

4^a Conferenza Nazionale GIMBE®

Dall'Evidence-based Practice
alla Clinical Governance

Bologna, 6 febbraio 2009

Abstract book

INDICE

In grassetto: abstract selezionati per la presentazione orale e relatore

1. **APPROPRIATEZZA E GESTIONE DEL RISCHIO NEI PAZIENTI CON INFEZIONI SEVERE: UN PROGETTO PROVINCIALE DI GOVERNO CLINICO**
Baricchi R, Marconi PM, Polese A, Codeluppi M, Gualtieri S, Benedetti R, Poli A, Nicolini F
2. **VALUTARE APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE PRESCRIZIONI DI FARMACI: LE CARTELLE INFORMATIZZATE DEI MEDICI DI FAMIGLIA SONO ADEGUATE?**
Camporese M, Frau S, Zimol R, Zermiani G, Font Pous M, Battistin S, Lombardo G, Del Zotti F, Conforti A, Nobili A
3. **L'AUDIT È EFFICACE NEL RIDURRE LA DEGENZA MEDIA IN MEDICINA INTERNA? IL PROGETTO DIMISSIONI LUNGHE (ProDiL)**
Casadei A, Carion E, Cristini M, Tschager S, Fanolla A, Floreani M
4. **ANATOMIA E FISILOGIA DELLE BIBLIOTECHE ITALIANE: QUALE RUOLO PER L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E LA PRATICA DELL'EBM?**
Cognetti G
5. **MEDICI E INFERMIERI LEGGONO LE RIVISTE SCIENTIFICHE? RISULTATI DI UNA INDAGINE CONOSCITIVA**
Conti AA, Conti A, Gensini GF
6. **UNA VALUTAZIONE STRUTTURATA DELLA TRADUZIONE E DELL'USO DI TERMINI INGLESI DA PARTE DEI MEDICI ITALIANI**
Conti AA, Conti A, Gensini GF
7. **LA VALUTAZIONE FISIOTERAPICA E LOGOPEDICA NEL PERCORSO DEL PAZIENTE CON STROKE DEFINIZIONE DI STRUMENTI DI VALUTAZIONE OMOGENEI NELL'AUSL DI BOLOGNA**
Dallari A, Paioli A
8. **CONSAPEVOLEZZA E ORIENTAMENTO ALL'INVESTIMENTO DEI PROGETTI FORMATIVI MEDIANTE QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DEL FABBISOGNO FORMATIVO**
De Amici D, Klersy C, Bosio M, Mancinelli I, Baccalini G
9. **EVIDENCE IN PRACTICE 2**
De Sarno C, Sturam S, Delle Case M, Gubiani N, Furlani C, Oreucua C
10. **FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO IN EBM: QUALE RUOLO PER I SOCIAL NETWORK IN UN'AZIENDA SANITARIA?**
Di Diodoro D
11. **CORE-CURRICULUM IN MEDICINA GENERALE NELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA: QUALE SPAZIO PER L'EBM?**
Donato G, Nati G, Mazzilli M
12. **QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2: MISURARE GLI INDICATORI CON Epi Info**
Falasca P, Di Tommaso F
13. **EFFICACIA DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA IN MEDICINA D'URGENZA: UNO STUDIO BEFORE-AFTER**
Iannone P
14. **STROKE E CHIRURGIA ORTOPEDICA: APPLICAZIONE DI UN MODELLO DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO NELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA**
Lamprecht G, Pesavento V, Mazzucchelli N, Stibil I, Sartorato P, Omati L, Zadini A
15. **RUOLO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE ALLA LUCE DELLA NORMATIVA CONTRATTUALE, NELL'ATTUAZIONE DI UNA CORRETTA GOVERNANCE**
Lucà F, Bellandi G, David V, Vimercati F, Bibbolino C
16. **GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO CON DANNO NEUROLOGICO**
Maggiore P

17. MODELLO DI VALUTAZIONE DELLA DIDATTICA (R.A.V.) E DELL'ORGANIZZAZIONE NEL C.D.L. IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA DELL'UNIVERSITÀ DI FERRARA
Magri C
18. ELABORAZIONE DI UN ALGORITMO PER STABILIZZAZIONE NEONATO CRITICO
Marchionni B, Carfagnini L, Carbini MA
19. **LE INFORMAZIONI CONTENUTE NELLA LETTERA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA MIGLIORANO LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA?**
Mittone E, Pozzetto M, Fiorio E, Ferraro L
20. SVILUPPO DELLA CLINICAL GOVERNANCE NEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE DELLA ASL CITTA' DI MILANO
Mollica R, Bruni L, Cozzolino E, Trombini M, Gatti RC
21. **REVISIONE TRA PARI DEGLI INDICATORI DI GOVERNO CLINICO PER VALUTARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E MIGLIORARE LA FORMAZIONE PROFESSIONALE**
Orlandini D, Nicolini F, Riccò D, Martini M
22. **PROFILASSI DELLA MALATTIA TROMBOEMBOLICA IN UN DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA: QUANDO L'INAPPROPRIATEZZA È IN DIFETTO**
Patti AL, Gasbarrone L, Alegiani M, Cinquini S, Lo Iacono C, Melilli S, Zimmatore EI, Berti F
23. PRODURRE LINEE GUIDA IN ASSENZA DI EVIDENZE: IL CASO DELLE LESIONI CUTANEE
Peghetti A, Pomponio G
24. PROGETTO GIUNONE: MIGLIORAMENTO ASSISTENZIALE MEDICO-INFERMIERISTICO IN STRUTTURA SEMPLICE ORGANIZZATIVA DI CHIRURGIA SENOLOGICA
Pellini F, Pollini GP, Biondani C, Biondani L, Mansueti N, Marchi MR
25. QUALITÀ DI VITA E SALUTE: LA PERCEZIONE DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTI CHIRURGICI E MEDICI
Re LG
26. REPORT ON EFFECT OF PARAMETERS OF WEIGHT AS PREDICTORS LOW BMD IN TOTAL HIP AND NECK
Salgarello M, Malfatti V, Lupi A, Orsolon P, Zanco P
27. LE BASI SCIENTIFICHE DELLA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE
Sestini P
28. **EBM PRE-CORE CURRICULUM NEGLI STUDENTI DI MEDICINA: CINQUE ANNI DI ESPERIENZA ALL'UNIVERSITÀ DI SIENA**
Sestini P
29. **TRATTAMENTO PRECOCE DEL DOLORE ACUTO IN PRONTO SOCCORSO: ANELLO DEBOLE DELL'OSPEDALE SENZA DOLORE**
Sofia S, Berti V, Marchesini N, Sbanò D, Marsigli L, Magelli A, Cazzoli A, Russo T, Neri B, Descovich C
30. **AUDIT E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI EXTRA-OSPEDALIERE**
Vidotto L, De Sarno C, Delle Case M, Fragalli A, Furlani C, Gallo T, Giacomelli A, Gubiani N, Milillo MG, Cinquemanni C, Sturam S
31. **APPROPRIATEZZA DEI FARMACI PER LA TERAPIA DELL'OSTEOPOROSI POST-MENOPAUSALE: I MEDICI SEGUONO LE LINEE GUIDA?**
Zini M

1. APPROPRIATEZZA E GESTIONE DEL RISCHIO NEI PAZIENTI CON INFEZIONI SEVERE: UN PROGETTO PROVINCIALE DI GOVERNO CLINICO

Baricchi R¹, Marconi PM², Polese A¹, Codeluppi M², Gualtieri S², Benedetti R², Poli A², Nicolini F²

¹AO Arcispedale S. Maria Nuova, ²Azienda USL di Reggio Emilia

BACKGROUND La sepsi rappresenta una condizione clinica relativamente frequente, di difficile gestione, associata a una mortalità molto elevata quando si accompagna a insufficienza d'organo (sepsi grave, 20-50%) o a uno stato shock (shock settico, 40-70%). Adottando tempestivamente strategie di provata efficacia è possibile ridurre in modo significativo la mortalità ad essa associata. E' tuttavia complesso promuovere il trasferimento nella pratica degli interventi efficaci a ridurre l'impatto sulla mortalità. Noi riteniamo che proposte "bottom-up" possono essere efficaci nell'implementazione di percorsi assistenziali locali. Il progetto si articola in tre aspetti fondamentali: 1-un percorso formativo; 2-un percorso che potenzia le attività di diagnostica microbiologica e di diffusione dei dati epidemiologici; 3-un percorso di audit strutturato su una attività che è frequentemente fonte di infezioni nosocomiali. Dallo sviluppo di questi 3 aspetti si definirà un percorso assistenziale dedicato all'Ospedale di C. Monti che può essere adattato anche in altre realtà dell'Azienda AUSL.

OBIETTIVI Gli interventi che il progetto si propone di trasferire nella pratica clinica dell'Ospedale di C. Monti sono in particolare: il riconoscimento tempestivo; la diagnosi microbiologica; l'inizio tempestivo della terapia antibiotica; l'attuazione di una rianimazione precoce. Questi interventi si applicano a tutti i pazienti con sepsi, ovunque ricoverati.

Gli obiettivi vengono perseguiti con l'organizzazione di 3 attività: 1-una attività formativa; 2-un audit strutturato su una attività che è frequentemente fonte di infezioni nosocomiali; 3-una attività di potenziamento della diagnostica microbiologica e della diffusione dei dati epidemiologici.

METODI Il progetto si propone di produrre 1 percorso assistenziale ospedaliero locale. Partendo dai contenuti del corso Regionale "LASER" (Lotta Alla Sepsis in Emilia Romagna) abbiamo strutturato una attività formativa per il personale sanitario dell'Ospedale di C. Monti in 3 edizioni consecutive. Ogni edizione ha la durata di 12 ore comprensive sia di lezioni frontali (8 h.) che di lavoro d'aula (4 h.). In ogni edizione l'aula degli studenti è stata divisa in due gruppi utilizzando il criterio di multidisciplinarietà e multiprofessionalità. Gli operatori sanitari che frequenteranno le tre edizioni del corso (l'ultima è prevista in marzo 09) produrranno complessivamente 3 proposte (una per ogni edizione). Queste proposte saranno valutate dai Proponenti e Responsabili del progetto, dai 2 Direttori di Dipartimento dell'Ospedale di C. Monti, dal Coordinatore Infermieristico, e dal Referente dell'Area Efficacia e Sicurezza della Azienda. Contestualmente alla attività formativa è stata presentata nel giugno del 2008, in una riunione formale in Direzione Sanitaria il progetto di potenziamento delle attività di microbiologia volte al controllo delle infezioni gravi. La proposta era corredata da una prima raccolta di dati riguardante la mappatura microbiologica dei reparti dell'Ospedale di C. Monti. In seguito poi, sono stati estrapolati dati relativi al consumo di antibiotici da parte dei reparti di degenza. Per rendere operativo il progetto è stato creato un concreto sinergismo tra la Direzione Sanitaria, la U.O. di Medicina di Laboratorio e Trasfusionale di C. Monti e il Servizio Farmaceutico di Presidio in quali hanno individuato alcuni professionisti che, in incontri periodici, hanno raccolto ed elaborato i dati di cui sopra. Riguardo la attività di Audit sul posizionamenti del CV (catetere vescicale) nei reparti di Medicina e Lungodegenza abbiamo formato un gruppo di lavoro multidisciplinare/professionale/interaziendale e organizzato riunioni in presenza ottenendo l'Approvazione del percorso da parte della Direzione del Dipartimento Internistico.

RISULTATI Ad oggi si è tenuta la prima edizione del percorso formativo. Hanno partecipato 70 persone. I partecipanti hanno gradito l'evento attribuendogli un punteggio medio di 5,3 (5= buono, 6= molto buono). I partecipanti hanno prodotto 2 proposte operative richieste al vaglio dei promotori del progetto. Per il potenziamento delle attività di microbiologia i risultati fino ad ora ottenuti sono: approvazione del progetto da parte della Direzione Sanitaria; formazione del gruppo di lavoro; condivisione di metodi e risorse di lavoro; presentazione in 6/08 di analisi del periodo retrospettivo del progetto.

Per il gruppo che si occupa dell'audit sul CV: è stato identificato il tempigramma del processo di audit; è stato identificato il gruppo di lavoro; sono state estratte e valutate le cartelle cliniche del periodo retrospettivo; è stato condiviso e redatto un questionario di valutazione delle conoscenze inerenti la buona pratica assistenziale.

CONCLUSIONI Riteniamo che una modalità di produzione di proposte da parte degli operatori sanitari di tipo "bottom-up" possa risultare efficace nella promozione di un progetto assistenziale per la lotta alla sepsi nel contesto preso in esame. Sappiamo dalla letteratura che le IVU rappresentano circa l'80% delle infezioni ospedaliere; è noto anche che la cateterizzazione vescicale è una procedura ampiamente usata nei reparti di medicina e lungodegenza e che è responsabile di un incremento delle IVU. Riteniamo che percorsi di audit possano migliorare la pratica assistenziale degli operatori. Possiamo ritenere anche di attenderci una riduzione significativa delle IVU catetere correlate. Un secondo strumento essenziale per potere strutturare un percorso assistenziale di lotta alla sepsi, sepsi severa e shock settico in Ospedale è l'approfondimento delle conoscenze sia nell'ambito dell'epidemiologia microbiologica che della valutazione di una appropriata richiesta ed utilizzo degli antibiotici in ambito ospedaliero. Questo percorso, non diffuso in molte realtà anche di eccellenza, è partito nella nostra realtà da 6 mesi. Eseguiremo il 1° audit sugli indicatori condivisi in 5/09.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Baricchi Roberto	Istituzione	AO Arcispedale S. Maria Nuova
Telefono	0522 617113	Indirizzo	Viale Risorgimento, 80
Fax	0522 617192	CAP	42100
E-mail	baricchi.roberto@asmn.re.it	Città	Reggio nell'Emilia

2. VALUTARE APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE PRESCRIZIONI DI FARMACI: LE CARTELLE INFORMATIZZATE DEI MEDICI DI FAMIGLIA SONO ADEGUATE?

Camporese M¹, Frau S¹, Zimol R¹, Zermiani G¹, Font Pous M¹, Battistin S¹, Lombardo G², Del Zotti F², Conforti A³, Nobili A⁴

¹Dialogo sui Farmaci srl, ²Azienda ULSS 20 di Verona, ³Università di Verona, ⁴Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

BACKGROUND In Italia sono utilizzati molti softwares di prescrizione per il MMG sono utilizzati in Italia. La qualità dei contenuti riguardanti i farmaci e delle applicazioni informatiche per migliorare la prescrizione a supporto del MMG, non sono conosciuti. DsF, in collaborazione con alcuni MMG ed esperti di farmacologia e farmacovigilanza ha iniziato un progetto di valutazione della qualità dei contenuti terapeutici dei software più utilizzati dai MMG al fine di proporre delle raccomandazione per migliorarne la qualità. La valutazione di questi contenuti è stata effettuata mediante l'utilizzo di 10 ITEMS.

OBIETTIVI Valutare i contenuti farmacologici di 7 dei software per MMG più usati in Italia.

METODI Sette dei software per MMG più usati in Italia (range di utenti 1.000-11.000). Griglia di valutazione attraverso 10 ITEMS. Lista di farmaci rappresentativi per ogni ITEM da valutare.

RISULTATI Scheda tecnica (RCP): Nessuno dei software fornisce un RCP completo per tutti i farmaci considerati. Nella maggior parte dei casi vengo forniti riassunti di bassa qualità degli RCP con informazioni parziali o incomplete ed una formattazione di testo poco chiara, in particolare le informazioni cliniche più importanti (posologia, controindicazioni interazioni ed effetti avversi). Altre fonti di informazione diverse dall'RCP (per il MMG): Ulteriori informazioni differenti dall'RCP sono state trovate in 3 dei 7 softwares ma nella maggior parte dei casi erano solo una selezione parziale delle sezioni dell'RCP. Nessuna fonte di informazione indipendente è stata trovata. Informazioni al paziente: Nessuna informazione per il paziente, foglietto illustrativo o altro documento, relativa ad uno specifico farmaco è stata trovata. Interazioni: 6 softwares su 7 contengono informazioni in merito alle interazioni tra 2 farmaci, ma solo uno fornisce la gravità dell'interazione, la documentazione scientifica e alcuni suggerimenti clinici per il MMG per gestire gli eventuali rischi. Nota informativa importante (DDL): Nessun riferimento a DDL o altri documenti di allerta di sicurezza è stato trovato. Farmaci equivalenti: Nessun software fornisce la lista completa dei farmaci equivalenti come riportato dalla lista AIFA. Prescrizione per principio attivo (DCI): La prescrizione per DCI è possibile per 5 dei 7 softwares valutati. Reminder e follow up: Per i farmaci per i quali sono previsti alcuni tipi di monitoraggio clinico (INR, conc. plasmatica del farmaco, enzimi epatici) solo un software fornisce uno strumento di reminder. Nota AIFA e PT-PHT: Solo un software riporta questo ITEM completamente. Carte del rischio CV: In 6 dei 7 softwares valutati è possibile calcolare il punteggio individuale del rischio CV ma in un solo software le carte del rischio CV sono attive al momento della prescrizione dei farmaci in Nota 13.

CONCLUSIONI La qualità delle informazioni terapeutiche contenute nei software è bassa. L'RCP è l'unico documento legale disponibile per il MMG e nessuno dei software ne fornisce una versione completa ed aggiornata. E' necessario che l'AIFA renda disponibile una banca dati con tutti gli RCP dei farmaci in commercio. Tutte le informazioni farmacologiche (interazioni, effetti collaterali, controindicazioni) e di costo dovrebbero essere disponibili al momento della prescrizione, per renderla più appropriata, ed avere una gestione del paziente più sicura. I software italiani necessitano notevoli miglioramenti nei contenuti farmacologici ed una analisi analoga dovrebbe essere intrapresa anche a livello europeo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Camporese Marco	Istituzione	Dialogo sui Farmaci srl
Telefono	045 8076076	Indirizzo	Via Salvo d'Acquisto, 7
Fax	045 8011693	CAP	37122
E-mail	mcamporese@ulss20.verona.it	Città	Verona

3. L'AUDIT È EFFICACE NEL RIDURRE LA DEGENZA MEDIA IN MEDICINA INTERNA? IL PROGETTO DIMISSIONI LUNGHE (ProDiL)

Casadei A¹, Carion E¹, Cristini M¹, Tschager S¹, Fanolla A³, Floreani M²

¹Ospedale Centrale di Bolzano - Divisione Medicina Interna I, ²Ospedale Centrale di Bolzano - Laboratorio di Biochimica Clinica, ³Osservatorio Epidemiologico Provincia Autonoma di Bolzano

BACKGROUND Le giornate di degenza media dei pazienti ricoverati in una Divisione di Medicina Interna ospedaliera, rappresentano un aspetto di fondamentale importanza dell'attività di un reparto internistico, in modo particolare, ma non solo, per le ricadute economiche che il prolungamento delle degenze comporta. La riduzione delle degenze medie è diventata da qualche anno un obiettivo prioritario del nostro reparto ed obiettivo di contrattazione di budget. Per tali motivi abbiamo sentito l'esigenza di sviluppare un progetto, definito "Pro DiL", Progetto Dimissioni Lunghe, che ha compreso l'analisi dei ricoveri ordinari per acuti nella nostra Divisione, il confronto della durata delle degenze con le degenze standard di ricovero nazionale, l'identificazione delle eventuali aree di criticità, l'implementazione di alcuni cambiamenti clinico-assistenziali ed infine la verifica dei risultati ottenuti.

OBIETTIVI L'obiettivo del nostro progetto è stato quello di ridurre le giornate di degenza media di quei pazienti, ricoverati presso la Divisione di Medicina Interna Prima dell'Ospedale Regionale di Bolzano, che presentavano degenze superiori rispetto alle medie nazionali (SDO, schede di dimissione ospedaliera relative ai ricoveri ordinari per acuti, Ministero della Salute, anno 2004), senza peraltro aumentare il numero di rientri ospedalieri.

METODI Quattro medici, con l'ausilio di una scheda cartacea dedicata e successivamente trasferita in un database centrale, hanno raccolto i dati relativi ai ricoveri complessivi della Divisione nel periodo 1° gennaio 2006 - 31 dicembre 2006. I dati dei pazienti hanno riguardato: sesso, età, data entrata e data dimissione, diagnosi principale d'ingresso, diagnosi secondarie, diagnosi più frequenti per fasce d'età, media dei ricoveri giornalieri e media dei ricoveri mensili, diagnosi principale al giorno 9 e causa principale di degenza al giorno 9 (considerando 8 giorni la degenza media nei reparti di Medicina Interna, dati nazionali sulle SDO relativi ai ricoveri ordinari per acuti, Ministero della Salute, anno 2004), trasferimenti in ed out, diagnosi di dimissione, modalità di dimissione, rientri, ricoveri oltre il 14° giorno di degenza.

RISULTATI I pazienti ricoverati nel periodo di studio sono stati 2148 di cui 1085 femmine (F) e 1063 maschi (M), con età media rispettivamente di 71,8 anni per le F e 67,9 anni per i M; 693 (32%) i pazienti con ricoveri \geq a 9 giorni, di cui 353 F e 340 maschi (M). La diagnosi principale al 9° giorno per le F riguardava diagnosi da noi definite "Altre" (sincope, dolore toracico, vertigini) mentre per i M al primo posto erano le diagnosi "Cardiologiche" (aritmie, angina pectoris, insufficienza cardiaca); il numero di diagnosi secondarie più frequente è stato di 3 per le F e 2 per i M. Le cause principali di prolungamento delle degenze sono risultate rispettivamente la presenza di complicanze cliniche (212 paz.), problematiche correlate alle terapie (165 paz.), tempi di attesa degli accertamenti diagnostici (127 paz.). Gli interventi di implementazione clinico-assistenziali messi in atto nel corso dell'anno 2007, sulla base delle aree di criticità individuate, hanno riguardato procedure diagnostico-terapeutiche relative alle malattie cardiologiche ed alle malattie neurovascolari di più frequente ricovero, la profilassi del tromboembolismo venoso con particolare riguardo ai pazienti anziani ed ai pazienti allettati, la programmazione di posti riservati per alcuni esami diagnostici (Tomografia Assiale Computerizzata, Risonanza Magnetica, Ecocardiogramma, Holter cardiologico, Holter pressorio, Eco-color Doppler dei vasi epiaortici). Abbiamo inoltre predisposto una scheda per una migliore selezione dei pazienti "critici" da ricoverare in letti dedicati utilizzando il MEW score (Modified Early Warning score) ed il Charlson Comorbidity Index, abbiamo infine stabilito incontri regolari settimanali con le Assistenti Sociali per una migliore programmazione dei trasferimenti dei pazienti nelle Cliniche per post-acuti. La verifica dei risultati ottenuti evidenzia che la degenza media complessiva si è ridotta da 7,9 giorni del 2006 a 7,6 giorni del 2007, il numero dei pazienti ricoverati oltre il 14° giorno è stato di 299 nel 2006 (13,9% sul totale dei ricoverati), 291 nel 2007 (12,7% sul totale dei ricoverati), il numero dei rientri è passato dai 203 pazienti del 2006 (9,4% sul totale dei ricoverati) a 209 pazienti nel 2007 (9,0% sul totale dei ricoverati).

CONCLUSIONI I risultati del nostro studio ci hanno permesso di meglio definire la tipologia dei pazienti ricoverati presso la nostra Divisione, con particolare riferimento ai pazienti con degenze superiori alle degenze standard; è stato inoltre possibile individuare quelle aree di criticità che necessitavano di cambiamento. I dati relativi all'anno 2007 devono comunque essere considerati preliminari in quanto nello stesso anno è avvenuta l'implementazione dei cambiamenti la cui verifica di efficacia è stata estesa anche all'anno 2008.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Casadei Alder	Istituzione	Azienda Sanitaria di Bolzano
Telefono	0471 908553	Indirizzo	Via L. Böhler, 5
Fax	0471 908854	CAP	39100
E-mail	alder.casadei@asbz.it	Città	Bolzano

4. ANATOMIA E FISILOGIA DELLE BIBLIOTECHE ITALIANE: QUALE RUOLO PER L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E LA PRATICA DELL'EBM?

Cognetti G

Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori - Biblioteca Scientifica; Presidente Associazione Bibliotecari Documentalisti Sanità

BACKGROUND Studi internazionali attestano il ruolo delle biblioteche scientifiche quali strutture indispensabili per ottenere informazioni di qualità e basate sulle evidenze scientifiche. Lo studio Rochester, condotto nel 2000 su un campione di 448 medici ha dimostrato, fra l'altro, che l'uso delle informazioni reperite tramite la biblioteca aveva ridotto la mortalità nel 19% dei casi, determinato cambiamenti di diagnosi nel 29%, condizionato la scelta delle terapie nel 45%, ridotto la lunghezza della degenza ospedaliera nel 19% (Marshall JG, The impact of the hospital library on clinical decision making: the Rochester Study, Bull Med Libr Assoc 1992; 80(2):169-178). Il direttore della National Library for Health inglese, JA Muir Gray sostiene che ci troviamo di fronte ad una sorta di "paradosso informativo", bombardati dall'informazione non siamo più in grado di governarla. In questo contesto diviene strategico disporre di strutture che orientino verso le informazioni di qualità e che queste siano veicolate con riferimento alle necessità informative ed alle capacità di lettura di chi le richiede. Emerge importante il ruolo delle biblioteche/centri di conoscenza e dei bibliotecari, professionisti in grado di garantire la diffusione delle informazioni di qualità in ambito sanitario. I bibliotecari dovrebbero far parte integrante delle équipes cliniche e di ricerca in quanto solo essi possono assumere la responsabilità professionale di una corretta ed esauriente ricerca dell'informazione che è alla base di uno buono studio EBM.

OBIETTIVI Per verificare la situazione delle strutture informative (biblioteche e centri di documentazione) del SSN in Italia, nel 2000, è stato effettuato un censimento dall'Associazione BDS da cui è risultato che nelle circa 250 strutture operanti nel SSN non era presente personale professionale se non in ragione di circa solo l'8% su 500 unità di addetti. I dati recenti elaborati dal censimento del 2008 condotto dalla rete degli Istituti di ricerca del SSN, Bibliosan, confermano la situazione già rilevata nel 2000. Quindi le strutture bibliotecarie sono in numero insufficiente e spesso prive di personale professionale in un settore strategico e delicato quale quello dell'informazione sanitaria.

METODI Nelle strutture in cui sono presenti i bibliotecari professionali, questi sono in realtà fortemente impegnati nella formazione del personale sanitario ed oggi anche dei pazienti. La biblioteca dell'Istituto Regina Elena, infatti, gestisce anche una Biblioteca del Paziente che orienta gli stessi all'acquisizione di informazioni mirate e di qualità, basate sulle evidenze scientifiche e organizza corsi di formazione anche per i pazienti. Nell'ambito del progetto SICOP (Sistema Informativo per la Comunicazione Oncologica al Paziente, che collabora con l'altro progetto nazionale SIRIO (Servizio Individualizzato di Richiesta di Informazione in Oncologia) si è prodotto un opuscolo dal titolo "Quando un sito è ok", una guida alle risorse informative sulla salute per i cittadini.

RISULTATI Le biblioteche scientifiche del SSN, come risulta anche dai dati elaborati da Bibliosan, sono fornitrici di corsi sulle modalità di recupero dell'informazione. Nei corsi accreditati, tenuti presso la Biblioteca dell'Istituto Regina Elena, dotata di una moderna sala multimediale con 15 postazioni, si è spesso verificata, attraverso domande rivolte ai corsisti, la mancanza di conoscenze da parte degli operatori sanitari e anche dei ricercatori sulle metodologie della ricerca informativa e sulle cognizioni di base relative alla Medicina Basata sulle Evidenze.

CONCLUSIONI E' quindi fondamentale che vengano inserite nei curricula formativi degli operatori sanitari le conoscenze relative ai metodi di ricerca dell'informazione di qualità e sull'utilizzo delle biblioteche scientifiche quale presupposto fondamentale per poter ricevere un aggiornamento in tempo reale sulle specifiche problematiche cliniche e di ricerca. La metodologia EBM è, infatti, fortemente collegata alla possibilità di disporre delle essenziali risorse informative ed alla capacità professionale di recupero dell'informazione necessaria per un corretto espletamento delle ricerche. E' perciò auspicabile lo sviluppo in Italia di una rete di biblioteche biomediche operanti con personale professionale per garantire un efficace orientamento ed utilizzo delle informazioni di qualità e l'accesso alle risorse disponibili solo a pagamento, il cui costo e la cui organizzazione non possono far capo ai singoli. Tali strutture sono essenziali anche per garantire ricerche EBM di qualità finalizzate alla produzione di rassegne sistematiche e di linee guida non improvvisate. Poiché le informazioni acquisite tramite i convegni e le attività di formazione tradizionali divengono rapidamente obsolete, è necessario insegnare l'uso degli strumenti informativi e delle biblioteche ad operatori e cittadini.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Cognetti Gaetana	Istituzione	Istituto Regina Elena
Telefono	06 52666233	Indirizzo	Via E. Chianesi, 53
Fax	06 52665639	CAP	00091
Città	Roma	E-mail	cognetti.bib@ifo.it

5. MEDICI E INFERMIERI LEGGONO LE RIVISTE SCIENTIFICHE? RISULTATI DI UNA INDAGINE CONOSCITIVA

Conti AA^{1,2,3}, Conti A^{3,4}, Gensini GF^{1,2,3}

¹Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica - Università degli Studi di Firenze, ²Fondazione Don Carlo Gnocchi IRCCS - Firenze, ³Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove - Firenze, ⁴Dipartimento di Fisiopatologia Clinica - Università degli Studi di Firenze

BACKGROUND Studi condotti negli Stati Uniti ed in Gran Bretagna testimoniano che il tempo dedicato settimanalmente dagli operatori sanitari alla lettura della letteratura di settore è limitato e può essere incrementato. Con particolare riferimento ai medici David Sackett ha documentato che i medici specializzandi (da lui valutati) dedicavano da 0 a 30 minuti (intervallo della mediana) alla settimana alla lettura delle riviste specialistiche, mentre gli assistenti riservavano a tale attività da 10 a 90 minuti (intervallo della mediana). Ancora relativamente scarse sono le informazioni strutturate relative alla realtà sanitaria italiana.

OBIETTIVI Questa indagine ha esplorato tempi, modalità e fonti della lettura della letteratura specialistica in un campione di medici e di infermieri già attivi nel mondo del lavoro italiano.

METODI Un questionario a scelta multipla scritto a 10 item è stato somministrato a 75 operatori sanitari, e precisamente 21 medici (11 maschi, 10 femmine; età media 38,6+9,4 anni, range di età: 28-56 anni) e 54 infermieri (18 maschi, 36 femmine; età media 42,7+7,9 anni, range di età: 23-58 anni). I partecipanti all'indagine avevano l'opportunità, senza limiti di tempo, di fornire commenti scritti e/o orali agli sperimentatori.

RISULTATI Il tempo dedicato mediamente nell'arco di una settimana lavorativa standard alla lettura della letteratura sanitaria è risultato di circa 131' per i medici e di circa 84' per gli infermieri. Le fonti di informazione professionale più frequentemente consultate sono risultate le riviste specialistiche in inglese per i medici (67%) e le riviste specialistiche in italiano per gli infermieri (44%), preferenzialmente in formato elettronico on-line per entrambi i gruppi di operatori sanitari (medici 81%, infermieri 54%). Relativamente alla richiesta di esplicitare in che percentuale di articoli letti gli operatori sanitari partecipanti leggevano soltanto il riassunto è emerso che ciò si verificava nel 20% degli articoli letti dai medici e nel 15% degli articoli letti dagli infermieri. L'utilità attribuita alla letteratura sanitaria reperita è stata definita come molto utile dal 65% dei medici (dato prevalente) e come abbastanza utile dal 60% degli infermieri (dato prevalente).

CONCLUSIONI Pur nei termini di un campione limitato di medici ed infermieri coinvolti, i risultati di questo studio indicano che la lettura delle riviste specialistiche risulta un elemento fondamentale per l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari. L'accesso a queste fonti di informazione avviene preferenzialmente attraverso Internet e la maggioranza dei professionisti della salute partecipanti a questa indagine percepiscono come utile la letteratura sanitaria reperita. L'incremento dei tempi di lettura personale della letteratura specialistica costituisce un obiettivo di rilievo per molti degli operatori sanitari partecipanti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Conti Andrea Alberto	Istituzione	Università di Firenze
Telefono	055 7949357	Indirizzo	Viale Morgagni, 85
Fax	055 4378638	CAP	50134
E-mail	aa.conti@dac.unifi.it	Città	Firenze

6. UNA VALUTAZIONE STRUTTURATA DELLA TRADUZIONE E DELL'USO DI TERMINI INGLESI DA PARTE DEI MEDICI ITALIANI

Conti AA^{1,2,3}, Conti A^{3,4}, Gensini GF^{1,2,3}

¹Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica - Università degli Studi di Firenze, ²Fondazione Don Carlo Gnocchi IRCCS - Firenze, ³Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove - Firenze, ⁴Dipartimento di Fisiopatologia Clinica - Università degli Studi di Firenze

BACKGROUND La valutazione del linguaggio medico specialistico sta acquisendo una importanza crescente, ed il linguaggio medico italiano risulta sempre più ricco di vocaboli inglesi.

OBIETTIVI L'indagine in oggetto ha analizzato la traduzione e l'uso di termini inglesi selezionati in un campione di medici italiani.

METODI Sono stati arruolati 25 medici (10 maschi, 15 femmine; età media 40,1 anni, DS 7,4 anni, limite inferiore del range 30 anni, limite superiore 56 anni) e sono stati selezionati quattordici termini inglesi direttamente connessi con il mondo sanitario o che avessero attinenza con esso (bias; clearance; compliance; flow chart; goal; hazard; likelihood; odds ratio; outcome; release; target; test; trial; uptake). Attraverso una scheda cartacea i termini sono stati somministrati ai medici, per valutare in modo strutturato il grado di conoscenza e la traduzione in italiano dei termini inglesi proposti. L'indagine prevedeva la possibilità di segnalare fino a due proposte traduttive per il singolo termine inglese, compresa l'eventuale non traduzione in italiano. La scheda cartacea utilizzata consentiva anche la possibilità di segnalare la mancata conoscenza del termine inglese in esame.

RISULTATI I termini inglesi meno noti a questo campione di medici sono risultati i seguenti: hazard, likelihood, release, uptake. I termini inglesi più frequentemente non tradotti e pertanto usati in lingua originale sono stati i seguenti: bias (6 occorrenze), clearance (5), compliance (5), odds ratio (8), test (8), trial (5). Le traduzioni italiane più frequenti per i termini inglesi selezionati sono risultate le seguenti: bias – errore (12 occorrenze); clearance – depurazione (5); compliance – aderenza (5); flow chart – diagramma di flusso (14); goal – obiettivo (16); hazard – rischio (14); likelihood – probabilità (11); odds ratio - rapporto degli odds (8); outcome – risultato (9); release – rilascio (15); target – bersaglio (7); test – prova (8); trial – studio (8); uptake – captazione (7).

CONCLUSIONI I medici coinvolti nell'indagine hanno complessivamente dimostrato una buona conoscenza ed un corretto uso dei termini inglesi esplorati; i vocaboli inglesi meno noti sono relativi ai campi della statistica/epidemiologia e della fisiologia. L'indagine permette di riscontrare un deciso sforzo comunicativo da parte dei medici, sforzo che indica la loro percezione della esigenza di farsi capire non soltanto dai colleghi medici e dagli altri operatori sanitari, ma anche e soprattutto dagli utenti/pazienti. Questa valutazione strutturata della traduzione e dell'uso di vocaboli inglesi selezionati in un gruppo di medici italiani mette a disposizione un osservatorio sul "mondo reale" sanitario italiano.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Conti Andrea Alberto	Istituzione	Università di Firenze
Telefono	055 7949357	Indirizzo	Viale Morgagni, 85
Fax	055 4378638	CAP	50134
E-mail	aa.conti@dac.unifi.it	Città	Firenze

7. LA VALUTAZIONE FISIOTERAPICA E LOGOPEDICA NEL PERCORSO DEL PAZIENTE CON STROKE DEFINIZIONE DI STRUMENTI DI VALUTAZIONE OMOGENEI NELL'AUSL DI BOLOGNA

Dallari A, Paioli A

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND L'intervento dei professionisti della riabilitazione (fisioterapisti e logopedisti) nel percorso del paziente con stroke si sta sempre più orientando a condotte condivise e basate su prove di efficacia nel costante riferimento al progetto riabilitativo elaborato in team. Per pianificare un'appropriate assistenza riabilitativa diventa quindi centrale l'individuazione di outcome e la definizione di strumenti di misura come indicatori. La costituzione della nuova AUSL di Bologna ha richiesto un'analisi dell'offerta sanitaria per garantire omogeneità di risposta per tutti i cittadini; il gruppo professionale ha voluto dare un contributo all'implementazione del modello organizzativo "percorso stroke" che vede in via di applicazione azioni professionali e organizzative significative. L'analisi degli interventi messi in atto dai fisioterapisti e logopedisti nel percorso stroke ha evidenziato una mancanza di standardizzazione nella definizione e misurazione degli interventi e in generale una disomogeneità nell'offerta dei servizi.

OBIETTIVI 1. Definizione di un set di strumenti di valutazione per il paziente adulto con stroke, nelle varie fasi di intervento; 2. La creazione attraverso esperienze di "working together/reflecting alone" di un comune pensiero inerente l'area di ragionamento clinico.

METODI È stato usato un approccio di tipo "bottom-up", basato sull'esperienza e sulle opinioni dei professionisti che operano nei setting clinici unite all'evidenza scientifica là dove questa è disponibile. Al progetto hanno partecipato 35 professionisti dell'AUSL di Bologna, 27 fisioterapisti e 8 logopedisti, suddivisi in 5 sottogruppi, dei quali 4 (valutazione fisioterapica fase acuta e riabilitazione intensiva, valutazione disfagia fase acuta, valutazione fisioterapica fase post-acuta ambulatoriale, valutazione fisioterapica fase degli esiti) omogenei per tipo di intervento e fase del percorso di cura, 1 (valutazione deficit cognitivi), per tipo di intervento. Tutti i sottogruppi hanno condiviso l'utilizzo dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) come modello di riferimento per classificare gli strumenti di misura selezionati e le Linee Guida SPREAD 2007 come documento base da analizzare per le evidenze scientifiche. Il lavoro dei gruppi è iniziato ad aprile 2008 ed è terminato ad ottobre 2008. Un questionario di gradimento, con item su una scala Likert a 5 punti, è stato somministrato ai 35 professionisti per valutare il grado di adesione alla metodologia proposta. Al termine del progetto c'è stato un momento di restituzione del lavoro fatto dai sottogruppi ai colleghi dell'AUSL di Bologna coinvolti nel percorso di cura del paziente adulto con stroke.

RISULTATI Ogni gruppo ha individuato un set di strumenti di valutazione, differenziati sul tipo di intervento e sugli obiettivi specifici della fase del percorso di cura, definiti in riferimento alle LG SPREAD. In base alla classificazione ICF, sono stati selezionati strumenti di misura a livello di "funzioni e strutture corporee" e a livello di "attività", non è stato selezionato nessuno strumento a livello di "partecipazione". La maggior parte degli strumenti a livello di "funzioni e strutture corporee" riguardano la fase acuta e di riabilitazione intensiva oltre alla valutazione dei deficit cognitivi, mentre gli strumenti a livello di "attività" riguardano la fase post-acuta ambulatoriale e degli esiti. Alcune scale di misura sono state selezionate da più sottogruppi e rappresentano un elemento di continuità nel percorso di cura. Per la valutazione della disabilità sono stati selezionati 2 strumenti, Barthel Index e FIM, citati anche nelle SPREAD, lasciando ai singoli setting la scelta in base alle precedenti consuetudini d'uso. I gruppi, al termine dei lavori, hanno sintetizzato e condiviso alcuni criteri per la scelta degli strumenti di misura, frutto delle riflessioni nate durante lo svolgimento del progetto: 1) definizione del livello dello strumento in riferimento al modello ICF; 2) individuazione dello scopo della valutazione; 3) valutazione delle caratteristiche psicometriche dello strumento in relazione allo scopo della valutazione, alla fase di recupero e alla severità del deficit clinico. Il grado di adesione al progetto è stato buono. Al questionario di gradimento hanno risposto 28 partecipanti su 35, tra questi l'85% ha ritenuto rilevante/molto rilevante i contenuti proposti e l'85% ne ha sottolineato l'efficacia per l'agire professionale.

CONCLUSIONI Nell'ambito del gruppo professionale di area riabilitativa dell'AUSL di Bologna questo lavoro può essere considerato una prima definizione di buona pratica clinica ponendo di fatto le basi per una valutazione dell'efficacia dell'intervento basata su outcome e strumenti di misura condivisi. I risultati ottenuti e il gradimento del progetto hanno evidenziato la correttezza della scelta metodologica basata sul confronto con la letteratura e sul confronto della pratica clinica. Il gruppo si propone la sperimentazione del set di strumenti di valutazione per fase del percorso, il loro utilizzo sistematico e l'avvio di un audit sulla base dei dati raccolti. Questo lavoro ha inoltre avviato un ragionamento critico in relazione agli obiettivi degli interventi riabilitativi nelle diverse fasi del percorso; questo tema va sviluppato in progetti futuri.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dallari Antonella	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6584873	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax	051 6584834	CAP	40124
E-mail	antonella.dallari@ausl.bologna.it	Città	Bologna

8. CONSAPEVOLEZZA E ORIENTAMENTO ALL'INVESTIMENTO DEI PROGETTI FORMATIVI MEDIANTE QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DEL FABBISOGNO FORMATIVO.

De Amici D, Klersy C, Bosio M, Mancinelli I, Baccalini G

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo - Pavia

BACKGROUND Un'attenta analisi del fabbisogno formativo del personale rappresenta la condizione necessaria per l'individuazione delle principali aree di miglioramento all'interno di un Ente. Identificare i "reali" gap da colmare rappresenta una sfida importante, in quanto lo stakeholder interno non sempre è consapevole del proprio fabbisogno formativo.

OBIETTIVI Scopo dello studio è la costruzione e validazione di un nuovo modello di valutazione del fabbisogno formativo attraverso un questionario somministrato alle varie strutture della Fondazione, con l'obiettivo di identificare la consapevolezza del fabbisogno dal parte del Personale ("sapere individuare in modo appropriato il fabbisogno formativo") e definire priorità di investimento da parte della Fondazione al fine di migliorare le prestazioni rese all'utenza e nel contempo di evitare spreco di risorse. Questo progetto si inserisce nel piano di lavoro di una Ricerca Corrente Ministeriale.

METODI Lo strumento di rilevazione proposto consiste nella valutazione da parte dell'utenza di 26 obiettivi, elaborati tenendo conto delle linee programmatiche nazionali e regionali e degli obiettivi generali strategici definiti dalla Direzione della Fondazione, in termini di: (1) rilevanza (importanza in riferimento al contesto attuale), (2) priorità (che ha diritto di precedenza rispetto ad altri), (3) conoscenza (complesso di nozioni in rapporto a quel determinato obiettivo). Per ogni obiettivo, è stata utilizzata una scala di Likert modificata (range 1-4). Il questionario è stato inviato ad ognuna delle 71 Strutture Complesse ed è stata richiesta la compilazione in forma congiunta da parte di Direttore, Coordinatore e Referente Formazione Aziendale. Abbiamo raggruppato le risposte in 2 categorie "bassa" (1-2) e "alta" (3-4). La definizione di consapevolezza (presente/assente) e di precedenza negli investimenti (bassa/differibile/alta) è scaturita dalla combinazione delle 3 dimensioni, utilizzando la tecnica del brain storming. Abbiamo calcolato la statistica Kappa per valutare l'agreement tra dimensioni e il test esatto di Fisher per comparare la distribuzione delle risposte nelle due aree sanitaria e amministrativa. Le valutazioni sono state effettuate anche pesando per la numerosità del personale delle diverse Strutture. E' stato utilizzato il programma Stata 10 (StataCorp, College Station, TX, USA).

RISULTATI 56 questionari (79% di quelli inviati, rappresentanti 74% dei dipendenti) sono stati compilati e restituiti: 7 da Strutture Amministrative (per 156 dipendenti) e 49 da Strutture Sanitarie (per 2172 dipendenti). La proporzione di risposte considerate di alta rilevanza, priorità o conoscenza da parte del personale rappresentato risultava del 69%, 61% e 32%, rispettivamente. La concordanza tra rilevanza e priorità era elevata (Agreement=90%, Kappa=0.78, o pesando per personale, Agreement=89% e Kappa=0.74). In particolare per 60% delle strutture (53% dei dipendenti), gli obiettivi proposti risultavano sia ad alta rilevanza che ad alta priorità. La valutazione delle combinazioni di queste 3 dimensioni ha portato alla definizione di consapevolezza del fabbisogno formativo secondo i seguenti criteri: Consapevole: bassa priorità con bassa rilevanza e alta o bassa conoscenza; oppure alta priorità con alta rilevanza e bassa conoscenza; oppure bassa priorità con alta rilevanza e alta conoscenza. Non consapevole: alta priorità con bassa rilevanza e alta o bassa conoscenza; oppure bassa priorità con bassa rilevanza e bassa conoscenza; oppure bassa priorità con alta rilevanza e bassa conoscenza, oppure alta priorità con alta rilevanza e alta conoscenza. La definizione della precedenza dell'investimento ha seguito i seguenti criteri: Bassa: bassa rilevanza. Differibile: alta rilevanza con bassa priorità e alta conoscenza; oppure alta rilevanza con alta priorità e alta conoscenza. Alta: alta rilevanza con alta priorità e bassa conoscenza; oppure alta rilevanza con bassa priorità e bassa conoscenza. Su un totale di 1456 risposte, 551 (38%) appartenevano alla categoria "consapevole" e 905 (62%) alla categoria "non consapevole". Il 75% delle risposte del personale amministrativo risultavano essere non consapevoli contro il 60% delle risposte del personale sanitario (Fisher test $p < 0.001$). La precedenza dell'investimento risultava bassa per 448 risposte (31%), differibile per 419 (29%) e alta per 589 (40%), con un grado di presenza maggiore per l'area sanitaria (Fisher test $p < 0.001$). L'82% delle risposte ad alta precedenza rientrava nella categoria delle risposte consapevoli e il 92% delle risposte a bassa precedenza nella categoria delle risposte non consapevoli.

CONCLUSIONI I questionari, rispondendo pienamente allo scopo per cui erano stati costruiti, ci hanno permesso di identificare il fabbisogno formativo delle singole strutture e di misurare la consapevolezza di questo da parte dell'utenza, al fine di indirizzare gli investimenti verso gli obiettivi risultati ad alta precedenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	De Amici Donatella	Istituzione	IRCCS Policlinico San Matteo
Telefono	0382 503634	Indirizzo	Viale Golgi, 19
Fax	0382 503499	CAP	27100
E-mail	ddeamici@smatteo.pv.it	Città	Pavia

9. EVIDENCE IN PRACTICE 2

De Sarno C¹, Sturam S², Delle Case M³, Gubiani N⁴, Furlani C⁵, Oreucia C⁶

¹Dipartimento di Prevenzione - ASS 4 Medio Friuli, ²Distretto Sanitario di Codroipo, ³Distretto Sanitario di Udine, ⁴Distretto Sanitario di San Daniele, ⁵Distretto Sanitario di Tarcento, ⁶Distretto Sanitario di Cividale

BACKGROUND Il lavaggio delle mani rappresenta una delle misure di controllo delle infezioni più efficace ed ampiamente condivisa benché non sia sempre facile consolidare metodi e strumenti di lavoro, standardizzare e convalidare le singole procedure soprattutto quando ci troviamo ad operare in ambito domiciliare. Il Gruppo Operativo Territoriale per il controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali (ICPA) ha ritenuto necessario indagare riguardo la conoscenza delle procedura corretta da parte del personale assistenziale domiciliare. Gli operatori in questione afferenti ai 5 distretti sanitari dell'ASS 4 Medio Friuli e operanti a domicilio sono eterogenei per formazione ed esperienza lavorativa.

OBIETTIVI Valutare il target di operatori cui si rivolge l'indagine stimandone le conoscenze relative alla procedura del lavaggio sociale. Stimare quanto spesso essi hanno a disposizione materiale idoneo per eseguire in maniera corretta le procedure. Stimare l'impegno che essa richiede durante l'attività lavorativa. Stimare la necessità di aggiornamenti. Mettere in atto interventi formativi che nel complesso consentano:

- Di garantire l'uniformità delle procedure e la loro continuità nel tempo.
- Di condividere difficoltà e dubbi dei partecipanti affinché le dinamiche di gruppo siano costruttive e le diversità culturali possano essere vissute come una ricchezza piuttosto che come una barriera.

METODI

Come strumento di valutazione è stato somministrato un questionario anonimo contenente:

- Una parte generale con dati di tipo anagrafico (sesso, età, titolo di studio, distretto di appartenenza, periodo di attività lavorativa, etc.)
- Sei domande a risposta multipla indaganti conoscenze relative alla procedura, presenza di materiale idoneo, bisogno di aggiornamenti.

Il questionario è stato spedito per posta interna ai singoli ambiti sociali quindi distribuito agli operatori domiciliari e restituito attraverso una figura precedentemente individuata.

RISULTATI Sono stati restituiti 131 questionari di cui: • Oltre il 70% conosce bene la procedura avendo ricevuto durante il percorso didattico informazioni in merito • Tutti ritengono fondamentale il lavaggio delle mani per prevenire le infezioni • Per oltre 1/3 la procedura richiede troppo impegno Inoltre, circa 3/4 di essi amerebbe ricevere informazioni ed aggiornamenti ulteriori.

CONCLUSIONI L'indagine ha confermato la necessità di implementare le conoscenze. Verranno attivati corsi specifici e distribuito materiale informativo. Il GOT monitorerà l'adesione degli operatori alla procedura dopo l'aggiornamento.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	De Sarno Cristina	Istituzione	ASS 4 Medio Friuli
Telefono	0432 553266	Indirizzo	Via Chiusaforte, 2
Fax	0432 553200	CAP	33100
E-mail	cristina.desarno@ass4.sanita.fvg.it	Città	Udine

10. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO IN EBM: QUALE RUOLO PER I SOCIAL NETWORK IN UN'AZIENDA SANITARIA?

Di Diodoro D

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND La diffusione delle conoscenze EBM nelle Aziende sanitarie italiane è molto disomogenea, così come disomogenee sono le possibilità di accesso alle banche dati e alle risorse on-line dell'EBM, e la familiarità con la letteratura EBM. In tale contesto, si ritiene che un importante ruolo potrebbe essere giocato da strumenti di social network, come un blog, Facebook e Del.icio.us. Questi strumenti potrebbero veicolare e mettere in condivisione informazioni per l'approccio all'EBM, fungendo da "attrattori" per chi ancora non vi si è avvicinato e da strumento di aggiornamento per chi ha già delle conoscenze, creando specifiche comunità di interesse.

OBIETTIVI Utilizzo di siti di social network per la diffusione e condivisione dell'EBM, e come strumento di aggiornamento/formazione.

METODI Nel maggio 2008 il Knowledge Management (KM) dell'Azienda Usl di Bologna (Area Governo clinico, direttore Carlo Descovich) ha realizzato, con la collaborazione del Servizio Comunicazione, un blog chiamato Scire (dal latino "conoscere"). Il blog è di semplice utilizzo e consente un rapido orientamento anche a chi non ha familiarità con l'uso del pc. Con un click l'utilizzatore può accedere, ove possibile, alle fonti originali (riviste e banche dati) per approfondimenti. Configurato su piattaforma Open Source con la collaborazione tecnica della Web Site Store s.r.l. di Bologna e dalla stessa ospitato in rete esterna alla Intranet, è visibile all'indirizzo URL <http://www.wsstore.it/scire/>, anche se al momento i commenti ai post sono accettati solo se provenienti dagli iscritti (operatori dell'Ausl di Bologna, membri del Comitato Etico dell'Ausl di Bologna, più alcuni "osservatori" esterni esperti di formazione e comunicazione sull'EBM).

RISULTATI Il blog attualmente ha circa 200 iscritti, sia medici sia non medici, e ha pubblicato finora 20 post, tutti scritti da Danilo Di Diodoro, direttore dei corsi aziendali EBM e responsabile del KM. Le iscrizioni avvengono "a ondate", soprattutto in concomitanza con i corsi di EBM (quando il blog viene presentato in aula) o con specifiche azioni informative (pubblicazione della notizia sull'esistenza del blog nella newsletter aziendale o come news sul sito Intranet). Molto ampia resta la potenzialità di penetrazione nell'Azienda Usl di Bologna, che ha circa 1400 medici e 3000 infermieri, senza contare la facile estensibilità, senza costi, oltre i confini aziendali. La percentuale di lettura dei singoli post, come risulta dal contatore dei contatti, è variabile: quasi tutti i post superano i 150 click; altri post, che viaggiano evidentemente per passaparola anche al di fuori dell'Azienda Usl, ricevono molti più click del numero degli iscritti, arrivando anche a superare i 500. I post più letti sono quelli che offrono strumenti pratici specifici: ad esempio il post 6 che presenta una serie di link ragionati per la ricerca delle prove di efficacia; o quelli che affrontano temi "quasi giornalistici" come il post 13 dedicato alla rimozione del direttore dell'AIFA e relativi conflitti d'interesse, e il post 16 dedicato al tema della chiusura, sempre da parte dell'AIFA, del sistema di formazione a distanza ECCE. Per quanto riguarda la partecipazione attraverso i commenti, si rileva una certa cautela da parte degli operatori, che si limitano a fornire apprezzamenti generali, o a rinforzare quanto affermato nei post, mentre di rado vengono manifestate posizioni critiche o apertamente polemiche. Probabilmente questo è limite che deriva dalla attuale natura "aziendale" dello strumento. Già predisposti i siti di Del.icio.us e Facebook da collegare al blog per l'apertura di specifiche comunità di interesse nell'ambito dell'EBM, con condivisione di specifica letteratura biomedica.

CONCLUSIONI L'esperienza del blog Scire dimostra come un blog, opportunamente associato ad altri strumenti di social network, possa diventare essere utile per la condivisione di contenuti professionali per gli operatori sanitari interessati o potenzialmente interessabili all'EBM. Attraverso la lettura dei post, è possibile mantenere un contatto con i temi dell'EBM e aggiornarsi (ad esempio l'apertura di Evidence Updates sul sito del BMJ); si può riflettere su specifici argomenti (ad esempio le metanalisi, che, per essere padroneggiate, necessitano di essere ripresi più volte); si può apprendere l'uso di strumenti utilizzabili direttamente nella pratica clinica (ad esempio l'uso delle carte degli NNT per la comunicazione del rischio). In conclusione, si ritiene che gli strumenti di social network possano utilmente integrarsi nel processo di formazione/aggiornamento EBM. Grande attenzione dovrà essere posta alla scelta dei temi, perché siano percepiti come attuali, significativi per la pratica clinica, affidabili, scientificamente inappuntabili. Tali temi dovranno essere trattati con una scrittura professionale in un contesto grafico semplice e gradevole, e supportati da un funzionamento informatico di facile approccio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Di Diodoro Danilo	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6584924	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax	02 700416690	CAP	40124
E-mail	danilo.didiodoro@ausl.bo.it	Città	Bologna

11. CORE-CURRICULUM IN MEDICINA GENERALE NELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA: QUALE SPAZIO PER L'EBM?

Donato G, Nati G, Mazzilli M

MMG - Lazio

BACKGROUND Appare ormai di comune acquisizione il fatto che l'insegnamento dei contenuti della Medicina Generale debba trovare piena cittadinanza nel Curriculum formativo del Medico-Chirurgo italiano e quindi europeo. La Medicina Generale, intesa come DISCIPLINA con propri ambiti e modalità di insegnamento, trova già nella vastità e trasversalità delle "competenze" richieste una sua peculiarità. Anche per la Medicina Generale il core curriculum può essere inteso come l'insieme degli obiettivi didattici irrinunciabili di un corso basato sull'insegnamento di competenze conoscitive, operative e relazionali, selezionate in base ad una valutazione gerarchica delle conoscenze.

OBIETTIVI Individuare una serie di "obiettivi didattici" da proporre nel corso di studi di medicina al fine di permettere la conoscenza delle caratteristiche della disciplina della medicina generale per il suo insegnamento. Accelerare i processi di introduzione di tale insegnamento nella formazione del futuro medico nelle diverse realtà universitarie laziali.

METODI Nella Regione Lazio la Medicina Generale ha dato vita (2006), in applicazione degli accordi regionali per l'attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale, ad una commissione regionale per la formazione universitaria avente il compito di individuare le modalità per la armonica introduzione dell'insegnamento della medicina generale nelle cinque facoltà di medicina e chirurgia regionali (La Sapienza I e II, Torvergata, Cattolica, Campus Biomedico). Attraverso il lavoro di una sottocommissione si è individuato un core curriculum per l'insegnamento della disciplina della medicina generale in ambito formativo pre-laurea. L'esame di quanto attualmente effettuato nelle diverse realtà universitarie italiane e di quelle che sono le caratteristiche della disciplina alla base delle competenze richieste a chi la vuole praticare, hanno permesso la stesura di un documento di riferimento.

RISULTATI La definizione di "obiettivo didattico" va intesa non come la definizione dei contenuti tipici della Medicina Generale nell'ambito dell'insegnamento del corso di laurea, ma come la individuazione di quelle conoscenze, più o meno condivise con le altre materie di insegnamento, NECESSARIAMENTE acquisite o da acquisire per permettere lo svolgimento di un organico programma didattico incentrato, soprattutto, sulla acquisizione di caratteristiche competenze. Avendo come riferimento basilare la definizione WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) che recita "La Medicina Generale prevede l'applicazione di conoscenze specialistiche per risolvere problemi clinici, ma la sua peculiarità consiste: • nella loro applicazione in situazioni "particolari", • nella presenza di considerazioni non univoche o standardizzate su quali problemi risolvere e su quali risolvere prima... e richiede la capacità di integrare il - sapere cosa fare (conoscenza) – riflettere su cosa fare (valutazione) – scegliere cosa fare (azione) - sulla base di prototipi comportamentali spesso basati sull'esperienza", diventa fondamentale essere in grado di applicare i concetti base della EBM alla pratica clinica territoriale. La introduzione ai principi della EBM trova nella "competenza" del problem solving, competenza forse più rappresentativa della disciplina della Medicina Generale, il suo principale ambito di insegnamento, diventandone il suo elemento culturale pregnante. A tale competenza sono stati attribuiti tre obiettivi didattici da raggiungere attraverso una attività seminariale e tutoriale. Complessivamente i crediti formativi universitari (CFU) acquisibili con le attività attinenti la Medicina Generale sono stati proposti in numero di TRE, da acquisire nel secondo triennio del corso di laurea e nell'ambito di attività professionalizzanti.

CONCLUSIONI Anche se l'esperienza e la contestualizzazione sono alla base di molti modelli comportamentali e relazionali in medicina generale, questi non vanno confusi con l'empiria, e l'approccio metodologico non prescinde da quanto previsto con la EBM. La EBM, oltre che nel curriculum formativo generale dello studente di medicina, trova anche nel percorso formativo per la medicina generale una sua centralità. La EBM anche in questa disciplina, come proposto dallo stesso Sackett, concorre a integrare i tre momenti fondamentali di ogni decisione clinica: "Le decisioni cliniche, nell'assistenza al singolo paziente, devono risultare dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, moderate dalle preferenze del paziente".

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Donato Giuseppe	Istituzione	Azienda Sanitaria Locale RM/F
Telefono	06 99551304	Indirizzo	Via Rosa Calabresi, 10
Fax	06 99559053	CAP	00052
E-mail	pinodonato@tiscali.it	Città	Roma

12. QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2: MISURARE GLI INDICATORI CON Epi Info

Falasca P, Di Tommaso F

Staff Epidemiologia Ricerca & Sviluppo - Azienda USL di Ravenna

BACKGROUND Il Diabete Mellito (DM) è una patologia in forte aumento in Italia; la prevalenza complessiva stimata del DM si attesta nel nostro Paese attorno al 6%. L'obesità, la scorretta alimentazione, l'ipertensione e la scarsa gestione della malattia sono importanti fattori di rischio per l'insorgenza di complicanze. La gestione del DM comporta il coinvolgimento di servizi di primo e secondo livello e l'applicazione di tecniche di gestione dell'assistenza integrata. L'aggiornamento e la formazione continua dei professionisti, uniti alla verifica costante degli esiti intermedi della assistenza, rappresentano il cuore dell'integrazione. Per raggiungere questo obiettivo risulta fondamentale la metodologia dell'audit che permette ai professionisti di prendere visione delle proprie informazioni in autonomia, confrontarsi fra pari ed acquisire conoscenze sulla assistenza ricevuta dai propri assistiti. Epi Info, un software gratuito di statistica per la sanità pubblica, rappresenta un prezioso e strategico strumento per la semplicità d'uso nel maneggiare i dati e la produzione di indicatori clinici, adatto ai "non" professionisti della tecnologia dell'informazione. Con Epi Info è possibile addestrare medici selezionati per sviluppare la capacità di gestire in autonomia i propri dati, valutarne la qualità e poter scambiare dati in modo omogeneo e standardizzato.

OBIETTIVI Effettuare un'audit clinico sul diabete facendo uso di criteri, standard ed evidenze definiti dai documenti regionali, finalizzato a calcolare un insieme di indicatori e di misure comparative e standardizzate al fine di rispondere alle seguenti domande: Sono stati diagnosticati tutti coloro che sono diabetici e Qual è il numero di complicanze nei pazienti che hanno il diabete? Qual è il numero annuo di esecuzione delle procedure di monitoraggio ai pazienti con diabete? Qual è la proporzione dei pazienti registrati che ottengono il trattamento appropriato (in base agli end-point)?

METODI A partire dalle linee guida regionali e dalla creazione di un percorso condiviso con gli operatori coinvolti (MMG e Diabetologi) si è creato un registro elettronico di patologia del Diabete e si è avviato un audit con i Nuclei di Cure Primarie e i Centri Diabetologici per osservare alcune misure valide e riproducibili della prevalenza e dell'incidenza del diabete e delle sue complicanze nella propria popolazione assistita. L'audit prende le mosse dalla lista dei pazienti inclusi dal registro fornito ai singoli MMG per la verifica delle diagnosi e la verifica dei percorsi integrati. Questo studio si basa sulla raccolta di un ristretto numero di informazioni a partire dai software di gestione ambulatoriale dei medici di famiglia e dal registro aziendale del diabete usando il software gratuito Epi Info per estrarre i dati dai programmi informatici dei singoli medici e creare dei programmi riproducibili per il calcolo degli indicatori selezionati, insegnando ad alcuni medici referenti come ripetere la procedura in autonomia.

RISULTATI Con l'ausilio di Epi Info è stato possibile: 1) estrarre i dati dal software di gestione ambulatoriale di sei MMG (So.Ge.Pa), 2) fornire a ciascun MMG il registro dei pazienti in carico: 485 per 6 medici con 9054 assistiti, c) di calcolare i seguenti indicatori complessivi: tasso di diabetici (5,4%), % di pazienti in gestione integrata (57,7%), n° di complicanze (3,5%), % di esecuzione di alcune procedure nell'ultimo anno: HbA1c: 37,1%; (Fonte Registro): 61,4%; Colesterolo Totale: 36,7%; Pressione arteriosa: 20,5%; BMI: 12,6%; Microalbuminuria: 23,1%; la percentuale dell'HbA1c a target (< 7,4): 86,5%.

CONCLUSIONI L'utilizzo di Epi Info si è dimostrato vincente con i Nuclei di Cure Primarie, in quanto essi adoperano software diversi. Per affrontare questo aspetto si è usata la capacità di Epi Info di interfacciarsi con tutti i programmi di gestione dei pazienti (via ODBC). Le sue caratteristiche di gratuità e semplicità lo hanno reso rendono adatto ad insegnare ai referenti di NCP l'analisi dei dati dei propri pazienti, la produzione di report autoprodotti e l'estrazione di dati selezionati riconducibili a standard confrontabili (ad es. il numero di diabetici in carico o il numero delle consultazioni effettuate in un periodo definito). Inoltre a permesso ai medici di famiglia di prendere visione delle informazioni registrate in modo da attivare percorsi di miglioramento della qualità delle informazioni archiviate e di gestione della propria popolazione diabetica in gestione integrata. In definitiva, Epi Info è stato utile in diverse fasi del ciclo dell'audit per: • Creare un questionario per raccogliere informazioni su uno specifico argomento di audit (anche a partire da un archivio preesistente), • Stimare il campione per l'audit clinico, • Importare ed effettuare analisi statistiche e grafici dei dati provenienti dai diversi flussi • Effettuare report automatici e programmi di analisi pre-impostati da riutilizzare nel tempo (audit periodici).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Falasca Pasquale	Istituzione	Azienda USL di Ravenna
Telefono	0544 286522	Indirizzo	Via De Gasperi, 8
Fax	0544 286550	CAP	48100
E-mail	epidemiologia@ausl.ra.it	Città	Ravenna

13. EFFICACIA DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA IN MEDICINA D'URGENZA: UNO STUDIO BEFORE-AFTER

Iannone P

Ospedale di Imola - Medicina d'Urgenza

BACKGROUND La "medicina d'osservazione" è una delle soluzioni proposte per bilanciare la limitata disponibilità di risorse ospedaliere con la necessità di valutare e trattare adeguatamente il numero sempre più elevato di pazienti che si rivolge al Pronto Soccorso, sotto la spinta dell'invecchiamento della popolazione, le crescenti domande di salute, e la crisi del sistema di cure primarie. Con l'eccezione delle 'chest pain units', tuttavia, l'efficacia clinica dell' OBI non è stata finora valutata con indagini di tipo comparativo, ma solo con studi a carattere descrittivo senza adeguati gruppi di controllo. I benefici perciò sono più postulati che dimostrati, e poco si sa dei pazienti dimessi da queste unità di osservazione, del reale consumo di risorse, e se si verificano ritardi diagnostici o terapeutici.

OBIETTIVI In questo studio sono analizzati gli effetti dell'adozione di chiari criteri di ammissione, percorsi clinici e limiti temporali insieme al rafforzamento della supervisione clinica e del personale dedicato alla attività di OBI del Pronto Soccorso del nostro ospedale.

METODI Nel periodo dal 1° gennaio al 26 Marzo 2007 abbiamo misurato i tassi di utilizzazione, la durata di osservazione, il consumo di risorse (consulenze specialistiche ed esami diagnostici strumentali), le percentuali di ospedalizzazione e gli eventi avversi. Per i pazienti dimessi da OBI sono stati considerati nei tre mesi successivi i ri-accessi non programmati al Pronto Soccorso ed i loro esiti. Come gruppo di controllo sono stati adottati i pazienti ammessi all'OBI nello stesso periodo del 2006.

RISULTATI Il tasso di utilizzazione dell'OBI è aumentato dopo l'intervento (8.5% vs 4.5% degli accessi in Pronto Soccorso, $P < 0.01$) e la durata media di osservazione (+ Deviaz. St.) si è ridotta significativamente (13.8 + 11.6 h vs 23.0 + 13.4 h; $P < 0.01$). Nonostante la significativa riduzione del tempo di osservazione, il tasso di ospedalizzazione da OBI, standardizzato per case-mix, non è aumentato significativamente (28.9% vs 26.2%). L'intervento ha prodotto inoltre una significativa riduzione del numero di consulenze specialistiche richieste (32.4% vs 40.2%, $P < 0.05$) e di indagini radiologiche (34.1 % vs 45.3%, $P < 0.01$). Gli eventi avversi durante l'osservazione o dopo il ricovero sono stati eccezionalmente rari in entrambi i periodi considerati. L'osservazione breve per occlusione intestinale, emorragia digestiva superiore in attesa di endoscopia, BPCO riacutizzata, polmonite o scompenso cardiaco acuto si è rivelata poco utile, poiché per queste patologie si sono registrati alti tassi di ospedalizzazione. Dopo l'intervento, inoltre, un minor numero di pazienti dimessi da OBI è ritornato in Pronto Soccorso nei tre mesi successivi (16.3 % vs 27.2 % per tutte cause, $P < 0.01$; 9.3% vs 14.4% per cause correlate, $P < 0.05$), con minori necessità di ricovero ospedaliero (1.7% vs 4.3% per tutte cause, $P < 0.05$). Le riammissioni in OBI sono rimaste invece invariate (8.7% vs 8.2%, $P = n.s.$).

CONCLUSIONI In conclusione l'OBI sembra offrire un reale beneficio nel ridurre il rischio di dimissioni o ricoveri inappropriati e trae chiari vantaggi da una adeguata organizzazione e adozione di percorsi clinici standardizzati. Il tempo limite di 24 h va tenuto in considerazione per la scelta del case mix più adeguato.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Iannone Primiano	Istituzione	Azienda USL di Imola
Telefono	0542 662215/20/11	Indirizzo	Via Montericco, 4
Fax	0542 662219	CAP	40026
E-mail	primiann@libero.it	Città	Imola

14. STROKE E CHIRURGIA ORTOPEDICA: APPLICAZIONE DI UN MODELLO DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO NELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA

Lamprecht G, Pesavento V, Mazzucchelli N, Stibil I, Sartorato P, Omati L, Zadini A

AOU Ospedali Riuniti Trieste – S.C. Medicina Riabilitativa

BACKGROUND L'appropriato utilizzo dei posti letto negli ospedali per acuti migliora se le dimissioni verso strutture protette/servizi domiciliari avvengono tempestivamente; ciò, oltre a comportare un vantaggio per l'ospedale, rappresenta anche un beneficio per il paziente che risulta meno esposto ai rischi connessi con la permanenza in ospedale e può avvalersi di una struttura/servizio più indicato per il recupero funzionale e la riabilitazione. Il problema affrontato durante la ricerca è relativo al trasferimento da ospedale per acuti verso strutture territoriali di un campione di pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica e pazienti ricoverati con Ictus in tre anni (2006, 2007 e 2008). Tale progetto recepisce le tre componenti della "continuità delle cure" descritte dalla Canadian Health Service Research Foundation ("Continuità informativa, Continuità relazionale e Continuità gestionale", CHSRF 2002) in quanto al necessario processo di de-ospedalizzazione e territorializzazione del recupero e riattivazione della persona, affianca uno strumento che permette di intercettare misure su tali aspetti. Continuità informativa: gli eventi che determinano l'ospedalizzazione e ne modificano la prognosi sono utilizzati come predittori del set di riabilitazione più appropriato. Continuità relazionale: le caratteristiche che determinano l'"esito" riabilitativo sono anche funzione delle condizioni psico-fisiche e socio-abitative della persona inclusa nel percorso e misurate. Continuità organizzativa: le attività riabilitative sono "ricomposte" in un unico modello e la rete permette di adattarsi alle modificazioni del problema di salute. Nel progetto si descrive la fase di sperimentazione della continuità assistenziale riabilitativa prevista dal protocollo d'intesa siglato da AOTS, ASS1, e recepito con delibera N°833 del 29/12/2006, e delle sue modifiche apportate durante il successivo anno, sostenuta anche da un percorso di formazione congiunto. Scopo della sperimentazione è quello di ottimizzare il percorso della continuità assistenziale dall'AOTS (Ospedale per Acuti) al territorio (Azienda per i Servizi Socio-Sanitari n.1 – Triestina, ASS 1) mediante un monitoraggio delle fasi del processo e valutare, in termini di efficienza, i percorsi identificati da uno strumento di classificazione della casistica arruolata ("cartella multidimensionale"). Gli obiettivi specifici della ricerca sono stati selezionati dopo una valutazione del processo di erogazione delle cure ai pazienti colpiti da Ictus e ai pazienti sottoposti ad intervento ortopedico maggiore (interventi su anca e ginocchio) e discussi durante una riunione successiva ad un corso di aggiornamento congiunto ospedale-territorio.

OBIETTIVI 1. Rendere trasparenti i processi 2. Condividere degli strumenti di misura 3. Tracciare i tempi ed i percorsi dei pazienti 4. Attuare uno scambio di informazioni dal territorio (ASS 1) all'ospedale (AOU Ts) e viceversa 5. Indirizzare l'impiego di strutture ad alta tecnologia ai casi di terapie intensive, riducendo la riabilitazione ospedaliera per i pazienti ortopedici, ed incrementando la riabilitazione per i pazienti affetti da ictus 6. Valutare l'uso degli indicatori ricavati dall'uso condiviso di uno stesso strumento di misura (scheda multidimensionale) per: a) Corretto e appropriato riferimento del paziente (tra ospedale-territorio e viceversa) b) Contenimento della degenza non appropriata c) Rapidità dell'attivazione del percorso riabilitativo.

METODI Sono entrati nello studio tutti i pazienti sottoposti ad intervento ortopedico nelle due strutture attive nell'ospedale (AOU Ts) e tutti i pazienti con Ictus (DRG 14) dimessi nel periodo di osservazione. Il campione analizzato comprende 813 pazienti, arruolati in periodi differenti di tre anni consecutivi. La sperimentazione, avviata nell'ultimo trimestre del 2007 ha coinvolto nei mesi di ottobre-dicembre 286 pazienti. Il campione si è rivelato omogeneo per sesso, età e case mix. I pazienti del primo periodo (ottobre-dicembre 2006) rappresentano la coorte di esposti al precedente protocollo di continuità riabilitativa (in assenza dell'applicazione della valutazione multidimensionale), quelli dell'ultimo trimestre, la coorte di pazienti su cui le procedure sperimentate nel 2007 hanno subito una "stabilizzazione" procedurale. Lo strumento di classificazione dei pazienti è rappresentata da una "cartella multidimensionale" modificata.

RISULTATI Sono state confrontate le giornate di degenza nei tre periodi per Reparto di appartenenza utilizzando l'Anova ad una via; i risultati sono riportati nelle tabelle successive. Questa suddivisione per Reparto si è resa necessaria per individuare la differente adesione al protocollo sperimentale. Una prima valutazione di appropriatezza dei percorsi (relativa al riorientamento della funzione riabilitativa ospedaliera sulla casistica per acuti) è stata condotta attraverso un confronto per anno delle uscite post dimissione ospedaliera. L'efficienza dello strumento multidimensionale, intesa come capacità di discriminare dal punto di vista operativo i pazienti da indirizzare al "setting" riabilitativo più appropriato previsto da protocollo, è stata valutata attraverso la congruità tra percorso previsto e "uscita" effettiva del paziente.

CONCLUSIONI Il campione studiato è risultato omogeneo per sesso, età e DRG maggiormente rappresentati. I dati sull'andamento delle giornate di degenza nei tre Reparti coinvolti dimostrano che presso una delle tre strutture coinvolte queste sono passate da una media di 22 nel 2006, a 18 nel 2007, a 16 nel 2008. Al contrario, la degenza complessiva è aumentata in un solo reparto ortopedico, mentre è rimasta invariata nell'altro. Complessivamente la nuova metodologia sembrerebbe impattare negativamente solo su una struttura, rallentando il processo di dimissione soprattutto durante il periodo di sperimentazione. L'analisi sulle uscite, definite a priori più appropriate, dimostra una offerta maggiormente differenziata e un aumento delle uscite verso domicilio che passa dai 37 casi nel 2006, a 68 nel 2007 e 53 nel 2008, dimostrando un reale cambiamento anche culturale. Verso il Reparto ospedaliero di Medicina riabilitativa il dato si mantiene costante, ma dimostra un aumento degli accoglimenti di casi neurologici piuttosto che ortopedici non complessi. La sperimentazione, perciò, sembra sostenere le caratteristiche di intensività riabilitativa del reparto ospedaliero. Il riferimento dei pazienti verso le Residenze Sanitarie Assistenziali è costante, mentre diminuisce drasticamente il numero di pazienti trasferiti verso l'unica Casa di cura privata convenzionata che passa da 83 trasferimenti nel 2006 a 30 nel 2007 e 33 nel 2008.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Lamprecht Gabriella	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti Trieste
Telefono	040 399208	Indirizzo	Via Stuparich, 1
Fax	040 3992322	CAP	34100
E-mail	gabriella.lamprecht@aots.sanita.fvg.it	Città	Trieste

15. RUOLO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE ALLA LUCE DELLA NORMATIVA CONTRATTUALE, NELL'ATTUAZIONE DI UNA CORRETTA GOVERNANCE

Lucà F¹, Bellandi G², David V³, Vimercati F⁴, Bibbolino C⁵

SNR - Sindacato Nazionale Area Radiologica: ¹Segretario Nazionale, ²Vice-Segretario Nazionale, ³Responsabile HTA, ⁴Presidente, ⁵Direttore de "Il Radiologo" organo di stampa SNR

BACKGROUND Il sindacato come garante, attraverso i contratti del rispetto delle norme che sono il vero baluardo per una significativa azione di tutela dei rischi nelle aziende sanitarie.

OBIETTIVI Valutare Nel CCNL della Dirigenza Medica del 3 novembre del 2005 all'art.21 sulla copertura assicurativa in azienda, nel comma 5 le OO:SS. mediche hanno ottenuto l'individuazione nelle aziende sanitarie di una struttura atta alla gestione dei rischi finalizzata al raggiungimento della qualità professionale ma anche alla valutazione delle modalità lavorative finalizzate all'evitare eventi avversi accaduti, ma anche come eventi sentinella che permettano soluzioni preventive. Tale concetto è stato ripreso nel recente CCNL della dirigenza del 17 ottobre 2008 quando all'art. 7 sul riposo giornaliero se ne ribadisce l'importanza in quanto il medico sottoposto ad eccessivo impegno orario finisce per commettere errori che pregiudicano l'assistenza al malato. Nello stesso CCNL, all'art. 16 sulla copertura assicurativa s'individua una Commissione Paritetica in sede Aran che debba approfondire questa materia per tutte le necessarie modifiche dei rapporti contrattuali a tutela di medici e pazienti.

METODI Tutto questo a dimostrare il ruolo del sindacato nel contesto del governo clinico per trovare soluzioni consone e soprattutto attuabili. In particolare nel risk management le problematiche dell'attività diagnostica devono partire dall'analisi dei processi con l'identificazione delle principali criticità, per consentire la rilevazione e la misura del rischio. L'azione diagnostica parte dalla prescrizione, passa per la preparazione dell'esame, per arrivare all'esecuzione dello stesso. Ma il punto fondamentale è la refertazione e la valutazione delle conclusioni da esse derivanti. In ognuna di queste fasi vi può essere un rischio ed un incidente avverso. Le criticità partono dalla tecnica d'esecuzione, dalla capacità percettiva del singolo, dalle sue conoscenze e dalla sua cultura. Il medico radiologo esprime una sua valutazione ed un suo giudizio. La diagnosi radiologica è sempre, in certa misura, presuntiva. Quali sono le azioni da mettere in campo perché i passaggi espressi non si trasformino in rischio?

RISULTATI Evitare eccessivi carichi di lavoro; un continuo adeguamento della tecnologia, pur sapendo che senza un corretto addestramento anche questo può essere foriero d'errore. Stabilire ed attribuire a ciascuno le giuste competenze in base ad una corretta analisi delle capacità del singolo. Per es. non tutti hanno la manualità per compiere manovre interventiste. Non smettere mai di crescere culturalmente attraverso una formazione forte sul campo. Conoscere e saper utilizzare le attrezzature per l'emergenza. Evitare i ritardi nell'esecuzione della prestazione.

CONCLUSIONI Non dimenticare mai i principi di giustificazione ed ottimizzazione che governano la protezione dei pazienti dalla somministrazione inappropriata di fonti di energia esterne a scopo diagnostico ed in particolare di radiazioni ionizzanti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Lucà Francesco	Istituzione	Sindacato Nazionale Area Radiologica
Telefono	06 4823629	Indirizzo	Via Farini, 62
Fax	06 4822609	CAP	00185
E-mail	f.luca@raggix.it	Città	Roma

16. GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO CON DANNO NEUROLOGICO

Maggiore P

Villaggio E. Litta - Grottaferrata (Roma)

BACKGROUND Le Paralisi Cerebrali Infantili rappresentano una delle più frequenti disabilità in età pediatrica e la loro incidenza, rimasta invariata negli anni, è pari al 2-3 per mille nati vivi. Sono caratterizzate da un danno al SNC causato da fattori etiopatogenetici che insorgono in età pre. peri o post natale e che determinano un disordine dello sviluppo neuromotorio e neuropsicologico del bambino. La peculiarità del paziente pediatrico, caratterizzato dall'evoluitività del suo sviluppo e, quindi, del disturbo dal quale è affetto, impone la costruzione di una rete assistenziale con un impiego massiccio di risorse. Tali risorse sono difficilmente quantificabili e monitorabili a causa della complicata classificazione isorisorsa delle patologie riguardanti le prestazioni riabilitative. L'evidenza scientifica supporta con difficoltà il processo "decision making" sul piccolo paziente affetto da pci, sia per le criticità metodologiche ed etiche degli studi che per la multiformità degli approcci riabilitativi.

OBIETTIVO La necessità di operare in riabilitazione secondo concetti di appropriatezza, qualità ed efficienza sollecita la ricerca di modelli operativi nei quali sia ottimale il rapporto costi/benefici, quale quella della Terapia Intensiva Intermittente che potrebbe ridurre l'impiego delle risorse senza inficiare il miglioramento degli outcomes funzionali.

METODI Alcuni studi osservazionali mostrano che per i soggetti affetti da PCI con compromissione motoria medio-grave (classificazione GMFCS) l'interruzione periodica dell'intervento riabilitativo non comporta riduzione dell'organizzazione grosso-motoria. Si è ipotizzata la modificazione del progetto riabilitativo di un piccolo gruppo di 9 pazienti con PCI (livello III-IV-V GMFCS) da lieve con frequenza bisettimanale continuativa a medio con frequenza quadrisettimanale ma a cicli trimestrali.

RISULTATI Riduzione della spesa del 20%. Non diminuzione dell'organizzazione funzionale del bambino. Aumento della Partecipazione con i pari nei periodi di interruzione. Miglioramento della salute del caregiver (genitore) che periodicamente sospende l'impegno di accompagnare il proprio figlio in terapia: impegno psico-fisico se lo fa personalmente o economico se è costretto ad incaricare un assistente.

CONCLUSIONI Ottimizzare le risorse in riabilitazione pediatrica appare un percorso, oltre che doveroso, possibile, almeno in alcune patologie neurologiche, quali le PCI, per le quali è forte l'esigenza di basare l'intervento su evidenze scientifiche.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Maggiore Patrizia	Istituzione	Villaggio Eugenio Litta
Telefono	06 9627233	Indirizzo	Via Anagnina, 13
Fax	06 9411463	CAP	00046
E-mail	maggiorepatrizia@libero.it	Città	Grottaferrata (RM)

17. MODELLO DI VALUTAZIONE DELLA DIDATTICA (R.A.V.) E DELL'ORGANIZZAZIONE NEL C.D.L. IN TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA DELL'UNIVERSITÀ DI FERRARA**Magri C***Università di Ferrara - Facoltà di Medicina e Chirurgia*

BACKGROUND L'autovalutazione di un Corso di Studio (C.d.S.), inteso anche come premessa per un accreditamento di qualità, nella fase iniziale prende in considerazione ogni processo strategico, organizzativo, procedurale e di supporto, per individuarne le carenze, analizzarle e risolverle. Tutto ciò presuppone una profonda conoscenza del Corso di Studio (C.d.S.) e della sua organizzazione. Secondo il Modello Campus One si prevede l'istituzione di un Gruppo di Auto Valutatori (GAV), un pull formato non solo da docenti, ma anche da esperti con diverse competenze come personale tecnico amministrativo, manager didattici e studenti. L'attività del Gruppo di Auto Valutazione (GAV) è coordinata da un Presidente che vigila sull'andamento dei lavori e che è di fatto responsabile di tutto il processo di indagine e dei suoi contenuti. Il processo di autovalutazione del Corso di Studio (C.d.S.) si concretizza nella stesura del Rapporto di Auto Valutazione (RAV). Si tratta di un documento con il quale il C.d.S. descrive e valuta la sua organizzazione, i suoi obiettivi e la qualità delle sue numerose attività.

OBIETTIVI Il Rapporto di Auto Valutazione (RAV) risponde a due scopi principali: fornire una descrizione sintetica ma precisa e completa dell'organizzazione e strutturazione del Corso di Studio (C.d.S) nonché dati sulla qualità delle proprie attività insieme al raggiungimento degli obiettivi dichiarati e i risultati ottenuti. Il documento redatto sarà il materiale di riferimento attraverso il quale un gruppo di Valutatori Esterni giudicherà i programmi e le attività del Corso di Studio (C.d.S) confrontandoli con altri dati che i valutatori acquisiscono dalle segreterie studenti, ministero, centro informatico di Ateneo, questionari studenti.

RISULTATI Il corso di Laurea per Tecnici Sanitari di Radiologia Medica dell'Ateneo di Ferrara da due anni partecipa a questa attività. Parte dei risultati (parte pubblica) è già consultabile in rete all'indirizzo web http://www.unife.it/ateneo/valutazioneCDL/rav_mi/rav/tecniche-di-radiologia-medica.pdf/view.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Magri Carlo	Istituzione	Università degli Studi di Ferrara
Telefono	0532 236464	Indirizzo	Via Fossato di Mortara, 64/b
Fax	0532 205737	CAP	44100
E-mail	mgc@unife.it	Città	Ferrara

18. ELABORAZIONE DI UN ALGORITMO PER STABILIZZAZIONE NEONATO CRITICO

Marchionni B¹, Carfagnini L², Carbini MA³

ASUR Marche - Zona Territoriale 3 - Fano: ¹Centro Formazione; ²Centro Trasfusionale; ³U.O. Anestesia e Rianimazione

BACKGROUND La stabilizzazione del neonato critico, è il processo assistenziale successivo alla rianimazione neonatale ed è di altrettanta fondamentale importanza, perché rappresenta la prosecuzione dell'assistenza fornita per consentire al neonato un valido adattamento alla vita autonoma o in caso di persistenza di complicanze, garantirgli la sopravvivenza in attesa del trasferimento in struttura idonea (Terapia Intensiva Neonatale). La stabilizzazione, come la rianimazione in struttura protetta, necessita di cicli di valutazione, decisione, ed azione, orientati tempestivamente al mantenimento della stabilità di tutti i parametri vitali nel tempo, volti al recupero o al raggiungimento di attività autonoma, sino all'arrivo dell'équipe di trasporto, che impiega in media, dai 60 – 90 minuti. Per gli operatori coinvolti (équipe interna) nell'attesa dell'arrivo dell'équipe di trasporto, la gestione di questa particolare criticità, richiede tempi continuativi per attrezzarsi/prepararsi, valutare ed agire: l'elaborazione dell'algoritmo deve orientare l'équipe interna nella gestione della suddetta criticità.

OBIETTIVI Il progetto di miglioramento si propone di: - Elaborare, redigere e condividere l'algoritmo per la stabilizzazione del neonato critico. - Sviluppare procedimenti che integrino e definiscano chiaramente le modalità operative dei professionisti coinvolti.

METODI Attraverso la metodologia del Gruppo di miglioramento interdipartimentale, che coinvolge Medici e Infermieri del Dipartimento Materno Infantile e dell'Emergenza. L'Algoritmo è l'insieme di regole o direttive atte a fornire una risposta specifica ad uno o più dati in input ed ha come caratteristica fondamentale: assenza di ambiguità. Un algoritmo ha sempre termine dopo un numero finito di passi. Un algoritmo che perviene alla soluzione del problema si dirà corretto, e se viene ottenuto in tempi brevi, si dirà efficiente. Il gruppo di miglioramento, elaborerà un algoritmo dall'acronimo TRE (Termico, Respiratorio) CIME (Circolatorio, Metabolico) INNEVATE (INfettivo, NEurologico, VAscolare, TErapeutico) da utilizzare nella stabilizzazione del neonato critico. Ciascuna fase dell'algoritmo cercherà di fornire risposte specifiche nella risoluzione del problema considerato senza ambiguità, in modo corretto e efficiente con un approccio che integri i ruoli delle singole professionalità e definisca in modo chiaro i singoli percorsi clinico-operativi.

RISULTATI Sono state effettuate 8 riunioni di circa 3 ore ciascuna, nelle quali i componenti del gruppo hanno analizzato in modo critico le evidenze scientifiche contenute in letteratura e su banche dati, comparandole con le attuali modalità operative, al fine di sviluppare un algoritmo per la stabilizzazione del neonato critico che tenga conto sia degli studi più aggiornati, sia della realtà nella quale i professionisti operano per sostenere la revisione e la semplificazione di processi di lavoro e procedure.

CONCLUSIONI Un neonato critico da stabilizzare non è un'evenienza frequente negli ospedali di rete della ASUR Marche, ma è una evenienza che nel momento in cui gli operatori si trovano ad intervenire è di vitale importanza che tutti sappiano chi- fa -che -cosa. L'elaborazione dell'algoritmo secondo le EBP ha voluto essere di supporto ai professionisti coinvolti nell'assistenza al neonato.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Marchionni Beatrice	Istituzione	ASUR Marche - Zona Territoriale 3
Telefono	0721 882740	Indirizzo	Via Ceccarini, 38
Fax	0721 882504	CAP	61032
E-mail	beatrice.marchionni@sanita.marche.it	Città	Fano

19. LE INFORMAZIONI CONTENUTE NELLA LETTERA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA MIGLIORANO LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA?

Mittone E, Pozzetto M, Fiorio E, Ferraro L

Servizio Farmaceutico Territoriale - Ex Azienda Sanitaria Locale 4 di Torino

BACKGROUND La Legge 425/96 ha contribuito a far sì che il medico di medicina generale (MMG) si attenga maggiormente alle limitazioni di prescrivibilità dei medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pena il rimborso di quanto “indebitamente” prescritto. Le strutture ospedaliere finora si sono poco adeguate alle norme poiché meno coinvolte; infatti spesso le prescrizioni specialistiche vengono rimandate al MMG che, di fatto, deve trasferirle sul ricettario del SSN, assumendosene la responsabilità. La corretta comunicazione tra MMG e specialista ospedaliero diventa dunque un elemento fondamentale della continuità assistenziale. La lettera di dimissione ospedaliera risulta essere la principale fonte di informazione per il MMG.

OBIETTIVI Gli obiettivi di questo lavoro sono:

- verificare il grado di completezza e chiarezza delle informazioni contenute nella lettera di dimissione, necessarie al MMG per prescrivere correttamente i farmaci a carico del SSN;
- fornire dati di ritorno agli specialisti coinvolti, in modo tale da permettere loro una autovalutazione;
- informare e responsabilizzare i medici specialisti sulle norme che regolano la prescrizione dei farmaci a carico del SSN e sull'importanza delle informazioni date al paziente in dimissione.

METODI Il progetto di monitoraggio è cominciato nell'anno 2003, in seguito alla segnalazione delle commissioni per l'“appropriatezza prescrittiva” dei MMG, mediante la costituzione di un gruppo multidisciplinare (nato nell'ambito della Commissione Farmaceutica Interna). In accordo con il gruppo multidisciplinare sono stati stabiliti i criteri per la valutazione della completezza e la chiarezza dei dati contenuti nelle lettere di dimissione ospedaliera. Sono stati coinvolti i reparti dell'ospedale “San Giovanni Bosco” di Torino che effettuano dimissioni, raccogliendo copie delle lettere di dimissione ospedaliera rilasciate a partire dal giugno 2003. Da allora ciascun reparto invia mensilmente tutte le copie delle lettere per il monitoraggio al Servizio Farmaceutico Territoriale che ha il compito di registrare i dati e predisporre i report. Il monitoraggio prevede l'analisi delle lettere di dimissione di 2 o 3 mesi campione nell'anno e l'invio ai reparti dei report di ritorno (generale e dettagliato per reparto).

RISULTATI Il progetto di monitoraggio è cominciato nell'anno 2003, in seguito alla segnalazione delle commissioni per l'“appropriatezza prescrittiva” dei MMG, mediante la costituzione di un gruppo multidisciplinare (nato nell'ambito della Commissione Farmaceutica Interna).

In accordo con il gruppo multidisciplinare sono stati stabiliti i criteri per la valutazione della completezza e la chiarezza dei dati contenuti nelle lettere di dimissione ospedaliera. Sono stati coinvolti i reparti dell'ospedale “San Giovanni Bosco” di Torino che effettuano dimissioni, raccogliendo copie delle lettere di dimissione ospedaliera rilasciate a partire dal giugno 2003. Da allora ciascun reparto invia mensilmente tutte le copie delle lettere per il monitoraggio al Servizio Farmaceutico Territoriale che ha il compito di registrare i dati e predisporre i report. Il monitoraggio prevede l'analisi delle lettere di dimissione di 2 o 3 mesi campione nell'anno e l'invio ai reparti dei report di ritorno (generale e dettagliato per reparto).

CONCLUSIONI Il miglioramento delle lettere di dimissione ottenuto con il lavoro multidisciplinare di questi anni ha portato a notevoli risultati: l'identificazione più completa del paziente limita il rischio di pericolosi scambi di persona e/o di terapia ed inoltre l'immediata identificazione del medico specialista agevola sia il MMG sia il paziente in caso di necessità. L'indicazione della fascia prescrittiva, nonostante sia ancora necessario lavoro ed impegno da parte di tutti, infine permette ai pazienti di avere maggiore chiarezza su quali medicinali siano a carico del SSN e quali no, evitando contenziosi con il medico di famiglia. I risultati che nel tempo hanno mostrato un andamento positivo stimolano alla prosecuzione del monitoraggio e di tutte le azioni informative e formative volte alla promozione della cultura dell'appropriatezza.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mittone Elena	Istituzione	Ex Azienda Sanitaria Locale 4 di Torino
Telefono	011 2403750	Indirizzo	Lungo Dora Savona, 26
Fax	011 2403665	CAP	10152
E-mail	sagittamaior@yahoo.it	Città	Torino

20. SVILUPPO DELLA CLINICAL GOVERNANCE NEL DIPARTIMENTO DIPENDENZE DELLA ASL CITTA' DI MILANO

Mollica R¹, Bruni L¹, Cozzolino E^{2,3}, Trombini M^{2,4}, Gatti RC²

Azienda Sanitaria Locale Città di Milano: ¹Osservatorio Dipartimentale Dipendenze, ²Dipendenze, ³Direttore Sert 1, ⁴Direttore Sert 2

BACKGROUND L'introduzione della Clinical Governance nel Sistema Sanitario Italiano risale ormai a circa 10 anni fa attraverso concetti espressi all'interno del PSN 1998-2000 e nel D.Lgs.229/99; da allora l'indirizzo dei piani sanitari nazionali e regionali hanno sempre preso in considerazione i concetti e gli strumenti della governance. Il Progetto Mattoni, avviato nel 2003, ha poi sancito la definitiva operatività del NSIS come elemento strutturale per una corretta applicazione della governance. Nel settore delle Dipendenze, all'interno del quale operano strutture pubbliche e private, sono stati intrapresi progetti a rilevanza nazionale nell'ottica di implementare strumenti gestionali necessari all'assolvimento sia dei Mattoni del NSIS che dell'Osservatorio Europeo di riferimento per il settore (EMCDDA); attraverso la realizzazione di uno di questi (Progetto SESIT) si sono create le condizioni favorevoli all'avvio del percorso di sviluppo della Clinical Governance all'interno dei Dipartimenti e Servizi per le tossico-alcol dipendenze. L'esperienza SESIT è stata capitalizzata con la definizione del SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze), elemento costituente il NSIS.

OBIETTIVI Attuazione di una strategia coordinata e integrata finalizzata alla realizzazione della Governance attraverso l'implementazione progressiva di elementi strutturali, organizzativi e comportamentali nel Dipartimento Dipendenze.

METODI La vastità dell'argomento Governance ha previsto uno sviluppo strategico che si sta protraendo da circa tre anni. Inizialmente sono state intraprese azioni singole in preparazione alla successiva espansione ed integrazione degli strumenti: nello specifico, e in accordo con le indicazioni aziendali e regionali, vi è stata una forte partecipazione al sistema di qualità interno e un decisivo coinvolgimento nell'adozione di un sistema informativo centralizzato conforme agli standard del Progetto SESIT. In parallelo all'interno del Dipartimento si sono attivate le strutture organizzative così come definite da atti regionali (DGR 12621/03) che prevedevano anche l'istituzione di un Osservatorio quale centro incaricato di 1. espletare le funzioni di antenna, sperimentale, di punto di informazione e di messa in rete 2. portare alla comprensione delle caratteristiche essenziali del fenomeno e delle sue tendenze evolutive e stima della portata del fenomeno, a svolgere attività di monitoraggio delle attività sulle dipendenze, di informazione e di supporto al processo di valutazione degli interventi 3. assolvere, quindi, a quattro funzioni principali a. implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi pubblici e privati b. attivazione e sviluppo di un sistema di allerta rapido sulla comparsa di nuove sostanze stupefacenti e/o di sostanze con caratteristiche altamente significative c. definizione dei criteri di qualità per la remunerazione e la differenziazione dei servizi e secondo l'articolazione degli interventi in essi previsti d. miglioramento delle conoscenze relative al successo dei vari trattamenti con disponibilità di una letteratura di riferimento. Oltre a questo, a carico dell'Osservatorio è stata anche attribuita la funzione di coordinamento e realizzazione dei progetti di formazione e aggiornamento del personale.

RISULTATI Il progressivo avvio di iniziative orientate all'integrazione di strumenti di Governance ha consentito il raggiungimento di particolari obiettivi specifici: • la presenza di un sistema informativo centralizzato, cui partecipano tutte le strutture pubbliche (SERT) del territorio di competenza e la maggior parte di quelle degli Enti Gestori Accreditati (Comunità Terapeutiche e SMI), rappresenta attualmente il riferimento tecnico strutturale del sistema da cui attingere le informazioni necessarie e utili alla programmazione delle attività del settore e all'assolvimento dei debiti informativi sia istituzionali che Aziendali interni. • la parallela strategia di formazione e aggiornamento dei professionisti ha consentito un continuo interscambio tra settore erogativo (SerT) e centrale (Osservatorio/Dipartimento) finalizzato allo sviluppo consapevole, concordato e coordinato di azioni orientate al miglioramento continuo delle attività • la partecipazione attiva con le altre strutture aziendali di riferimento (Controllo di Gestione, Risk Management, Qualità, Formazione, Sistema Informativo, Epidemiologia) ha consentito un coinvolgimento operativo di intenso livello con l'alta Direzione Strategica Aziendale in relazione agli obiettivi Aziendali.

CONCLUSIONI La rilevanza di un approccio organizzativo orientato alla pratica della Clinical Governance rappresenta, attualmente, una strategia difficile da perseguire ma sicuramente utile nei suoi prodotti operativi e per lo sviluppo aziendale. Le difficoltà risiedono generalmente nella sua applicazione trasversale all'interno delle singole aziende (relazione cliente/fornitore interno) e nella sua adozione in analoghi settori di altre aziende (benchmarking).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mollica Roberto	Istituzione	Azienda Sanitaria Locale Città di Milano
Telefono	02 85782693	Indirizzo	Corso Italia, 19
Fax	02 700567997	CAP	20122
E-mail	rmollica@asl.milano.it	Città	Milano

21. REVISIONE TRA PARI DEGLI INDICATORI DI GOVERNO CLINICO PER VALUTARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E MIGLIORARE LA FORMAZIONE PROFESSIONALE

Orlandini D, Nicolini F, Riccò D, Martini M

Azienda USL di Reggio Emilia

BACKGROUND L'audit clinico (da *auditus* = ascoltato) è il metodo che l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia (AUSLRE) utilizza per riflettere in maniera sistematica sulla pratica professionale e per migliorarla; se l'*accountability* è un contratto tra chi fornisce prestazioni e chi si aspetta un risultato da queste prestazioni, l'audit clinico è lo strumento che misura il rispetto di tale contratto. L'audit clinico si basa su un elenco di indicatori di qualità clinica; questi indicatori sono stati definiti sulla base delle evidenze scientifiche di efficacia dell'esito clinico, e sono stati concordati con i professionisti dell'azienda per garantirne la significatività e la piena applicabilità locale.

OBIETTIVI Il primo obiettivo è la tracciatura nel tempo degli indicatori di governo clinico, la loro analisi e la valutazione dei risultati di appropriatezza dell'assistenza; questo si ottiene con l'esame della documentazione prodotta routinariamente dalle strutture e con il confronto con gli standard contenuti nell'elenco degli indicatori o nelle linee guida pratiche prodotte e applicate all'interno dell'azienda. L'altro obiettivo principale dell'audit è il confronto tra i professionisti con il metodo della "revisione tra pari", ed è per questo che partecipano all'audit anche i professionisti della struttura in esame, così che la valutazione sviluppa effetti migliori sul miglioramento delle prestazioni cliniche.

METODI L'AUSL RE gestisce 5 ospedali, l'assistenza ambulatoriale, i servizi psichiatrici e la sanità pubblica. Utilizziamo l'audit in due modi. L'audit prospettico prevede la traslazione delle linee guida nella pratica clinica e la valutazione dei risultati della loro applicazione. L'audit retrospettivo presuppone la definizione di un elenco di indicatori validi per tutta l'organizzazione e la loro periodica valutazione con l'esame della documentazione clinica. I medici, infermieri e tecnici che sono diventati valutatori e sono stati formati sulla *evidence based medicine*, sulle tecniche dell'audit clinico e della revisione tra pari, partecipano al processo di definizione e manutenzione degli indicatori e nella sperimentazione di ciascun indicatore prima che sia inserito nell'elenco aziendale. La valutazione è fatta mediante l'elaborazione di dati elettronici se vi è una raccolta digitale, oppure mediante l'esame di 20 cartelle cliniche consecutive selezionate con il DRG appropriato; dal 2008 la cadenza è quadrimestrale. I valutatori abitualmente lavorano nei reparti e servizi dell'azienda: essi effettuano una revisione tra pari o esaminano le cartelle cliniche dei pazienti compilate dai loro colleghi che lavorano in un altro ospedale o distretto. Lo staff Qualità, Accreditamento e Unità Efficacia Clinica organizza e supervisiona tutti gli audit clinici per garantire che il metodo sia applicato in modo oggettivo e che i risultati siano effettivamente corretti: solo con questa sicurezza i dati possono essere utilizzati nelle decisioni per pianificare e migliorare le attività delle strutture operative, e dell'azienda nel suo complesso. Agli audit possono partecipare anche professionisti della struttura valutata che affiancano gli auditor durante l'esame dei documenti.

RISULTATI Gli audit prospettici in corso riguardano l'endoscopia digestiva, l'assistenza alla gravidanza fisiologica, l'ecografia, l'uso delle statine nella prevenzione cardiovascolare, l'infarto miocardico acuto, il diabete, lo scompenso cardiaco, la BPCO, il dolore toracico, la profilassi postoperatoria della TVP, l'antibiotico profilassi in chirurgia. I gruppi di audit riferiscono periodicamente i risultati, e la discussione avviene all'interno del gruppo e con la direzione del presidio ospedaliero o dell'azienda. L'audit retrospettivo è basato su un elenco di indicatori in tema di efficacia scurezza, affidabilità, tempestività, soddisfazione e documentazione. Ciascuno standard è descritto con il codice, la definizione, il numeratore, il denominatore, i criteri di inclusione e di esclusione e tutte le altre definizioni che si considerano necessarie per la valutazione dell'indicatore. Gli indicatori sono tracciati dal 2004 e sono quindi riportati i dati di valutazione.

CONCLUSIONI L'analisi dei dati dell'audit aiuta le strutture operative a riconoscere le aree di insufficiente performance e a pianificare progetti di miglioramento per ottenere risultati migliori, e aiuta la direzione dell'azienda a pianificare progetti di miglioramento di sistema e a definire le aree da sostenere con formazione o con nuove risorse. La valutazione mediante *peer review* è considerata una valutazione tecnica e non amministrativa e i professionisti la apprezzano: questo è un importante risultato del progetto. Il processo di audit porta un reale miglioramento nei servizi al paziente perché i professionisti diventano più competenti e le strutture prestano maggiore attenzione al *clinical pathway* del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Orlandini Danilo	Istituzione	Azienda USL di Reggio Emilia
Telefono	0522 335440	Indirizzo	Via Amendola, 2
Fax	0522 335120	CAP	42100
E-mail	danilo.orlandini@ausl.re.it	Città	Reggio Emilia

22. PROFILASSI DELLA MALATTIA TROMBOEMBOLICA IN UN DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA: QUANDO L'INAPPROPRIATEZZA È IN DIFETTO

Patti AL, Gasbarrone L, Alegiani M, Cinquini S, Lo Iacono C, Melilli S, Zimmatore EI, Berti F

AO San Camillo Forlanini - Roma

BACKGROUND La malattia tromboembolica (MT) è una complicanza comune durante e dopo l'ospedalizzazione per chirurgia o malattie mediche acute. Recenti studi (ENDORSE, IMPROVE) hanno evidenziato come, nonostante l'ampia disponibilità in letteratura di linee guida (LG) evidence-based che ne raccomandano l'uso, la profilassi della MT è ancora ampiamente sottoutilizzata. In particolare il 65 - 83% dei pazienti ricoverati per patologie mediche acute a rischio per MT non riceve la profilassi.

OBIETTIVI Abbiamo effettuato un Audit clinico per valutare l'utilizzo della profilassi della MT nei pazienti medici acuti ricoverati nel Dipartimento di Medicina Interna della nostra Az. Ospedaliera.

METODI Applicando la metodologia proposta dal GIMBE, sono state ricercate e valutate mediante AGREE le LG sulla profilassi tromboembolica pubblicate sulle principali banche dati di LG. La LG "Prevention of Venous Thromboembolism" della ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) pubblicata nel giugno 2008 è stata individuata come standard con cui confrontare la pratica corrente. Abbiamo esaminato l'appropriatezza della tromboprofilassi in tutti i ricoverati nelle UU.OO. di Medicina Interna. Per limitare l'entità del campione è stato definito come periodo di osservazione l'ultimo bimestre del 2007. La popolazione era costituita da 476 pazienti. Escludendo i dimessi con diagnosi di patologie che richiedono terapia anticoagulante e quelli con ricoveri di durata < 5 gg e > 20 gg, considerati outliers rispetto alla media, la popolazione risultava di 192 pazienti. Per il calcolo del campione è stato utilizzato il "Sample size calculator" del King's College Hospital del NHS e, ipotizzando una percentuale di pazienti non trattati del 70%, è stato calcolato in 120 il numero di cartelle da esaminare. Nella revisione delle cartelle cliniche è stata utilizzata una "Scheda raccolta dati" in cui sono state registrate informazioni sulla necessità di riposo a letto del paziente, i fattori di rischio per tromboembolismo, l'eventuale presenza di controindicazioni all'anticoagulazione e la somministrazione della profilassi (dosi e durata). I dati raccolti sono stati elaborati con EpiInfo versione 3.4.3 del 2007.

RISULTATI Delle 120 cartelle richieste è stato possibile esaminarne 114 per indisponibilità dell'archivio clinico. La popolazione valutata aveva un'età media di 73,4 anni (mediana 75) e una degenza media di 12,4 giorni (mediana 12). Il fattore di rischio per MT più frequente nel campione esaminato era sicuramente l'età avanzata (65,8%), seguito dalla patologia neoplastica (15,8%), da quella neurologica acuta (14,9%), dallo scompenso cardiaco (10,5%) e dalla patologia respiratoria acuta (9,6%). Nel 6,1% delle cartelle esaminate non erano disponibili dati che consentissero di valutare se fosse stato prescritto o meno il riposo a letto, 10 pazienti risultavano in terapia anticoagulante, quindi l'analisi ha riguardato 97 pazienti. Nel campione analizzato la profilassi è stata effettuata in 30 pazienti, cioè nel 30,9%. Tra i 97 pazienti, 12 presentavano controindicazioni alla tromboprofilassi: 7 pazienti per sanguinamenti maggiori (emorragia cerebrale in atto), 2 pazienti per lesioni a rischio di sanguinamento (varici esofagee) e 3 pazienti per storia di emorragia digestiva o intracranica negli ultimi 3 mesi. Quindi la profilassi è stata effettuata in modo appropriato nel 35,3%. Per quanto riguarda l'inappropriatezza in eccesso dell'utilizzo della profilassi tromboembolica, 9 dei 12 pazienti con controindicazioni all'anticoagulazione non sono stati trattati, mentre 3 sono stati comunque sottoposti a terapia. Pertanto la percentuale di inappropriatezza è risultata del 25%.

CONCLUSIONI Dai risultati ottenuti sembra evidente che anche nelle nostre UU.OO., così come descritto in letteratura, la profilassi della MT è sottoutilizzata e si rende necessario un intervento di implementazione per migliorare l'appropriatezza. Nel mese di ottobre 2008 abbiamo attuato un piano di diffusione della LG della ACCP attraverso incontri interattivi con i professionisti del Dipartimento di Medicina Interna durante i quali sono state illustrate le raccomandazioni della LG e diffusi i risultati dell'Audit. È stato inserito nella cartella clinica un "reminder" cartaceo che elenca i fattori di rischio per MT e i fattori che controindicano l'anticoagulazione al fine di implementare il corretto utilizzo della profilassi tromboembolica. Abbiamo programmato per gennaio 2009 una nuova analisi di un campione di cartelle cliniche di pazienti ricoverati nell'ultimo bimestre del 2008 e verrà effettuato un confronto con i risultati del precedente audit.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Patti Anna Linda	Istituzione	AO San Camillo Forlanini
Telefono	06 58704283 - 3449 - 3445	Indirizzo	Piazza C. Forlanini, 1
Fax	06 58704346	CAP	00151
E-mail	apatti@scamilloforlanini.rm.it	Città	Roma

23. PRODURRE LINEE GUIDA IN ASSENZA DI EVIDENZE: IL CASO DELLE LESIONI CUTANEE

Peghetti A¹, Pomponio G²

¹AOU di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi - Presidente AISLeC, ²AOU Ospedali Riuniti di Ancona - Consiglio Direttivo AISLeC

BACKGROUND Da diversi anni la ricerca in ambito sanitario in generale, e nel Wound Care in particolare, ha permesso l'introduzione di nuovi prodotti che sfruttano i moderni principi di medicazione, permettendo il raggiungimento di notevoli risultati in termini di outcomes e di qualità dell'assistenza ed incidendo nel contempo positivamente sui costi generali del trattamento e sulla soddisfazione degli operatori. Allo scopo di valutare e supportare, con maggior efficacia, l'introduzione e l'utilizzo di prodotti di medicazione specifici per il trattamento topico delle lesioni con colonizzazione critica e/o infezione, che siano in grado di contribuire a migliorare sia la salute del cittadino, sia il rapporto costo-beneficio delle cure, si è costituito un Panel multidisciplinare, che, attraverso la revisione critica della letteratura, ha prodotto Raccomandazioni di comportamento clinico utilizzando la metodologia prevista dal "Metodo GRADE". Il sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) nasce da un'informale collaborazione di esperti con l'interesse di dare un indirizzo agli attuali sistemi di valutazione della salute e delle cure. Adottato dalla World Health Organization (WHO) e da un crescente numero di organizzazioni mondiali a livello sanitario, il nuovo approccio metodologico GRADE inaugura un percorso strutturato di analisi della qualità dell'evidenza clinica, orientato a definirne i parametri ed i criteri di valutazione secondo una semplificata indicazione di efficacia (strong/weak/recommended), basata sul differente rapporto tra fattori primari che influiscono sul processo diagnostico-terapeutico (beneficio/rischio/peso/costi).

OBIETTIVI Il presente Progetto ha perseguito gli obiettivi di valutare e supportare, con maggior efficacia, l'introduzione e l'utilizzo di prodotti di medicazione specifici per il trattamento topico delle lesioni con colonizzazione critica e/o infezione utilizzando gli strumenti comunemente accettati dalla comunità scientifica, l'efficacia clinica dei prodotti di medicazione che sono caratterizzati dalla presenza di Argento come principio attivo nella loro composizione. Le Raccomandazioni in tal modo prodotte permetteranno di evidenziare la corretta pianificazione ed organizzazione dell'assistenza, garantendo ai fruitori ultimi: i pazienti, ed ai decisori sanitari e non, l'utilizzo di prodotti che rispondano a requisiti di qualità, sicurezza, efficacia, appropriatezza e rapidità di risoluzione della problematica ulcerativa quando complicata da colonizzazione critica e/o infezione.

METODI Lo svolgimento del lavoro è stato suddiviso in fasi ed ha ripercorso i passaggi previsti dalle indicazioni metodologiche del GRADE: Fase 1 – Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare (GLM) Fase 2 – Definizione dei quesiti ed individuazione degli outcomes Fase 3 – Votazione degli outcomes Fase 4 – Ricerca sistematica della letteratura Fase 5 – Valutazione critica della letteratura Fase 6 – Costruzione delle tabelle delle evidenze Fase 7 – Votazione delle raccomandazioni Fase 8 – Validazione degli stakeholder esterni

RISULTATI Sono state prodotte cinque categorie di raccomandazioni suddivise nelle seguenti classi di lesioni cutanee: - Lesioni da pressione - Lesioni vascolari venose - Lesioni vascolari arteriose - Lesioni diabetiche

CONCLUSIONI Il progetto ha evidenziato la scarsa qualità degli studi disponibili in tema di trattamento delle lesioni cutanee con colonizzazione critica e/o infezione e la necessità di disegnare studi randomizzati e controllati visto l'esiguo numero di trial reperiti. I risultati ottenuti, offrono però agli operatori professionali che si trovano a dover effettuare le scelte cliniche per i pazienti affetti dalle tipologie di lesioni cutanee croniche sopra descritte, alcune indicazioni per l'appropriato utilizzo di medicazioni contenenti argento come principio attivo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Peghetti Angela	Istituzione	AOU Policlinico S. Orsola - Malpighi
Telefono	051 6361462	Indirizzo	Via Albertoni, 9
Fax	051 6361375	CAP	40127
E-mail	angela.peghetti@aosp.bo.it	Città	Bologna

24. PROGETTO GIUNONE: MIGLIORAMENTO ASSISTENZIALE MEDICO-INFERMIERISTICO IN STRUTTURA SEMPLICE ORGANIZZATIVA DI CHIRURGIA SENOLOGICA

Pellini F¹, Pollini GP¹, Biondani C², Biondani L³, Mansueti N⁴, Marchi MR⁵

AO Istituti Ospitalieri di Verona: ¹ Policlinico G. Rossi di Borgo Roma – S.O. Chirurgia Senologica, ² Ufficio Aggiornamento e Formazione Permanente, ³ Policlinico G. Rossi di Borgo Roma – U.O. Chirurgia Generale A, ⁴ Area Formazione Servizio per le Professioni Sanitarie, ⁵ Policlinico G. Rossi di Borgo Roma – Day Hospital Chirurgici

BACKGROUND Il progetto Giunone nasce come progetto di miglioramento all'interno di un percorso di formazione sul campo. Prevede l'integrazione e la collaborazione tra medici, infermieri e pazienti nell'ambito del trattamento chirurgico della patologia mammaria. Il lavoro segue l'iter assistenziale-terapeutico della malata, dalla fase di pre-ricovero (accettazione amministrativa e infermieristica) alla fase di dimissione e post-ricovero. La filosofia assistenziale condivisa dal team è quella di considerare la donna affetta da patologia mammaria al centro del sistema organizzativo, accompagnandola in ogni passo del suo lungo e articolato percorso. Ciò richiede un modello assistenziale organizzato per processi che garantisca un costante collegamento fra la donna e le altre figure professionali coinvolte nel processo di diagnosi, cura, riabilitazione e follow-up, comprese le associazioni di volontariato debitamente formate e il medico di medicina generale. Il modello organizzativo riconosce la centralità del concetto di utente, elevati livelli di appropriatezza dell'offerta e soddisfacimento della domanda, attenzione all'efficacia e alla semplicità dell'organizzazione, che consentono di perseguire obiettivi anche in termini di riduzione di tempi e costi.

OBIETTIVI Essere in grado di garantire un servizio capace di offrire prestazioni di alto profilo per la cura di tutte le patologie della mammella in ambito chirurgico, con riferimento al cancro in ogni suo aspetto e stadio. Identificare gli strumenti da utilizzare nella presa in carico del paziente nelle diverse fasi del processo. Essere in grado di revisionare e produrre strumenti operativi-informativi da utilizzare nella presa in carico del paziente nelle diverse fasi del processo. Aggiornare le conoscenze in riferimento a diversi modelli organizzativi da poter impiegare. Identificare i fattori da presidiare per coinvolgere i medici di famiglia, le istituzioni, gli enti e la collettività nel percorso clinico dell'utente. Monitorare i livelli di qualità delle cure prestate, attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati. Ottimizzare l'impiego di risorse esistenti. Migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti.

METODI Le fasi del progetto prevedono la presenza attiva del personale medico ed infermieristico del Day Hospital e del reparto che lavorerà singolarmente e in piccoli gruppi (4) con lettura preliminare di testi ed articoli scientifici finalizzata alla costruzione di una base comune di conoscenze e/o all'analisi e comparazione di dati, per l'individuazione e la condivisione di obiettivi clinico-organizzativi comuni di miglioramento. Sono previsti incontri in plenaria per condividere e discutere lo stato di avanzamento del progetto, per affrontare macroargomenti riguardanti i seguenti temi: modelli organizzativi a confronto e in particolare l'esperienza del case manager, la ricostruzione mammaria mediante metodica "lipofilling", la radioterapia mammaria intraoperatoria, il medico di medicina generale, le istituzioni, gli enti e il mediatore culturale nel percorso clinico assistenziale dell'ammalata. Nell'ambito del progetto si è inserita anche la figura della fisioterapista, attraverso un incontro settimanale in reparto. Lo scopo è quello di fornire alla paziente nella fase post-operatoria, nell'ottica dell'educazione alla salute, un momento di conoscenza e informazione degli aspetti riabilitativi. E' stato inoltre prodotto un questionario composto da quesiti a scelta multipla da proporre alla donna sottoposta ad intervento chirurgico, al fine di verificare l'indice di gradimento dell'assistenza medico-infermieristica durante il percorso di cure.

RISULTATI L'applicazione di un modello organizzativo trasversale permette lo sviluppo e l'implementazione di una attività altamente specialistica e di eccellenza per la patologia mammaria. Il risultato ambito è quello di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso le fasi di accoglienza, informazione, comunicazione, ascolto, consenso, organizzazione medico-infermieristica, dimissione, post-ricovero, nell'intento ideale di garantire ad ogni paziente una equipe medico-infermieristica di riferimento. Questo comporta l'utilizzo, creazione e /o revisione di strumenti operativi in grado di documentare la presa in carico della donna, con la produzione di una cartella senologica integrata, di una brochure informativa da consegnare alle pazienti al momento del ricovero e di una lettera di dimissione integrata medico-infermieristica da inviare per via telematica al medico di famiglia.

CONCLUSIONI Il percorso prevede l'analisi di problemi emersi e soprattutto l'implementazione del cambiamento e il suo monitoraggio. Tappa successiva sarà la valutazione dell'impatto del cambiamento, sia a livello organizzativo che conoscitivo, del singolo e del gruppo. Questa è la condizione che un presente in continuo cambiamento, fatto di obiettivi condivisi, comune senso di partecipazione, qualità e formazione, ci richiede.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pellini Francesca	Istituzione	AO Istituti Ospitalieri di Verona - Policlinico G. Rossi di Borgo Roma
Telefono	045 8124464	Indirizzo	Piazzale Ludovico Scuro, 10
Fax	045 8124544	CAP	37134
E-mail	francesca.pellini@azosp.vr.it	Città	Verona

25. QUALITÀ DI VITA E SALUTE: LA PERCEZIONE DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTI CHIRURGICI E MEDICI

Re LG

AO San Paolo - Milano

BACKGROUND I pazienti ricoverati in una U.O. sono sottoposti ad un trattamento, chirurgico o medico, per il ripristino del loro stato di salute. L' esito del servizio erogato può includere un peggioramento della qualità di vita e l' insorgenza di uno stato di disabilità, transitorio o permanente.

OBIETTIVI Esaminare la relazione fra alcune variabili legate al paziente e al trattamento ricevuto e la variazione della qualità di vita percepita dall' accettazione alla dimissione e dopo 45 giorni.

METODI Disegno dello studio: studio di coorte prospettico in popolazione dinamica. Contesto: U.O. di Chirurgia Vascolare e di Urgenza e U.O. di ORL di una A.O. di Milano. Metodo: la variazione della qualità di vita percepita da una popolazione, selezionata attraverso un campionamento di convenienza, di 250 pazienti (di cui 41 seguiti al follow up) sottoposti a trattamento chirurgico o medico, è stata valutata attraverso l'utilizzo dello strumento psicometrico EuroQol Questionnaire.

RISULTATI Emergono associazioni di tipo positivo fra il guadagno in qualità di vita percepita dopo il trattamento e: 1) il DRG chirurgico rispetto a quello medico 2) il ricovero urgente rispetto a quello ordinario 3) la presenza di almeno due patologie concomitanti 4) una degenza media superiore a 5 giorni. Al follow up si osserva come non vi sia più differenza fra guadagno in salute ottenuto con trattamento chirurgico vs trattamento medico o per ricoveri urgenti vs ricoveri ordinari.

CONCLUSIONI La variazione della qualità di vita percepita da un paziente dopo un trattamento chirurgico o medico non è prevedibile a distanza di tempo dalla dimissione perché: 1) la qualità di vita è una dimensione solo in alcune sue espressioni misurabile; 2) essa assume un valore ed un senso unico, soggettivo e non standardizzabile: dopo la dimissione risente di fattori socioaffettivi ed ambientali che assumono un ruolo preponderante su quelli demografici e clinici. Keywords: qualità di vita percepita, QALY, trattamento chirurgico/medico.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Re Luca Giuseppe	Istituzione	AO San Paolo
Telefono	02 81841 (lavoro) 02 36566444 (casa)	Indirizzo	Via A. Di Rudini, 8
Fax	02 654898	CAP	20100
E-mail	lucagiuseppere@gmail.com	Città	Milano

26. REPORT ON EFFECT OF PARAMETERS OF WEIGHT AS PREDICTORS LOW BMD IN TOTAL HIP AND NECK

Salgarello M, Malfatti V, Lupi A, Orsolon P, Zanco P

Servizio di Medicina Nucleare - Ospedale S. Bortolo - Vicenza

BACKGROUND Mass screening for osteoporosis is not recommended among postmenopausal women.

OBIETTIVI The objective of this study was to develop and validate a “new” clinical tool to help clinicians to identify which postmenopausal women are at increased risk for osteoporosis and should therefore undergo further testing with bone densitometry (DXA).

METODI The population of study were all postmenopausal women aged 40-80 years who had undergone testing with dual-energy x-ray absorptiometry (DXA, Hologic QDR 4500 or Hologic Discovery) at both the proximal hip BMD (neck and total), and the lumbar spine BMD (L1–L4) in Nuclear Medicine Department of S. Bortolo Hospital Vicenza between May 2007 and July 2008. Participants who had a previous diagnosis of secondary osteoporosis or were taking bone active medication other than ovarian hormones were excluded (Etidronate, Clodronate, Pamidronate, Alendronate, Risedronate, Ibandronate, Neridronate, Raloxifene, Strontium Ranelate and Hormone Replacement Therapy). The main outcome measure was low bone mineral density (proximal femur): Neck T-score < - 2.0 and/or total hip < - 2.0 (standard deviations below the mean for young caucasian women). The study population comprised 3600 women postmenopausal women. A simple algorithm based on age, time of ovarian life (calculated by menarce, menopause, number of pregnancy and months of breast-feeding), BMI at 25-30 yrs, present BMI, smoke and presence of fracture hip of mother or/and father and life style (physical activity and calcium intake).

RISULTATI Vicenza Risk Osteoporosis Assessment (V-ROA-weight) showed that Algorithm-Weight (developed by weight at 20-25 yrs, present weight, delta weight, BMI at 20-25 yrs, present-BMI, delta-BMI) had a sensitivity of 86.6% (95% confidence interval CI 95%, 78.2% – 92.30%) and a specificity of 27.8% (95% CI 22.2% – 32.9%) for selecting women with low bone mineral density (femoral neck T-score and/or total femoral < - 2.0). This sensitivity promise an extensive utilise of “ weight parameters ” for the construction final algorithm in the total study population.

CONCLUSIONI In this report the use of the V-ROA-weight represented about 25% reduction in DXA testing compared with screening all women (40-80 yrs) in our study.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Salgarello Matteo	Istituzione	Azienda ULSS 6 – Ospedale S. Bortolo
Telefono	0444 752731	Indirizzo	Via Rodolfi, 37
Fax	0444 752606	CAP	36100
E-mail	salgabone@yahoo.it	Città	Vicenza

27. LE BASI SCIENTIFICHE DELLA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE

Sestini P

Dipartimento di Medicina Clinica e Scienze Immunologiche - Università degli Studi di Siena

BACKGROUND Nonostante (o a causa) della sua crescente popolarità, poche discipline sono sottoposte a critiche così violente, frequenti, disinformate ed ingiustificate come l'EBM. Le critiche più ricorrenti riguardano il significato della parola "evidenza", la percezione della EBM come una autorità dogmatica che pretende di fornire delle "verità" e imporle tramite linee guida, l'idea che si basi unicamente sulle metanalisi, e l'idea che preveda che tutti i malati di una malattia siano uguali e necessitino dello stesso trattamento. Recentemente, a queste ne è stata aggiunta un'altra, cioè che l'EBM non abbia un fondamento scientifico poiché non è stata mai dimostrata scientificamente (Tobin MJ, Chest 133:1071, 2008).

OBIETTIVI Esaminare le obiezioni rivolte all'EBM, in particolare riguardo alla sua presunta non scientificità.

METODI Analisi critica a partire dalle evidenze disponibili e dalle basi epistemologiche della disciplina.

RISULTATI In realtà chi fa questa ultima critica è dis informato non solo sulla EBM, ma sulla scienza in generale. Sull'EBM, perché vi sono numerosi studi in cui singoli aspetti dell'EBM sono stati messi alla prova scientificamente. Sulla scienza perché la critica ignora che le basi scientifiche di una disciplina non dipendono da prove di conferma, ma dalla sua falsificabilità. E l'uso che nell'EBM si fa del termine "evidenze" è una precisa applicazione del criterio di demarcazione indicato da KR Popper (1902-1994) come base della conoscenza scientifica. Analogamente, il procedimento dell'EBM, (problema, formulazione della domanda, ricerca e valutazione critica delle evidenze), corrisponde fedelmente al processo evolucionistico di formazione della conoscenza oggettiva proposta dallo stesso autore, mentre l'ultimo passo, applicazione in accordo con i valori del paziente, costituisce una applicazione della legge di Hume (1711-1776) che esclude la possibilità di derivare logicamente da una affermazione descrittiva (evidenza) una affermazione normativa (ciò che va fatto). Non va infine dimenticato che l'EBM "riguarda l'integrazione dell'expertise clinica con le migliori evidenze disponibili", e che non esiste senza expertise.

CONCLUSIONI La obiezione che l'EBM non abbia basi scientifiche è risultata infondata. Se tuttavia queste critiche possono servire a rendersi conto che l'applicazione acritica di qualsiasi informazione (sia essa dogmatica o empirica), incluse metanalisi, linee guida e checklists, è probabilmente destinata a provocare più danni che benefici, potranno risultare comunque utili ad una migliore pratica dell'EBM.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sestini Piersante	Istituzione	Università di Siena
Telefono	0577 586710	Indirizzo	Viale Bracci, 3
Fax	0577 280744	CAP	53100
E-mail	sestini@unisi.it	Città	Siena

28. EBM PRE-CORE CURRICULUM NEGLI STUDENTI DI MEDICINA: CINQUE ANNI DI ESPERIENZA ALL'UNIVERSITÀ DI SIENA

Sestini P

Dipartimento di Medicina Clinica e Scienze Immunologiche - Università degli Studi di Siena

BACKGROUND Il pre-core curriculum EBM include conoscenze e abilità di base di epidemiologia clinica, lingua inglese, pensiero critico, letteratura scientifica, computer/internet. Molte di queste capacità sono trascurate nella formazione dei professionisti della sanità.

OBIETTIVI All'Università di Siena abbiamo allestito da diversi anni un corso per familiarizzare gli studenti di Medicina con la letteratura scientifica.

METODI Il corso, alla sua quinta edizione, fa parte di un corso di apprendimento per problemi a piccoli gruppi distribuito nei primi tre anni e denominato AISMe (Apprendimento Multidisciplinare delle Scienze Mediche <http://aisme.med.unisi.it>). Durante il secondo anno, circa 140 studenti a gruppi di 12-13 si incontrano settimanalmente per tre mesi con l'assistenza di due docenti-tutor per discutere uno scenario clinico che richiede la ricerca e la lettura di uno specifico articolo in lingua inglese per affrontare una domanda di sfondo (a due componenti). Partecipano anche a due sessioni pratiche in un'aula informatica, con l'assistenza di una bibliotecaria, per familiarizzarsi con le riviste online e le ricerche su Pubmed. Durante il terzo anno vengono affrontati problemi clinici con domande di primo piano (PICO). La prova finale si svolge al computer nell'aula informatica utilizzando la piattaforma di e-learning Moodle e consiste in un questionario a scelte multiple ed in un breve compito scritto riguardo ad un problema clinico che richiede la ricerca e la valutazione critica di uno studio clinico.

RISULTATI Alla fine del secondo anno, quasi tutti gli studenti dimostrano di conoscere le diverse fonti di informazione e sono in grado di leggere ed identificare le diverse parti di un articolo, ma impiegano in media 90 minuti per leggere una breve review di 3-4 pagine e la maggior parte ancora confonde i diversi tipi di articolo. Al termine del terzo anno, tuttavia, il 98% classifica correttamente un trial clinico o una rassegna sistematica, e tutti riescono a terminare una valutazione critica di un articolo clinico in meno di due ore. La maggior parte degli studenti apprezza il corso, particolarmente le discussioni e l'uso di Pubmed. Nonostante affrontino un formale corso di epidemiologia e statistica al primo anno, solo pochi sono in grado di ricordare concetti statistici di base ed integrarli nella soluzione dei problemi durante le discussioni nei gruppi.

CONCLUSIONI Concludiamo che è possibile introdurre precocemente nel curriculum del Corso di Laurea in Medicina l'apprendimento delle abilità di base per la pratica dell'EBM, e che a questo scopo le tecniche didattiche interattive sembrano più efficaci rispetto a quelle convenzionali.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sestini Piersante	Istituzione	Università di Siena
Telefono	0577 586710	Indirizzo	Viale Bracci, 3
Fax	0577 280744	CAP	53100
E-mail	sestini@unisi.it	Città	Siena

29. TRATTAMENTO PRECOCE DEL DOLORE ACUTO IN PRONTO SOCCORSO: ANELLO DEBOLE DELL'OSPEDALE SENZA DOLORE

Sofia S, Berti V, Marchesini N, Sbano D, Marsigli L, Magelli A, Cazzoli A, Russo T, Neri B, Descovich C

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND La letteratura scientifica abbonda di dati su una diffusa “mal practice” sanitaria cui ci si riferisce con il concetto di ‘oligoanalgesia’ nei DEU. Non abbiamo ragione di supporre che le Unità Operative di Pronto Soccorso del DEU dell’Ausl Bologna siano esenti da tale “mal practice”. Le associazioni dei pazienti sollecitano un mutamento nell’approccio al sintomo dolore – considerato ormai ‘il quinto segno vitale’ – e nella risposta a esso nelle situazioni di emergenza-urgenza. Queste tematiche si inscrivono nel Progetto Regionale ‘Ospedale senza dolore’ e recepiscono le indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 alle pagine 41-42

OBIETTIVI Migliorare la qualità delle prestazioni professionali nel trattamento del dolore in Pronto Soccorso, realizzato tramite l’implementazione di Linee Guida e con lo strumento dell’Audit Strutturato.

METODI Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (GLAM). Ricerca di Linee Guida. Integrazione di Linee Guida. Adattamento locale. “Updating”. Dissemination: Incontro di presentazione della Linea Guida da parte del GLAM, Invio della LG in formato elettronico a tutti i PS del DEU (destinatari: Referenti Medici e CPSE, cui si richiede la diffusione locale del prodotto), Inserimento della LG nella rete Intranet. Predisposizione di una Quick Reference Guide da distribuire a tutti gli operatori coinvolti. Implementation: Fase pilota: identificazione degli ostacoli non emersi nella valutazione preliminare: 1) meeting educazionali interattivi: incontri in piccoli gruppi multidisciplinari nei quali i professionisti vengono istruiti sulle nuove raccomandazioni mediante l’esposizione e la condivisione di processi decisionali 2) reminder: elaborazione di schede grafiche con le raccomandazioni bene evidenziate. 3) incontro conclusivo della fase pilota concepito per impostare le strategie di implementazione definitive. Fase operativa: estensione delle strategie a pieno regime 1) ottimizzazione dei reminders e loro logistica 2) meeting educazionali interattivi 3) Audit clinico strutturato. Evaluation: Fase 1. Preparazione dell’Audit: Formulazione di un progetto di verifica (operatori coinvolti, temi, obiettivi, misure della qualità dell’assistenza coerenti con una buona pratica professionale, casi da includere). Misurazione della pratica quotidiana (raccolta e analisi di dati validi e attendibili secondo i principi dell’etica e della riservatezza). Valutazione dei dati relativi alla pratica quotidiana. Analisi dei dati (la pratica rilevata è buona? In caso contrario, quali miglioramenti sono necessari? Se la risposta è SI l’azione necessaria è dare agli operatori un feedback informativo sulla bontà della pratica attuale, Se la risposta è NO occorre prendere decisioni relative a una strategia e a un piano operativo per correggere la pratica e quindi attuare il piano operativo. In entrambi i casi la verifica avviene sul piano della valutazione degli indicatori prescelti. Fase 2. Selezione degli indicatori Il GLAM, dopo accurata valutazione dei contesti di applicazione del progetto, ha scelto di identificare solo indicatori di processo e ha sviluppato il seguente set di indicatori: Valutazione del dolore in sede di triage, Somministrazione di farmaci antidolorifici al triage in pazienti sottoposti a valutazione con VAS, Somministrazione di farmaci antidolorifici dall’equipe medico/infermiere in pazienti sottoposti a valutazione con VAS non trattati in triage, Tempo di somministrazione del farmaco antidolorifico, Rivalutazione dei pazienti trattati al triage entro i 30’, Prescrizione di farmaci analgesici alla dimissione. Fase 3. Misurare la pratica quotidiana. Fase 4. Operare i miglioramenti. Fase 5. Intraprendere azioni correttive. Fase 6. Ripetere il ciclo di verifica.

RISULTATI Vicenza Risk Osteoporosis Assessment (V-ROA-weight) showed that Algorithm-Weight (developed by weight at 20-25 yrs, present weight, delta weight, BMI at 20-25 yrs, present-BMI, delta-BMI) had a sensitivity of 86.6% (95% confidence interval CI 95%, 78.2% – 92.30%) and a specificity of 27.8% (95% CI 22.2% – 32.9%) for selecting women with low bone mineral density (femoral neck T-score and/or total femoral < - 2.0). This sensitivity promise an extensive utilise of “ weight parameters ” for the construction final algorithm in the total study population.

CONCLUSIONI In this report the use of the V-ROA-weight represented about 25% reduction in DXA testing compared with screening all women (40-80 yrs) in our study.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sofia Soccorsa	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6478275	Indirizzo	Largo Bartolo Nigrisoli, 2
Fax	051 6478230	CAP	40100
E-mail	soccorsa.sofia@ausl.bo.it	Città	Bologna

30. AUDIT E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

Vidotto L¹, De Sarno C², Delle Case M³, Fragalli A³, Furlani C⁶, Gallo T², Giacomelli A⁴, Gubiani N⁴, Milillo MG⁴, Cinquemanni C¹, Sturam S⁵

ASS 4 Medio Friuli: ¹Distretto Sanitario di Cividale del Friuli, ²Dipartimento di Prevenzione - Udine, ³Distretto Sanitario di Udine, ⁴Distretto Sanitario di San Daniele, ⁵Distretto Sanitario di Codroipo, ⁶Distretto Sanitario di Tarcento

BACKGROUND E' ormai noto come le Infezioni Correlate a Pratiche Assistenziali (ICPA) in tutti gli ambiti in cui si erogano prestazioni a carattere sanitario, causino sofferenze fisiche e morali ai pazienti e costituiscano un costo ed una sconfitta per i Sistemi Sanitari. Numerosi studi hanno però dimostrato come la realizzazione di programmi di sorveglianza e controllo ben strutturati, contribuiscano a ridurre l'incidenza delle ICPA abbattendo così i loro costi. L'Azienda per i Servizi sanitari n.4 Medio Friuli ha costituito nel 2002 il Gruppo Operativo Territoriale per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali, formato da un team multiprofessionale di medici, infermieri, assistenti sanitari.

OBIETTIVI Il programma di sorveglianza e controllo delle infezioni persegue i seguenti obiettivi: - prevenire le infezioni correlate a pratiche assistenziali - costituire un punto di riferimento e supporto a livello aziendale - garantire continuità degli interventi di prevenzione e monitoraggio nel collegamento tra Ospedale e Territorio.

METODI Il programma di sorveglianza e controllo delle infezioni nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e nelle residenze assistenziali protette viene attuato attraverso: - indagini ripetute di prevalenza delle infezioni - restituzione alle Unità operative dei dati di sorveglianza - audit clinici di struttura sui livelli performance - revisione dei protocolli/LG, diffusione e monitoraggio delle conoscenze - attività di informazione periodica alle strutture operative - organizzazione eventi formativi. Dal 2005 è attiva una sorveglianza delle infezioni nelle RSA con indagini di prevalenza a carattere trimestrale. Per le rilevazioni è impiegata una scheda per ogni paziente nella quale sono sintetizzati dati anagrafici, quelli clinici generali, quelli relativi alla sintomatologia di ogni singolo apparato e suscettibili di individuare infezioni. Sono a tal proposito sorvegliate le infezioni delle vie urinarie, respiratorie, influenzali, e s. influenzali, congiuntiviti, cavo orale, cutanee, erpetiche, gastroenteriti e sepsi. Per la diagnosi di infezione vengono utilizzati i criteri dell'American Practioner Infection Control.

RISULTATI Sono stati sorvegliati dal giugno 2005 al giugno 2008 complessivamente 1.075 pazienti compresi in 6 RSA. La prevalenza delle infezioni è stata di 6,6/100 pazienti con variabilità tra le diverse RSA compresa in un range tra 3,9 % e 9,9 % dei ricoverati. Le infezioni più frequenti sono a carico della cute, delle basse vie respiratorie e delle vie urinarie. La prevalenza d'uso degli antibiotici è del 11,9 % con una variabilità compresa tra 8,4 % e 18,4 %.

CONCLUSIONI Le infezioni prevalenti rilevate a carico delle cure e delle vie urinarie sono prevenibili. E' compito delle strutture analizzare i propri dati di prevalenza delle infezioni, verificare il livello di conoscenza/applicazione di linee guida e procedure di prevenzione, individuare scostamenti tra le pratiche assistenziali e le linee guida e procedure di prevenzione, nonché avviare interventi di miglioramento.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	De Sarno Cristina	Istituzione	ASS 4 Medio Friuli
Telefono	0432 553266	Indirizzo	Via Chiusaforte, 2
Fax	0432 553200	CAP	33100
E-mail	cristina.desarno@ass4.sanita.fvg.it	Città	Udine

31. APPROPRIATEZZA DEI FARMACI PER LA TERAPIA DELL'OSTEOPOROSI POST-MENOPAUSALE: I MEDICI SEGUONO LE LINEE GUIDA?

Zini M

U.O. Endocrinologia – AO Arcispedale S. Maria Nuova - Reggio Emilia

BACKGROUND Per il trattamento della osteoporosi sono disponibili numerosi farmaci. Mediamente, una terapia ben condotta è in grado di ridurre il rischio relativo di frattura del 50%. Tuttavia, la indicazione a terapia per osteoporosi non viene posta a tutti i pazienti che, in base alle linee-guida, ne hanno necessità. A molti pazienti vengono prescritti farmaci non validati.

OBIETTIVI Scopo di questo lavoro è stimare il grado di aderenza della prescrizione dei farmaci per osteoporosi ad uno standard di riferimento (linea guida del 2008 della NOF-National Osteoporosis Foundation) La decisione se trattare o meno una paziente con osteoporosi, così come il farmaco scelto, viene valutata retrospettivamente rispetto allo standard appropriato

METODI E' stato stabilito uno standard di riferimento (linea-guida NOF-National Osteoporosis Foundation 2008). Dopo revisione ed adattamento locale sono stati stabiliti i seguenti criteri di appropriatezza: - il trattamento per osteoporosi deve essere proposto: 1) in prevenzione secondaria: a) pazienti con pregressa frattura femorale o vertebrale da fragilità b) pazienti con altre fratture da fragilità + osteopenia 2) in prevenzione primaria a) pazienti con T-score < -2.5 DS b) T-score compreso tra -1 e -2.5 DS con rischio di frattura a 10 anni (calcolato con algoritmo FRAX) $\geq 3\%$ per le fratture femorali o $\geq 20\%$ per tutte le fratture c) T-score vertebrale < -2.0 DS, o < -1.5 DS + fattori di rischio - i farmaci appropriati sono: alendronato, risedronato, ranelato di stronzio, ibandronato, clodronato orale, raloxifene, teriparatide. I pazienti sono stati inclusi nello studio alla loro seconda valutazione. La prima valutazione (trattare sì o no, quale farmaco scegliere) era stata compiuta in precedenza da un endocrinologo, o un reumatologo, o un fisiatra, o un medico di medicina generale, o da altro medico Sono stati misurati i seguenti parametri: 1) pazienti non in trattamento: a) % scelta appropriata (trattamento non era indicato) b) % scelta non appropriata (trattamento era indicato) 2) pazienti in trattamento: a) % scelta appropriata (trattamento era indicato) - farmaco appropriato - farmaco non appropriato b) % scelta non appropriata (trattamento non era indicato).

RISULTATI Sono state valutate 432 pazienti consecutive con osteoporosi postmenopausale (età 49-82 anni). a) 31% delle pazienti non in trattamento aveva indicazione a terapia farmacologica per osteoporosi b) solo il 55% delle pazienti in trattamento rispettava lo standard di riferimento sia per la indicazione che il farmaco scelto c) del 45% dei pazienti trattati in modo inappropriato, il 41% non aveva indicazione al trattamento, e il 59% assumeva farmaci inappropriati (clodronato i.m., calcio da solo, vitamina D da sola, neridronato).

CONCLUSIONI Una parte rilevante di pazienti: - non aveva ricevuto indicazione a iniziare trattamento farmacologico per osteoporosi, nonostante questo fosse appropriato oppure - ha ricevuto indicazione corretta ma con farmaco inappropriato Sono necessari sforzi per diffondere la conoscenza e la applicazione delle linee-guida sul trattamento della osteoporosi, per aumentare il numero di pazienti che inizia terapia farmacologica quando questa è indicata, e per orientare la scelta sui farmaci di efficacia ben dimostrata.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zini Michele	Istituzione	AO Arcispedale S. Maria Nuova
Telefono	0522 296075	Indirizzo	Viale Risorgimento, 80
Fax	0522 295829	CAP	42100
E-mail	michele.zini@asmn.re.it	Città	Reggio nell'Emilia