi colonizzano gli strati più superficiali della cute e le mani ne rappresentano quindi il principale veicolo. Per questo motivo l'igiene delle mani costituisce una delle misure fondamentali nella prevenzione delle infezioni nei nostri pazienti. L'OMS indica 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani durante l'assistenza al paziente da parte degli operatori sanitari. L'AOU di Modena ha implementato alcuni progetti, quali PreveniaMO le ICA e il progetto Champion, che ha migliorato l'adesione generale dell'igiene mani in particolar modo nelle terapie intensive per adulti e neonatale

Azienda USL MODENA

Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza "in rete": progetti territoriali di prevenzione primaria e secondaria

Referenti esperienza: Graziella Pirani, Marcella Nicolini, Stefania Vicini, Stefania Casini (g.pirani@ausl.mo.it)

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

In ottemperanza ai contenuti del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"), che riprende quanto riportato nella Missione 6 - Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) dell'Azienda USL di Modena ha promosso alcune iniziative di sviluppo della professione in un'ottica di sanità di iniziativa, di prossimità, di comunità e integrazione.

Tali iniziative rappresentano un esempio di passaggio da una sanità d'attesa (ospedalo-centrica, ad alta intensità di cura, costosa, autoreferenziale, basata su un modello biomedico e una medicina di reazione/risposta che sfocia inevitabilmente in una presa in carico frammentata, prestazionale, politica del "laissez faire") ad una sanità d'iniziativa, invece proattiva e basata su una presa in carico multiprofessionale e globale della persona, che favorisce la continuità delle cure e che sia in grado di intercettare i bisogni del cittadino, possibilmente, prima dell'insorgere di un disturbo, di un suo aggravamento o della sua cronicizzazione. Esempi tipici in questo senso sono rappresentati dal richiamo attivo, dalla programmazione dei controlli, dalla promozione della salute e dall'empowerment all'autocura. L'obiettivo è quello di superare la frammentazione all'interno dei servizi e dei percorsi assistenziali, rispondendo in maniera coerente alla necessità di mettere al centro del processo di cura la persona e i suoi bisogni (che, essendo complessi, richiedono una presa in carico multidimensionale); da queste riflessioni emerge un crescente interesse verso l'ambito dell'assistenza primaria; del resto, il saper entrare empaticamente in relazione con la persona e i gruppi, l'empowerment, l'attenzione alla dimensione psicosociale dell'intervento riabilitativo e la sensibilità alla dimensione culturale, rappresentano elementi imprescindibili per un professionista della NPIA che opera all'interno di una comunità.

Progetto 1) "QUESTION-I IMPORTANTI" - CONSULENZA ONLINE

A far tempo dal dicembre 2023, presso la Casa della Comunità pediatrica "Villa Bianchi" di Casinalbo (MO), ha preso avvio il progetto "QUESTION-I IMPORTANTI", ovvero consulenze gratuite promosse dalla NPIA del Distretto di Sassuolo rivolte alle famiglie di minori (0-17 anni) residenti/assistiti nel territorio di competenza e non in carico alla NPIA nonché ai professionisti sanitari (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ostetriche e altri specialisti), finalizzate a:

- rispondere a eventuali dubbi relativi allo sviluppo psicomotorio e linguistico e/o al benessere dei bambini e delle bambine;
- fornire indicazioni/suggerimenti volti a orientare le famiglie, in un'ottica di appropriatezza e semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari.

Le famiglie che desiderano confrontarsi con i professionisti della NPIA (logopedisti, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali) devono compilare il form di richiesta disponibile alla pagina dedicata del sito internet dell'AUSL di Modena (www.ausl.mo.it/neuropsichiatriainfanziaadolescenza).

I professionisti sanitari del Distretto di Sassuolo che desiderano confrontarsi con i colleghi della NPIA, possono invece inviare una email all'indirizzo casadellacomunitavillabianchi@ausl.mo.it specificando l'età del minore per il quale si richiede la consulenza, l'ipotesi diagnostica o la tipologia di difficoltà presentata e un recapito telefonico al quale essere ricontattato.

Progetto 2) KIT DELL'INSEGNANTE CONSAPEVOLE

Ciò che accomuna i professionisti sanitari della NPIA e docenti della scuola è la gestione quotidiana di problematiche relative a difficoltà comunicative e comportamentali di bambini e bambine. Pertanto, obiettivo primario del progetto, è quello di fornire e condividere un linguaggio comune e strumenti operativi mediante una formazione dedicata, progettata e condotta dai professionisti delle equipes multidisciplinari della NPIA. Il progetto è stato avviato nel corso dell'anno scolastico 2022/2023, in via sperimentale, presso il Distretto di Sassuolo per poi progressivamente estendersi ad altri Distretti della provincia modenese (Modena e Castelfranco Emilia nell'anno scolastico 2024/2025; in programma per il biennio 2025/2026 il coinvolgimento di altri Distretti). La formazione agli insegnanti si è sviluppata in tre fasi: la prima, di tipo teorico, da remoto; la seconda, pratica e laboratoriale, in presenza, rivolta ai docenti di sostegno; la terza fase, finalizzata alla verifica degli apprendimenti e del gradimento. Il focus formativo si è concentrato su due tematiche principali: la comunicazione aumentativa alternativa e la gestione dei comportamenti disfunzionali dei bambini mediante strategie di strutturazione dell'ambiente e relazionali cognitivo-comportamentali. Il target di azione è stato definito sulla base dei funzionamenti comunicativi e comportamentali che possono interessare sia bambini con diagnosi cliniche differenti (autismo, disturbo del linguaggio, disprassia, ritardo psicomotorio, disturbi esternalizzanti, etc.), che bambini che non afferiscono ai servizi territoriali della NPIA, ma manifestano caratteristiche funzionali che beneficerebbero di tali interventi.

PROGETTO 3) INFANZIA SI-CURA

Il progetto "Infanzia Si-cura", realizzato in collaborazione con i Centri per le Famiglie e i Consultori del Distretto di Castelfranco Emilia, coinvolge attivamente i professionisti della NPIA ed è rivolto a genitori e caregiver di bambini nei primi mille giorni di vita, con l'obiettivo di favorire uno sviluppo armonico del neonato, ponendo particolare attenzione agli aspetti psicomotori e allo sviluppo del linguaggio.

Si articola in incontri tematici guidati da professionisti della NPIA (logopedisti, fisioterapisti e ortotisti) che, attraverso esperienze pratiche, video dimostrativi e momenti di gioco condiviso, offrono strumenti concreti e spunti di riflessione sulle seguenti tematiche:

- sviluppo psicomotorio e linguistico e/o benessere dei bambini e delle bambine;
- orientamento delle famiglie, in un'ottica di appropriatezza e semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari;
- approfondimento di pratiche di prevenzione per le plagiocefalie e vizi posturali nonché per possibili disturbi legati all'alimentazione.

Gli incontri si svolgono in presenza, all'interno di spazi accoglienti come consultori, biblioteche e nidi d'infanzia, messi a disposizione a livello territoriale. L'intera progettualità si fonda su un approccio integrato e orientato alla prevenzione, promuovendo la sinergia tra servizi sanitari, educativi e sociali del territorio. Questa sinergia consente di offrire un sostegno più completo e vicino ai bisogni reali dei genitori e dei bambini, superando i confini tradizionali dei luoghi di cura. Le edizioni successive si arricchiscono grazie ai feedback raccolti e alle buone pratiche condivise, contribuendo così a un miglioramento continuo dell'offerta. L'obiettivo finale è la costruzione di una comunità competente e consapevole, capace di accompagnare e sostenere lo sviluppo dei bambini sin dai primissimi anni di vita.

Azienda USL MODENA

Presenza in carico della diade puerpera e neonato nei consultori familiari per l'identificazione precoce e il sostegno delle situazioni di fragilità sanitaria e sociosanitaria

Referenti esperienza: Daniela Spettoli (d.spettoli@ausl.mo.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza del parto e delle cure postnatali

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

La presenza di fattori di rischio psico-sociali, di disagio psichico materno perinatale e di violenza domestica peggiora gli esiti di salute materna e neonatali, nonché l'avvio e il mantenimento dell'allattamento, un importante determinante di salute per la mamma e il/la bambino/a.

Le ostetriche dei Consultori Familiari (CF), in attività e orario di servizio, offrono una visita alle donne in puerperio precoce (entro 10 giorni dal parto), sia che siano state seguite dal CF durante la gravidanza, sia che siano state seguite da professionisti privati o da altri servizi pubblici.

La visita è finalizzata a eseguire un bilancio di salute della donna, valutare il benessere psico-fisico, rilevare complicanze, intercettare eventuali situazioni di rischio e, in base alla situazione rilevata, attivare l'intervento o il percorso più adeguati, coinvolgendo altri professionisti dell'équipe (ginecologi, psicologi, assistente sociale) o altri servizi della rete sanitaria e sociale.

Azienda USL MODENA

Rete provinciale di cure palliative pediatriche: percorsi di presa in carico dei minori affetti da gravi patologie croniche inguaribili e delle loro famiglie nella provincia di Modena

Referenti esperienza: Francesco Torcetta (f.torcetta@ausl.mo.it)

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

PROGETTO PROVINCIALE AUSL MODENA, AOU POLICLINICO MODENA e OSPEDALE di SASSUOLO (Dip. Materno-Infantile, Pediatria, Neonatologia, Neuropsichiatria infantile, Pediatria di Comunità, Pneumologia, Chirurgia Pediatrica, area Emergenza-Urgenza, Cure Palliative, Cure Primarie, Anestesia, Psicologia, Dirigenza Assistenziale, Infermieri domiciliari, Nutrizionisti/Dietisti, Logopedisti, Fisioterapisti; rappresentati di: Centro regionale di CPP, Pediatria di Libera Scelta, Medicina Generale, genitori e servizi sociali).

SCOPO

La Rete Provinciale di Cure Palliative Pediatriche (CPP) nasce per offrire una risposta coordinata, precoce e multidimensionale ai bisogni complessi dei minori affetti da patologie croniche inguaribili e delle loro famiglie. Il progetto, avviato nel settembre 2023 e tuttora in evoluzione, si sviluppa in un contesto sanitario articolato, che coinvolge più Aziende sanitarie su scala provinciale e si integra all'interno di una cornice regionale dove è attivo un Centro Regionale di riferimento per le Cure Palliative Pediatriche.

Questa complessità organizzativa richiede un forte impegno nella costruzione di alleanze, nella condivisione di linguaggi e modelli operativi, e nella definizione di percorsi assistenziali coerenti e integrati. L'obiettivo principale è garantire qualità della vita, appropriatezza clinica e continuità assistenziale, attraverso un modello integrato, in linea con le normative nazionali e regionali (Legge 38/2010, DGR-RER 857/2019 e successive, DM 77/2022).

Elemento fondante della rete è stata la necessità di superare la frammentazione organizzativa e clinica, integrando in un unico percorso condiviso tutti quei servizi e professionisti – ospedalieri, territoriali e specialistici – che si occupano della presa in carico di questa casistica complessa e a bassa prevalenza.

METODO

Al centro del modello operativo si colloca l'équipe provinciale di CPP con funzioni di Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP), composta da infermieri territoriali, pediatri specialisti, psicologi, assistenti sociali e un Pediatra di Libera Scelta con "special interest" in cure palliative pediatriche. Tutti i componenti dell'équipe sono adeguatamente formati per garantire una presa in carico competente e coerente. L'équipe gestisce la prima valutazione di appropriatezza delle segnalazioni ricevute dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) e, qualora necessario, attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP) per la redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). La segnalazione può essere effettuata da qualsiasi professionista che intercetti un potenziale bisogno di cure palliative pediatriche.

La rete è organizzata su tre livelli di intensità assistenziale:

- il primo livello, guidato dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), coinvolge tutti i professionisti della salute nell'applicazione dei principi generali delle CPP nei casi meno complessi;
- il secondo livello, sempre guidato dal PLS, prevede il coinvolgimento di équipe ospedaliere e territoriali con competenze specifiche in CPP, con supporto diretto dell'équipe provinciale CPP;
- il terzo livello prevede la presa in carico diretta da parte dell'équipe provinciale CPP, nei casi ad alta complessità clinico-assistenziale, sotto la supervisione del Centro Regionale di CPP.

A supporto del funzionamento della rete è attivo un sistema strutturato di supervisione e intervisione, finalizzato a garantire coerenza, qualità e supporto professionale continuo.

RISULTATI

La formalizzazione della rete ha consentito di definire in modo chiaro nodi e interfacce (COT, PUAP, UVMP), rafforzare la presa in carico multidimensionale e sviluppare percorsi assistenziali, riabilitativi e psicologici basati sulla stratificazione della complessità. L'integrazione funzionale tra servizi territoriali, ospedalieri e specialistici ha permesso un utilizzo più strategico delle risorse e un miglioramento complessivo della qualità delle cure.

I dati dei primi tre mesi di attività della rete (novembre 2024 – gennaio 2025) mostrano un incremento del 37% delle segnalazioni rispetto allo stesso periodo del 2023, con un aumento del 20% delle prese in carico. Si registra inoltre un aumento del 75% delle valutazioni a distanza, a testimonianza di una maggiore capacità di risposta, anche in termini di accessibilità e tempestività.

CONCLUSIONI

La Rete Provinciale di Cure Palliative Pediatriche rappresenta un'esperienza avanzata di governance clinica interaziendale, fondata sulla collaborazione tra professionisti e servizi, sull'attivazione precoce delle cure e sulla costruzione di percorsi personalizzati. Il modello integrato realizzato promuove sostenibilità, replicabilità e centralità del bambino e della sua famiglia/cargivers, costituendo una base solida per l'evoluzione futura delle cure palliative pediatriche, sia a livello regionale, in sinergia con il Centro Regionale di riferimento, sia nel più ampio scenario nazionale.t

AREA VASTA CENTRO

Azienda USL BOLOGNA	
Cure neonatali precoci: Prevenzione e gestione del Collazzo Postnatale	
Referenti esperienza: Stefania Guidomei (stefania.guidomei@ausl.bologna.it)	
Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza del parto e delle cure postnatali	
Ambito	
Ospedaliero	<input checked="" type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input type="checkbox"/>
Abstract	
Ogni neonato ha bisogno di cure attente fin dai primi istanti di vita. La nostra buona pratica si concentra proprio su questo momento cruciale: le prime due ore dopo la nascita sono un periodo delicato in cui è fondamentale osservare attentamente il neonato per garantirne la sicurezza. L'obiettivo è prevenire la SUPC (Collazzo post-natale improvviso ed inatteso) una rara ma gravissima evenienza che può colpire neonati sani subito dopo il parto e può portare a gravi conseguenze se non riconosciuta ed affrontata tempestivamente.	
Attraverso la conoscenza dei possibili fattori di rischio e una sorveglianza continua e strutturata nelle prime due ore di vita, le ostetriche possono identificare rapidamente segnali di difficoltà, intervenire in tempo e garantire un inizio di vita sicuro per ogni bambino.	
Questa modalità assistenziale ha dimostrato quanto sia importante la sorveglianza attiva del neonato nelle prime due ore di vita. In questi anni di attività, il monitoraggio ha contribuito a rafforzare le buone pratiche assistenziali in sala parto e sala operatoria promuovendo una cultura della sicurezza senza rinunciare al contatto pelle a pelle, fondamentale per un buon avvio dell'allattamento	

Azienda USL BOLOGNA

Gestione dell'adolescente con psicopatologia

Referenti esperienza: Luca Marzola (luca.marzola@ausl.bologna.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza diagnostica

Ambito

Ospedaliero



Territoriale



Ospedale-territorio

**Abstract**

Il suicidio costituisce la seconda causa di morte nei giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni e l'autolesionismo colpisce in Europa circa 1 adolescente su 5. Le misure restrittive durante la pandemia da SARS-CoV2- hanno impattato significativamente sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti portando ad un aumento delle richieste di aiuto per le forme più gravi di psicopatologia: l'autolesionismo e il comportamento suicidario.

Siamo di fronte a una vera e propria emergenza psichiatrica, in particolare dopo l'esperienza traumatica della pandemia. È un dato che colpisce e che testimonia una sofferenza psicologica dei ragazzi che non va ignorata e che deve trovare sufficiente ascolto e risposte adeguate.

L'incremento del numero di ricoveri per patologia psichiatrica registrato in questi anni in Italia è un dato che da solo racconta la situazione di emergenza vera con la quale si sta confrontando oggi il nostro sistema di offerta.

Per rispondere alle richieste di aiuto dei più giovani e delle loro famiglie, l'Unità Operativa di Pediatria della USL di Bologna nel secondo semestre 2024 ha ritenuto necessaria una riflessione d'équipe strutturata che conducesse alla predisposizione di un modello organizzativo di accoglienza e gestione dei minori con patologia psichiatrica e più nel dettaglio un percorso clinico-assistenziale di alta assistenza per la prevenzione del suicidio in età evolutiva.

Azienda USL BOLOGNA

Implementazione di un Ambulatorio care neonatale

Referenti esperienza: Giovanni Lorenzo Scotto, Sofia Spinedi (giovannilorenzo.scotto@ausl.bologna.it)

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

Il progetto ha avuto come obiettivo prioritario l'implementazione del modello assistenziale incentrato sulla care neonatale nella Terapia Intensiva Neonatale (TIN), attraverso l'adozione del modello di Family Centered Care. Questo approccio consente il coinvolgimento attivo dei genitori nella cura del neonato prematuro o fragile, riducendo gli errori, migliorando il monitoraggio del neonato, e potenziando la comunicazione tra operatori sanitari e caregiver. Il coinvolgimento consapevole della famiglia si è dimostrato un fattore protettivo essenziale per la sicurezza clinica, emozionale e relazionale del neonato. L'ambulatorio care neonatale post-dimissione dalla TIN è un servizio dedicato al monitoraggio e al supporto dei neonati dimessi dopo un ricovero in TIN. L'attività dell'ambulatorio si concentra sull'osservazione dello sviluppo del neonato, sul controllo della crescita, sull'alimentazione e sulla gestione delle problematiche assistenziali residue. Ha inoltre lo scopo di supportare attivamente le famiglie nel delicato percorso del rientro a casa, offrendo consulenza, ascolto e orientamento. Attraverso interventi mirati di prevenzione e una valutazione infermieristica attenta, il servizio consente di intercettare precocemente eventuali criticità nello sviluppo o nella gestione del bambino, garantendo così continuità assistenziale e favorendo un percorso di crescita sano e sicuro.

Azienda USL BOLOGNA

Percorso clinico aziendale nei Servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile (NPI) per la psicopatologia dell'età prescolare (0-5)

Referenti esperienza: Simona Chiodo, Giulia Magnani (simona.chiodo@ausl.bologna.it)

Strategie/obiettivi: OMS Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

La psicopatologia dell'età evolutiva pur costituendo una dimensione rilevante della clinica in neuropsichiatria infantile rimane poco riconosciuta e individuata in un profilo di competenze professionali, di raccomandazioni sulla base di evidenze, di modelli operativi e organizzativi di governo clinico.

Il percorso clinico aziendale per la psicopatologia dell'età prescolare (0-5a) è nato nel 2023 all'interno dell'Azienda USL di Bologna, Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche, UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, come progetto di riorganizzazione del Centro Clinico per la Prima Infanzia, partendo dalla necessità per il Servizio di NPIA Territoriale di:

-procedere a una definizione di un protocollo di base su cui poter tracciare un percorso diagnostico inerente i disturbi psicopatologici in età evolutiva, in accordo anche a quanto definito dalle Raccomandazioni regionali, e il più possibile uniforme all'interno delle specifiche UOS

-inserire l'esito del processo valutativo all'interno degli attuali sistemi di classificazione diagnostica, tenendo conto della necessaria integrazione fra sistemi specificatamente pensati per l'età prescolare e sistemi meno specifici per questa fascia di età ma maggiormente diffusi all'interno dei Servizi (DC 0-3R e DC 0-5 versus DSM V e ICD10-ICD11)

-in funzione di un'analisi della popolazione afferente, condividere quanto già esistente nei Servizi a livello di percorsi terapeutici e procedere ad implementare gli interventi terapeutici nelle aree eventualmente scoperte.

A tal fine, è stato costituito il gruppo di coordinamento centralizzato, con l'obiettivo di sviluppare un progetto innovativo denominato: Percorso clinico nei Servizi territoriali di NPIA per la psicopatologia dell'età prescolare (0-5).

Azienda USL BOLOGNA

Strategie di prevenzione dell'Oftalmia neonatale

Referenti esperienza: Chiara Ghizzi, Donatella Pagliacci, Cristiano Pelati (chiara.ghizzi@ausl.bologna.it)

Strategie/obiettivi OMS: Prevenzione delle infezioni e riconoscimento precoce del deterioramento clinico

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Nei primi giorni di vita, alcuni neonati possono sviluppare un'infiammazione agli occhi chiamata oftalmia neonatorum, spesso causata dal passaggio di infezioni durante il parto. Le forme più gravi di questa condizione sono provocate da batteri come la *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

Oggi sappiamo che la prevenzione più efficace parte già durante la gravidanza, basta un semplice tampone vaginale per individuare eventuali infezioni a trasmissione sessuale.

In caso di positività, si può intervenire tempestivamente con una terapia antibiotica sicura ed efficace, proteggendo così il neonato.

L'AUSL di Bologna contestualizza ed implementa le indicazioni delle principali società scientifiche italiane per il migliore approccio preventivo delle congiuntiviti neonatali contratte al momento del parto al fine di evitare la profilassi oftalmica a tutti i neonati alla nascita, inutili e dannosi se utilizzati senza indicazioni precise.

Fondamentale ai fini del successo di questa iniziativa è l'approccio multidisciplinare (ostetricoginecologico, neonatologico, ...), che consente di avviare l'attività di prevenzione primaria sin dalle prime epoche della gestazione.

Fare prevenzione è un gesto d'amore: semplice, sicuro ed essenziale per proteggere al meglio la salute di mamma e bambino.

Azienda USL BOLOGNA

Prevenzione dell'evento caduta nella paziente ostetrica (gravida e puerpera) ricoverata

Referenti esperienza: Stefania Guidomei (stefania.guidomei@ausl.bologna.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza del parto e delle cure postnatali

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Gli strumenti di valutazione del rischio di caduta progettati per la popolazione generale non sono sufficientemente sensibili per prevedere un rischio di caduta accurato in popolazioni con caratteristiche diverse, come l'età, la disabilità e le condizioni cliniche; pertanto, in popolazioni speciali sono necessari strumenti appositi che garantiscono un'adeguata valutazione e stratificazione del rischio. Nonostante il rischio di cadute sia spesso sottovalutato per la paziente ostetrica (gravida, puerpera) poiché considerata una paziente giovane e sana, l'evento caduta, per questa tipologia di popolazione, si rivela la seconda causa di accesso ai servizi di urgenza ed emergenza. In letteratura è stato riscontrato un tasso di cadute durante il periodo post-partum superiore alla media nazionale di cadute nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico (Lockwood e Anderson, 2013) e un tasso di cadute in gravidanza del 25-27% paragonabile a quello negli adulti con età superiore o uguale a 65 anni. In diversi studi vengono individuati sia fattori intrinseci alla gravidanza ed al puerperio che aumentano il rischio di caduta, tra i quali la parità, l'aumento della circonferenza addominale, l'aumento di peso, gli adattamenti muscoloscheletrici, cambiamenti nel centro di gravità e nell'equilibrio, ipotensione legata a variazioni del volume del sangue, sintomi legati all'anemia e problemi di mobilità legati al posizionamento dell'epidurale, emorragia sia fattori estrinseci (ambientali). La valutazione del rischio di caduta deve essere effettuata attraverso un'apposita scala di valutazione per le pazienti ostetriche che permetta di classificare il rischio a seconda della condizione stessa della paziente (gravida o puerpera) e di attivare un'assistenza e degli interventi appropriati al fine di ridurre l'incidenza delle cadute

IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria BOLOGNA**Presenza sicura del neonato a bassa intensità di cura da parte della famiglia, in modalità integrata tra ospedale e territorio****Referenti esperienza:** Luigi Tommaso Corvaglia, Alessandra De Palma, Naike Sola -naike.sola@aosp.bo.it**Strategie/obiettivi OMS:** Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita**Ambito**Ospedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

La famiglia e l'ambiente domestico rappresentano la dimensione auspicabile per la gestione del neonato; ogni sforzo andrebbe fatto per coinvolgere il prima possibile i genitori nella cura del bambino, anche nei casi in cui si renda necessario un ricovero ospedaliero. Un modello di assistenza neonatale "family-centered" già a partire dalle fasi precoci della degenza, inserito in un percorso di coinvolgimento attivo dei genitori nella gestione di condizioni cliniche a basso livello di intensità di cura, rende la famiglia una risorsa preziosa per la cura del proprio bambino e ha il potenziale di ridurre il discomfort legato a ricoveri ospedalieri lunghi, con miglioramento della qualità della vita del neonato e della sua famiglia, riduzione della durata delle degenze ospedaliere e del relativo rischio di infezioni nosocomiali e ottimizzazione delle risorse ospedaliere; il tutto mantenendo ben salda la sicurezza del paziente e creando al contempo un ponte che avvicini la medicina ultra-specialistica ospedaliera a quella territoriale, in un'ottica di integrazione e collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i Servizi.

Dall'analisi delle caratteristiche dei pazienti ricoverati presso la Terapia Intensiva Neonatale (TIN), la Neonatologia e il Nido dell'IRCCS AOU di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola negli ultimi anni, è possibile identificare una popolazione di neonati le cui caratteristiche cliniche, sociali e sanitarie consentono di ripensare il modello assistenziale classico, orientando l'approccio relativo alle fasi non critiche del ricovero verso un'integrazione fattiva tra i professionisti e la famiglia nella gestione clinica del neonato. Tale integrazione consentirebbe la riduzione del carico assistenziale complessivo sui reparti sopracitati e costituirebbe il presupposto per una dimissione sicura, con la garanzia di una presa in carico a domicilio supervisionata da un team multidisciplinare, senza abbandonare adeguati standard di sicurezza delle cure. Il modello assistenziale ipotizzato, denominato "Percorso Ohana", può essere articolato in due step successivi, prevedendo innanzitutto un'efficace presa in carico dei neonati candidabili a questo specifico percorso da parte della famiglia, in un ambiente dedicato, esterno al setting ospedaliero ma in contiguità con esso (Casa Ronald McDonald o altro ambiente idoneo all'interno della struttura). Durante il periodo trascorso in quest'ambiente intermedio, che simula quello domiciliare, il neonato verrà monitorizzato dai Professionisti sanitari e i familiari saranno istruiti sulla cura del bambino così da essere pronti per il rientro a casa. Nella fase successiva, il neonato, al proprio domicilio, potrà essere rivalutato, qualora ritenuto necessario, dai professionisti ospedalieri mediante strumenti di telemedicina fino al momento dell'effettivo passaggio di consegne agli specialisti territoriali (PLS ed eventuali altre figure di riferimento territoriali).

IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria BOLOGNA

Servizio di post-dimissione per la protezione e il sostegno all'allattamento da remoto tramite teleassistenza

Referenti esperienza: Franca Acciardi, Nadia Rimondi, Francesca Baiesi-Pillastrini, Naike Sola, Alessandra De Palma (franca.acciardi@aosp.bo.it)

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

L'allattamento materno rappresenta un pilastro fondamentale per la promozione della salute pubblica, con benefici dimostrati sia per il neonato sia per la madre. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'UNICEF raccomandano l'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi di vita, proseguendo poi con l'alimentazione complementare adeguata fino ai due anni e oltre. In Italia, tali raccomandazioni sono recepite e promosse dal Ministero della Salute attraverso il documento "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno" (2015), che riconosce l'allattamento come un diritto della diade madre-bambino e una priorità di sanità pubblica. In ambito regionale, l'Emilia-Romagna ha adottato una posizione fortemente favorevole all'allattamento, inserendolo tra gli obiettivi strategici di promozione della salute e garantendo il sostegno attraverso la rete dei Consultori Familiari, il Programma "Percorso Nascita" e l'adesione alle iniziative OMS/UNICEF per la promozione degli Ospedali e Comunità Amici dei Bambini.

L'IRCCS AOU di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola da sempre condivide l'enorme importanza dell'allattamento al seno e, negli anni, si è fatto promotore di numerose iniziative all'avanguardia come, per esempio, la creazione (nel 2012) della Banca del Latte Umano Donato. Dall'inizio del progetto sono stati raccolti 40.030 biberon, equivalenti a 4.804 litri di latte materno (considerando 120ml/biberon), e sono state coinvolte 351 mamme donatrici, sensibilizzate grazie al personale sanitario dell'Azienda USL di Bologna e del Policlinico di Sant'Orsola. In particolare, a oggi sono 38.461 i biberon utilizzati dalle strutture sanitarie emiliane: 14.295 in Terapia Intensiva Neonatale e 12.828 in Neonatologia dell'IRCCS Policlinico di Sant'Orsola, 7.788 presso l'Ospedale Maggiore di Bologna, 1.115 presso il Policlinico di Ferrara, 2.435 presso l'Ospedale di Parma (dati aggiornati al 01/03/2024). All'interno dell'IRCCS AOU di Bologna Policlinico di Sant'Orsola, è presente, dal 2021, un Ambulatorio dedicato all'allattamento che nel 2023 ha ottenuto, unico in Italia, la certificazione IBCLC (International Board of Certified Lactation Consultant) Care Award, un premio dedicato agli ospedali che dimostrano il loro impegno a promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento al seno e la professione di consulente per l'allattamento. L'ambulatorio allattamento e sostegno alla maternità offre a tutte le neomamme un servizio di post dimissione per la protezione e il sostegno all'allattamento. L'utilizzo della telemedicina è incrementato in modo significativo durante la pandemia da SARS-CoV-2 a livello mondiale e, nel giro di poche settimane, la comunità dei professionisti si è dovuta confrontare con l'uso della tecnologia da remoto, comprendendone i potenziali benefici, l'applicabilità e anche i limiti. Pure gli utenti, in particolare le generazioni più giovani o le persone più istruite, hanno apprezzato e colto questa opportunità (Miyawaki 2021). Una recente revisione sistematica della letteratura ha documentato che il supporto all'allattamento da remoto aumenta del 25% rispetto a un'assistenza standard i tassi di allattamento esclusivo a 3 mesi dal parto e può avere un effetto positivo anche fino ai 6 mesi (Gavine 2022). Nel 2024, nell'ambito del percorso di riaccreditamento con

l'IBCLC, è stato implementato un progetto, innovativo e unico in Italia, per l'effettuazione d'incontri individuali di supporto in teleassistenza. Gli obiettivi del progetto sono:

- Assicurare occasioni di counseling in relazione a specifici bisogni informativi e di sostegno;
- Ridurre l'accesso alle strutture ospedaliere;
- Ridurre il rischio di contagio per le donne in gravidanza e dopo il parto. Gli incontri online con l'ostetrica sono gratuiti e rivolti alle mamme che allattano e ai loro partners. Durante gli incontri si affrontano dubbi rispetto a qualunque tema legato alle diverse fasi dell'allattamento e il puerperio. Agli incontri possono partecipare:
 - Neomamme
 - Partners, nonni, amici e tutte le persone che saranno o sono di sostegno nell'accudimento della nuova famiglia che nasce;
 - Future madri dalla venticinquesima settimana di gravidanza.

Nel 2025, grazie anche allo sviluppo del suddetto progetto, l'Ambulatorio allattamento dell'IRCCS AOU di Bologna ha ottenuto nuovamente la prestigiosa certificazione.

IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI BOLOGNA

L'intervento educativo e informativo come strumento di gestione del rischio clinico nell'assistenza al paziente pediatrico in ambito ortopedico

Referenti esperienza: Vania Maselli, Cosma Caterina Guerra (vania.maselli@ior.it)

Strategie/obiettivi OMS: Promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

L'evoluzione dell'assistenza medica ed infermieristica in ambito pediatrico ortopedico ha reso imprescindibile l'adozione di strumenti educativi fondati sull'evidence-based practice, volti a promuovere un'efficace comunicazione con il piccolo paziente e il suo nucleo familiare. Il progetto presentato si inserisce in questo solco, illustrando l'esperienza di un'unità operativa nella progettazione e implementazione di dispositivi informativi redatti con approccio scientifico, pensati per accompagnare il bambino e la famiglia lungo il percorso chirurgico, in particolare nel caso di epifisiodesi femorale e/o tibiale.

Tali materiali, costruiti mediante una metodologia interdisciplinare e basati sulle migliori evidenze disponibili, svolgono una duplice funzione: da un lato facilitano la comprensione del piano di cura, promuovendo l'engagement e l'empowerment del paziente; dall'altro, si configurano come strumenti efficaci di risk management, contribuendo alla riduzione dell'ansia, dell'incomprensione e delle non adesioni terapeutiche, fattori notoriamente correlati al rischio clinico.

Questa strategia si inserisce pienamente nelle linee guida del Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che identifica il coinvolgimento attivo di pazienti e familiari come una leva essenziale per promuovere la sicurezza delle cure, valorizzando la co-produzione di strumenti informativi accessibili, condivisi e scientificamente fondati.

La progettazione condivisa di questi dispositivi – che si avvale anche di supporti audiovisivi fruibili tramite QR code – favorisce una reale integrazione tra ospedale, territorio e famiglia, trasformando la comunicazione educativa in un potente alleato nella sicurezza e qualità delle cure. In un contesto pediatrico dove la fiducia e la comprensione rappresentano pilastri fondamentali, l'informazione strutturata si conferma dunque non solo strumento formativo, ma elemento strategico nella gestione del rischio clinico.

Azienda Ospedaliero-Universitaria FERRARA**Creazione di una scheda di valutazione multifattoriale del rischio di caduta del neonato.**

Referenti esperienza: Rosamaria Gaudio, Michele Chiarini, Chiara Pavani, Mauro Taglioni
(m.chiarini@ospfe.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza del parto e delle cure postnatali

AmbitoOspedaliero Territoriale Ospedale-territorio **Abstract**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute intende fornire informazioni sulle buone pratiche assistenziali postnatali, che riguardano la prevenzione del rischio di caduta del neonato.

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali. L'evento caduta non è uguale in tutti i contesti ma presenta incidenza diversa a seconda dei setting assistenziali impattando in modo significativo sulla durata della degenza, sui re-ingressi, sulle attività diagnostiche e terapeutiche nonché sui costi sanitari e sociali, rappresenta inoltre un evento sentinella potenzialmente prevedibile. Le cadute in una certa percentuale sono potenzialmente prevenibili attraverso la rilevazione di alcuni items in base ad una valutazione multifattoriale e multidisciplinare del paziente. L'applicazione di tali misure è un importante indicatore della qualità assistenziale e richiede che operatori, pazienti, familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta collaborando in modo costante ed integrato al raggiungimento dell'obiettivo.

È stato creato uno strumento di valutazione del rischio di caduta attraverso la redazione di una scheda contenente item relativi a madre/neonato/caregiver, indicatori di presenza di fattori di rischio predittivi alla caduta. Il neonato verrà quindi sottoposto ad una puntuale valutazione e rivalutazione del rischio di possibili cadute.

Azienda Ospedaliero-Universitaria FERRARA

Patto per la sicurezza del neonato (prevenzione dell'evento caduta)

Referenti esperienza: Rosa Maria Gaudio, Mauro Taglioni, Michele Chiarini (m.chiarini@ospfe.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza del parto e delle cure postnatali

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Le Aziende Sanitarie Ferraresi, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute intende fornire informazioni sulle buone pratiche assistenziali postnatali, che riguardano la prevenzione del rischio di caduta del neonato.

I genitori presenti nella camera di degenza devono essere informati sulla prevenzione delle cadute accidentali dal letto, dalla poltrona/sedia o dal fasciatoio, che sono facilitate dall'addormentamento della madre dopo la poppata o della persona di fiducia che, magari seduta su una poltrona/sedia, teneva in braccio il neonato.

È stato creato uno strumento con il quale il Professionista Sanitario educa, informa e responsabilizza i futuri genitori e caregiver sull'importanza della prevenzione della caduta del neonato e sulle strategie (buone pratiche) da adottare all'interno del reparto, stringendo con loro un sinergico accordo di collaborazione.

Azienda Ospedaliero-Universitaria FERRARA

Diagnosi, sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle unità operative di riabilitazione

Referenti esperienza: Mauro Taglioni (mauro.taglioni@ospfe.it)

Strategie/obiettivi OMS: Prevenzione delle infezioni e riconoscimento precoce del deterioramento clinico

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Presso la Riabilitazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stata introdotta un'istruzione operativa specifica per affrontare e gestire efficacemente all'interno delle Unità Operative le infezioni causate da enterobatteri produttori di carbapenemasi. Le infezioni provocate da questi microrganismi sono associate a un rischio elevato di mortalità. Nei soggetti ospedalizzati e particolarmente vulnerabili questi microrganismi possono agire come patogeni opportunisti, in grado di provocare infezioni difficili da trattare, perché resistenti a molti antibiotici. Infatti, molti enterobatteri possiedono carbapenemasi che possono essere trasmesse da un'Enterobacteriaceae all'altra, facilitando la diffusione dell'antibioticoresistenza, che rappresenta una vera criticità nel processo di cura.

AREA VASTA ROMAGNA

Azienda USL della ROMAGNA	
OPAT in Ausl Romagna ambito di Rimini	
Referenti esperienza: Ilaria Contadini (ilaria.contadini@auslromagna.it)	
Strategie/obiettivi OMS: Prevenzione delle infezioni e riconoscimento precoce del deterioramento clinico	
Ambito	
Ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Territoriale	<input type="checkbox"/>
Ospedale-territorio	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract	
L'acronimo OPAT (outpatient parenteral antimicrobial therapy) definisce la pratica di infondere terapia antibiotica endovenosa a livello territoriale. Questo modello di trattamento consente ai pazienti di ricevere antibiotici (o altri antimicrobici) per via endovenosa fuori dall'ospedale, in ambulatorio, a domicilio, o in strutture sanitarie intermedie, evitando o abbreviando il ricovero ospedaliero.	
Questa pratica assistenziale permette di trattare al di fuori dell'ospedale pazienti clinicamente stabilizzati che non richiedono un monitoraggio ospedaliero continuo e possono essere seguiti in sicurezza in un contesto extra-ospedaliero, diminuendo il rischio di acquisizione di infezioni nosocomiali (sino 70% per il singolo caso) consentendo un più rapido rientro del paziente al domicilio e riducendo i costi sanitari correlati alla degenza.	
E' comunemente utilizzata per il trattamento delle infezioni gravi di cute e tessuti molli, infezioni ossee ed articolari (osteomieliti, spondilodisciti, artriti ed infezioni protesiche), endocarditi (le Linee guida americane, europee ed inglesi la consigliano come pratica routinaria) e numerose altre infezioni, come ad esempio infezioni del tratto urinario e del sistema nervoso centrale.	
Prima di essere candidati ad OPAT i pazienti devono essere valutati da un team multidisciplinare composto da personale medico ed infermieristico attivo in ospedale e sul territorio.	
Devono essere individuati pazienti clinicamente stabili, con parametri laboratoristici di infezione in miglioramento, con basso rischio di sviluppare serie complicate correlate al processo infettivo o alla terapia in corso; va valutata la necessità di posizionare un accesso vascolare idoneo e altre eventuali problematiche sanitarie presenti, così come la situazione sociale ed abitativa e la compliance del paziente e dei familiari. Deve inoltre essere assicurata la possibilità di un rapido contatto tra il paziente e la struttura che ha organizzato l'OPAT e la rapida accettazione del Paziente da parte di questa nel caso di complicate legate all'infezione o alla terapia antibiotica stessa. Il MMG deve essere partecipe del programma terapeutico messo in atto.	
L'OPAT è un esempio virtuoso di cooperazione integrata e strutturata tra ospedale e territorio che favorisce lo sviluppo di una medicina di prossimità garantendo elevati standard di cura anche in zone periferiche.	

Azienda USL della ROMAGNA

La rete che cura: percorso di presa in carico dei bambini con malattia cronica ad alta complessità assistenziale nel territorio di Cesena

Referenti esperienza: Antonella Brunelli, Elisa Mariani, Alice Tappi
[\(\[antonella.brunelli@auslromagna.it\]\(mailto:antonella.brunelli@auslromagna.it\)\)](mailto:antonella.brunelli@auslromagna.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza dei farmaci

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Introduzione

La presa in carico del bambino ad alta complessità assistenziale è un percorso centrato sul bambino con patologia cronica complessa e a rischio di sviluppare disabilità multipla.

Scopo

Miglioramento delle cure di prossimità per bambini con malattia cronica ad alta complessità assistenziale attraverso una rete che valorizzi gli interventi domiciliari e ambulatoriali e limiti l'assistenza ospedaliera a ricoveri ospedalieri brevi o in regime di Day Hospital presso la Pediatria Ospedaliera di riferimento in modo da ridurre i rischi legati all'ospedalizzazione ed al trasporto.

Descrizione progetto

Il percorso prevede la segnalazione da parte di qualsiasi professionista sociosanitario che individui un nuovo caso con condizione clinica di potenziale complessità in ambito pediatrico, attraverso l'invio di un modulo apposito al Punto Unico di Accesso Pediatrico, tramite contatti aziendali (pua.pediatrico.ce@auslromagna.it)

Il Punto Unico di Accesso, gestito dall'infermiere Case Manager della Pediatria di Comunità, è l'elemento di coordinamento tra la segnalazione e l'attivazione dei percorsi di presa in carico dei casi complessi. Riceve le segnalazioni dei casi eleggibili e avvia la presa in carico continuativa del paziente, secondo il livello assistenziale definito.

L'équipe di Alta complessità assistenziale, composta dall'Infermiere Case Manager ed il Pediatra di Comunità referente, effettua una prima valutazione clinica del paziente; quindi, provvede a sottoporre il caso all'Unità di Valutazione Pediatrica. Essa è costituita dai responsabili dei servizi sanitari e sociali afferenti a Pediatria di Comunità, Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica, Neuropsichiatria Infantile, Cure Primarie (fisiatra ed infermiere domiciliare), Servizi Sociali dell'Area Tutela delle Unioni dei Comuni Valle Savio e Rubicone.

L'Unità di Valutazione Pediatrica rappresenta il polo di valutazione e supervisione in merito ad appropriatezza, equità e sostenibilità degli interventi attivati a livello territoriale: si occupa di valutare le forme assistenziali che prevedono l'utilizzo di risorse economiche o altre forme di sostegno alla famiglia, valuta e definisce la complessità assistenziale dei casi proposti in base ai criteri "children with medical complexity" e l'eleggibilità dei pazienti alle Cure Palliative Pediatriche, discute e suggerisce strategie per la gestione dei pazienti già in carico.

L'Unità di Valutazione Pediatrica, riconosciuto il quadro di alta complessità assistenziale del bambino segnalato, attiva la costituzione dell'Equipe Curante Territoriale, un gruppo tecnico multi professionale

costituito dai professionisti di servizi sanitari e sociali, attivi nel territorio: Pediatra di Libera Scelta, Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Pediatra di Comunità, Assistente Sociale ed altri operatori che si occupano del bambino e della sua famiglia (Infermieri dell'assistenza domiciliare integrata e di comunità, Logopedista e Fisioterapista, Educatori, Operatori socio sanitari). L'Equipe Curante Territoriale si occupa della presa in carico del bambino e della sua famiglia a livello prossimale e si riunisce periodicamente per gli aggiornamenti clinici sul paziente, per l'inserimento nel sistema scolastico e ricreativo, per il supporto psicologico del bambino e dei familiari nei momenti di aggravamento della malattia o del carico assistenziale.

Metodo

Abbiamo valutato la presa in carico adeguata dei pazienti con malattia cronica ad alta complessità assistenziale attraverso due indicatori di processo: la percentuale di Piani Assistenziali Individualizzati sul numero di pazienti in carico e la percentuale di revisioni annuali effettuate.

Risultati

Il primo valore è risultato del 100% in quanto tutti i pazienti in carico all'Equipe di alta complessità assistenziale hanno un Piano Assistenziale Individualizzato redatto e condiviso con operatori e famiglia, quindi in linea con l'obiettivo stabilito per l'adeguatezza della presa in carico. La percentuale di revisione dei Piani Assistenziali Individualizzati è del 95%, quindi superiore al cut-off dell'80% che era stato prefissato e riferibile alla latenza necessaria per la rimodulazione del progetto annuale e la riconvocazione delle Equipe Curanti Territoriali.

Azienda USL della ROMAGNA

Corretta, sicura ed efficace gestione dei farmaci in Infusione Continue in Terapia Intensiva Neonatale

Referenti esperienza: Gina Ancora, Francesca Fabbri, Miria Natile, Spadazzi Massimiliano
[\(gina.ancora@auslromagna.it\)](mailto:gina.ancora@auslromagna.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza dei farmaci

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

In terapia intensiva neonatale esiste il rischio di errore terapeutico in quanto vengono utilizzati tanti farmaci e molto potenti, che vengono prodotti in concentrazioni adatte per la popolazione adulta; per tale ragione devono essere diluiti e somministrati a dosaggi specifici, nell'ordine dei microgrammi o addirittura dei nanogrammi (milionesimo di grammo).

La presenza in contemporanea di tanti neonati critici, in un ambiente ad elevato carico assistenziale, può favorire inoltre la mancata corrispondenza tra il giusto farmaco e il giusto neonato.

Per prevenire tutti i suddetti rischi è stato implementato un percorso di sicurezza che impiega calcoli informatizzati dei dosaggi dei farmaci, il controllo di due operatori durante la preparazione delle infusioni ed il controllo incrociato con sistema di barcode per verificare la corrispondenza tra il giusto farmaco, la giusta dose, il giusto neonato e la giusta via di infusione. Il costante sistema di monitoraggio, segnalazione e analisi degli errori consente di valutare l'efficacia di tale percorso.

Azienda USL della ROMAGNA

Pillole di sicurezza: Cittadini e professionisti uniti per promuovere la cultura della prevenzione.

Referenti esperienza: Annita Caminati (annita.caminati@auslromagna.it)

Strategie/obiettivi OMS: Sicurezza dei farmaci

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

Il progetto si pone l'obiettivo di promuovere la cultura della sicurezza nella popolazione attraverso la realizzazione di video pillole. Si tratta di brevi videoclip che attraverso una comunicazione semplice e facilmente comprensibile rendono i cittadini consapevoli che anche grazie a loro semplici gesti è possibile migliorare la loro sicurezza.

Per il 2025, si stanno realizzando le seguenti video pillole:

1. Utilizzo del Defibrillatore semi automatico (DAE). Il video è realizzato con il coinvolgimento di adolescenti e professionisti sanitari che attraverso un linguaggio semplice spiegano ai loro coetanei e ai cittadini in genere i passi che devono essere attuati per utilizzare il DAE in caso di necessità.
2. Uso degli antibiotici in età pediatrica.

Il video è realizzato con il coinvolgimento di genitori e professionisti che spiegano ai cittadini piccoli accorgimenti utili per un uso consapevole ed appropriato degli antibiotici.

Indicatori di risultato:

- ✓ Gradimento del video da parte della cittadinanza (valutazione a fine video);
- ✓ Diffusione e condivisione dei video online.

Azienda USL della ROMAGNA

Un progetto per informare sull'uso Sicuro dei Farmaci in Gravidanza e Allattamento.

Referenti esperienza: Fabio Pieraccini (fabio.pieraccini@auslromagna.it)

Strategie/obiettivi OM:S Sicurezza dei farmaci

Ambito

Ospedaliero

Territoriale

Ospedale-territorio

Abstract

È in corso di realizzazione un progetto informativo rivolto a cittadini e operatori sanitari per colmare il divario di conoscenze sull'uso dei farmaci in gravidanza e allattamento. Un'area dove la mancanza di dati specifici e la preoccupazione per la sicurezza possono portare a sospensioni inutili dell'allattamento o alla rinuncia alle cure necessarie per la madre.

L'obiettivo è fornire informazioni chiare e basate su evidenze scientifiche per supportare decisioni consapevoli e sicure.

Il progetto prevede diverse azioni. È stata implementata una sezione dedicata sull'Intranet aziendale, che raccoglie informazioni specifiche e aggiornate sull'argomento. Parallelamente, stiamo distribuendo opuscoli informativi che sottolineano l'importanza dell'allattamento al seno, l'importanza di non interrompere terapie essenziali, la necessità di informare sempre il medico sui farmaci assunti e l'importanza di prestare attenzione a farmaci e integratori in gravidanza, consultando sempre il medico o il ginecologo. Verranno inoltre organizzati corsi specifici per i farmacisti della distribuzione diretta, per approfondire le loro conoscenze in materia.

Si andrà a misurare l'impatto del progetto monitorando gli accessi alla sezione Intranet, la partecipazione ai corsi da parte degli operatori sanitari e, tramite questionari, l'aumento della consapevolezza dei cittadini sull'importanza di non interrompere l'allattamento senza una reale controindicazione e di informare sempre il medico sui farmaci assunti.

Verrà anche valutata l'incidenza di segnalazioni di reazioni avverse nei lattanti, incoraggiando gli operatori sanitari a utilizzare la Rete Nazionale di Farmacovigilanza per segnalare casi "madre/figlio".

.

RIFERIMENTI:

AGENAS

<https://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>

Centro Regionale Gestione Rischio Sanitario Emilia-Romagna

centrorischiosanitario@regione.emilia-romagna.it