

5^a Conferenza Nazionale GIMBE®

Dall'Evidence-based Practice
alla Clinical Governance

Bologna, 5 febbraio 2010

Abstract book

INDICE

In grassetto: abstract selezionati per la presentazione orale e relatore

1. **PRODURRE RACCOMANDAZIONI CLINICHE IN ASSENZA DI EVIDENZE: IL CASO DELLA TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA**
Amendolara R, Casolari L, Migliore S, Milani D
2. **VALUTARE L'APPROPRIATEZZA DEI TEST DI LABORATORIO CON L'AUDIT CLINICO: IL PROGETTO TSH REFLEX**
Baldrati L, Della Strada M, Maggioli N, Prati L, Vascotto L, Dorizzi RM
3. "LA PRATICA PROFESSIONALE BASATA SULLE EVIDENZE": CORSO DI FORMAZIONE PER GLI OPERATORI DEL SERVIZIO TECNICO SANITARIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI FIRENZE
Bandini B, Macera Mascitelli ME, Nannoni A, Baldini S, Masini ML
4. **GLI STRUMENTI INFORMATIVI ONLINE DA USARE AL "LETTO DEL PAZIENTE" RISPONDONO AI MIGLIORI STANDARD QUALITATIVI?**
Banzi R, Liberati A, Moschetti I, Tagliabue L, Moja L
5. IL SISTEMA INFORMATICO A SUPPORTO DEL RISK MANAGEMENT NEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO
Beltramini S, Chirico M, Di Giorgio F, Grassi MA
6. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DI STRUTTURE RESIDENZIALI CARATTERIZZATE DA RAPIDO TURNOVER
Betti M, Di Meo MC, Picchi MPC
7. PATRIMONIO TECNOLOGICO DEI SERVIZI DI RADIOLOGIA E NEURORADIOLOGIA IN ITALIA
Bibbolino C, Lucà F
8. LA NETWORK ANALYSIS PER LA VALUTAZIONE DEI PIANI PER LA SALUTE: PERCORSI E PROSPETTIVE PER UNA NUOVA GOVERNANCE
Borin E, Bracci E, Sateriale MC
9. **TEACHING EVIDENCE-BASED PRACTICE: L'ESPERIENZA DI UN PERCORSO INTEGRATO NEL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA**
Bozzolan M
10. ECOGRAFIA: NEL TERRITORIO È MEGLIO?
Casadei A, Conci P
11. LESIONI DA DECUBITO: PREVENZIONE E TRATTAMENTO
Contestabile MP, Raglione P, D'Abruzzo A, Imperiale B
12. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DI UN PROGETTO FORMATIVO MULTIDISCIPLINARE PRESSO L'ASP DI MESSINA
Coppolino S, Santisi A
13. **APPROPRIATEZZA E CONSUMI DELLE EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE: UN AUDIT CLINICO SUL TERRITORIO DELL'ASP DI MESSINA**
Coppolino S, Sgroi C
14. VERIFICA DELLE MODALITÀ DI RICHIESTA DEGLI ESAMI DI LABORATORIO DA PARTE DEL PRONTO SOCCORSO DEI SETTE PRESIDII OSPEDALIERI DELL'AREA VASTA ROMAGNA
Dorizzi RM, Baldrati L, Vascotto L, Valenti S, Prati L, Volpones G, Nunziatini R
15. STUDIO DI COORTE RETROSPETTIVO 2002-2006 DI 1690 PZ (DI 48 MMG) AFFETTI DA DM TIRPO 2: ANDAMENTO ESAMI DI LABORATORIO (8 PARAMETRI) E LA TERAPIA FARMACOLOGICA TOTALE ASSUNTA: ANALISI DI APPROPRIATEZZA E SPESA GLOBALE – ASL IMOLA (BO)
Ehrlich S, Baldini M, Vacirca A, Zaccherini P, Veronese F, Rustici E, Sartoni M, Bagnardi V, Disalvatore D
16. DALLA FORMAZIONE SULL'EBP AL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA CLINICA PASSANDO ATTRAVERSO LA METODOLOGIA DELLA RICERCA
Forni C, Sabbatini T, Amodeo A, Genco R, Capezzali D

17. **SMALL IS BEAUTIFUL! GESTIONE DEI PAZIENTI CON DOLORE TORACICO ACUTO IN UN PICCOLO OSPEDALE**
 Gambarati GP, Maselli F, Matheou S, Reverzani A, Desimoni G, Braglia D, Ligabue R, Chesi G
18. **STUDIO DI AUDIT CLINICO SULLA PRESENZA DI COMORBIDITÀ IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ORTOPEDICA**
 Lamprecht G, Zadini A, Centonze S, Pesavento V
19. **IMPLEMENTAZIONE DELL'EVIDENCE-BASED NURSING E DELLA RICERCA INFERMIERISTICA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI-FIRENZE: LA CREAZIONE DI UN GRUPPO DEDICATO E LA PROGETTAZIONE DELLE ATTIVITÀ INIZIALI**
 Lumini E, Bambi S, Lucerni A, Nervi A, Virag K, Lo Vetere P, Bufalari B, Pacciani A, Spadaro S, Fossati D
20. **IL PAZIENTE UROLOGICO NEL CONTINUUM FRA TERRITORIO E OSPEDALE: SVILUPPO ORGANIZZATIVO E INTEGRAZIONE TERRITORIALE**
 Lusenti C, Benzi A, Cucchi F, Fabbri Della Faggiola D, Patrignani MD, Pignatosi F, Rossi L, Severini E, Vignatelli L, Milandri M
21. **CARTELLA CLINICA E LETTERA DI DIMISSIONE: STRUMENTI DI SISTEMA PER MISURARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**
 Martinetti S, Piccioni D, Mero P, Novello S, Ghelardi P, Favro M
22. **LA GESTIONE DEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI CON CATETERE VESCICALE A PERMANENZA: APPROPRIATEZZA E GESTIONE DEL RISCHIO**
 Mastrangelo S, Gualtieri S, Benedetti R, Begotti S, Baricchi R, Di Felice E
23. **L'INCIDENT REPORTING MIGLIORA LA SICUREZZA DEI PAZIENTI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE?**
 Mazzon D, Bernardi L, Dorigo L, Bianchin C
24. **APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA DI RECORD LINKAGE DI DATABASE AMMINISTRATIVI NELLO STUDIO DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE: L'ESEMPIO DELL'INFARTO DEL MIOCARDIO ACUTO (IMA) NELLA POPOLAZIONE DELL'ASL TO2 DI TORINO**
 Mittone E, Geninatti S, Pozzetto M, Mittone A, Fiorio E, Ferraro L
25. **LA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI: PRODUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE UTILIZZANDO IL FRAMEWORK GIMBE®**
 Mosci D, Chiarabelli M, Gruppo Infermieristico Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Chiari P
26. **STRUMENTI DI SORVEGLIANZA NELL'AREA DEL RISCHIO INFETTIVO**
 Palumbo M, Bartolucci L, Giovannini G
27. **EFFICACIA DEL FARMACISTA CLINICO NEL MIGLIORARE APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA**
 Pasqualini M, Borghesi E, Marcomin C, Ghidini S, Pasqualini F
28. **APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E CLINICA NEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE**
 Pellegrino F
29. **L'INTEGRAZIONE DELLE INFORMAZIONI PER LA GOVERNANCE DEL TERRITORIO**
 Protonotari A, Castaldini I, Cavazza G, Grazia L, Renopi A
30. **CLINICAL GOVERNANCE: LA STRATEGIA DELLA REGIONE PIEMONTE**
 Rabacchi GL, Poppa G, Sturlese U, Demicheli V, Ripa F, Bertetto O
31. **L'UTILIZZO DI CARTELLA INTEGRATA INFORMATIZZATA PER OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE CURE PALLIATIVE E HOSPICE**
 Radi M, Tropa A, Papa A, Ghiringhelli V, Benetti L
32. **VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE CENTRALI OPERATIVE 118 DELLA REGIONE MARCHE**
 Regnicoli F
33. **INTEGRARE PERCORSI ASSISTENZIALI E AUDIT CLINICO NEI PROCESSI DI GOVERNANCE AZIENDALE: UN CASE STUDY**
 Saggese MP, Cuneo S

34. ANALISI DELLE BARRIERE PER ELABORARE LE STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE: LA FASE 3 DEL PROGETTO VEDICLIS

Vaona A, Giroto S, Rigon G, Andreoli C, Battaglia E, Fracasso I, Delzotti F

35. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLO STRAVASO DA CHEMIOTERAPICI: UNA STRATEGIA MULTIFATTORIALE

Vassallo F, Bianchetti P, Cabiddu B, Macchia R, Vidili G, Bonvento CM

1. PRODURRE RACCOMANDAZIONI CLINICHE IN ASSENZA DI EVIDENZE: IL CASO DELLA TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA

Amendolara R, Casolari L, Migliore S, Milani D

Azienda USL Modena

BACKGROUND Le lesioni cutanee sia acute che croniche richiedono un notevole impegno in termini di risorse spese di personale ed economiche. Nonostante gli sforzi del team assistenziale i pazienti con lesioni possono presentare un decorso più o meno lungo non scevro da complicanze. Le lesioni di difficile guarigione possono essere di varia etiologia: acute (traumi ed ustioni), vascolari (venose), neuropatiche – diabetiche o da pressione. Una delle opzioni terapeutiche disponibili è la terapia a pressione negativa (TPN). La TPN è ottenuta mediante l'uso di dispositivi che consentono un'applicazione controllata e localizzata di una pressione subatmosferica in corrispondenza del sito dell'ulcera. Tale metodica di trattamento non è di recente introduzione: il suo uso risale a migliaia di anni fa ad opera di medici cinesi. Compatibilmente con le condizioni del paziente e delle ulcere, tale trattamento può essere utilizzato sia su ferite acute che croniche di difficile guarigione. In AUSL di Modena la TPN è utilizzata essenzialmente in reparti ospedalieri (TIPO, Chirurgia Generale e Medicina Metabolica su tutte), con una spesa che nell'anno 2008 è aumentata del 55% rispetto al 2005 (con un parallelo aumento del numero di pazienti trattati). La tipologia di ulcere trattate con TPN e gli esiti di trattamento, rispetto agli obiettivi attesi, sono stati quanto mai vari tra loro: non è stato possibile tracciare, nel corso degli anni, un profilo del paziente (e dell'ulcera) che potesse beneficiare del trattamento con TPN.

OBIETTIVI Obiettivi del progetto sono: migliorare l'appropriatezza prescrittiva (diminuendo la variabilità d'impiego della TPN) ridurre i costi realizzare la "presa in carico" globale del paziente con ulcere difficili, soprattutto attraverso il monitoraggio infermieristico dell'erogazione della terapia.

METODI Per individuare la tipologia di pazienti che si sarebbero potuti giovare del trattamento con TPN, è stato creato, nell'anno 2009 e per la durata di sei mesi, un percorso di richiesta di consulenza ad hoc, attivo nella rete ospedaliera e territoriale provinciale, in cui sono stati coinvolti Chirurghi Vascolari, Ortopedici e un Infermiere Specialista in Wound Care (WCSN), oltre al Servizio di Ingegneria Clinica e all'U.O. di Gestione del Rischio. Tale progetto prevede una prova comparativa "testa-a-testa" tra le varie ditte produttrici di apparecchi a pressione negativa, per cercare di evidenziare gli eventuali plus tecnici offerti dai vari dispositivi. È stata condotta una revisione della letteratura secondaria. I risultati sono stati analizzati da un gruppo di lavoro aziendale. A seguito si è proceduto alla valutazione congiunta delle evidenze e degli indicatori di impegno economico dell'utilizzo di TPN ed è stato proposto un modello organizzativo aziendale.

RISULTATI Dalla revisione della letteratura secondaria sono state individuate 11 Revisioni Sistematiche e 4 HTA sull'argomento (oltre a documenti di consensus di società scientifiche internazionali): nonostante il trattamento a pressione negativa sia ampiamente utilizzato da almeno 15 anni in ambito internazionale, la scarsa qualità degli studi non chiarisce alcuni dubbi rispetto all'efficacia. Al momento non è possibile raccomandare l'utilizzo routinario della TPN. In un documento aziendale sono state recepite tutte le indicazioni e le controindicazioni d'uso della TPN, comprensivi degli alerts provenienti dalla FDA rispetto alla comparsa di eventi avversi dovuti alla terapia. Il punto di riferimento organizzativo per il progetto aziendale è stato individuato in un case manager infermieristico, un infermiere specializzato in Wound Care, responsabile della verifica del rispetto dei percorsi di richiesta individuati e dell'erogazione e dell'addestramento d'uso dei vari apparecchi in fase di "prima medicazione".

CONCLUSIONI Il progetto proposto di miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo della TPN, ma evidentemente embricato in maniera indissolubile a quello di presa in carico globale del paziente cronico, ha come obiettivi a medio – lungo termine la possibilità di offrire ai pazienti dell'AUSL di Modena un modello assistenziale di presa in carico del paziente con ulcere cutanee difficili per livelli crescenti di intensità assistenziale, partendo dall'assistenza territoriale infermieristica e andando verso punti di riferimento specialistici all'interno di strutture ospedaliere. Tale modello prevede una formazione capillare e puntuale degli infermieri che possa assicurare la continuità assistenziale tra territorio e ospedale. Il progetto è in corso d'opera.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Amendolara Rocco	Istituzione	AUSL Modena
Telefono	059 435559	Indirizzo	Via San Giovanni del Cantone, 23
Fax	059 435540	CAP	41100
E-mail	r.amendolara@ausl.mo.it	Città	Modena

2. VALUTARE L'APPROPRIATEZZA DEI TEST DI LABORATORIO CON L'AUDIT CLINICO: IL PROGETTO TSH REFLEX

Baldrati L¹, Della Strada M², Maggioli N², Prati L², Vascotto L¹, Dorizzi RM¹

¹U.O. Corelab, Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna; ²Laboratorio RR, Azienda USL di Cesena

BACKGROUND La spesa della diagnostica di Laboratorio rappresenta meno del 5% della spesa sanitaria totale ma ha un forte impatto nella gestione dei pazienti poiché contribuisce al 70% delle decisioni mediche. L'uso inappropriato di esami di laboratorio induce, secondo una ampia letteratura scientifica, non solo un inefficiente uso di risorse ma anche pratiche mediche non utili e potenzialmente dannose per il paziente. La richiesta degli esami tiroidei rappresenta un'area critica (circa la metà del carico di lavoro degli esami di immunometria) per volumi e costi. Il notevole e costante aumento delle richieste di TSH, tiroxina libera e triiodotironina libera degli ultimi anni non appare basato sulle evidenze disponibili. La determinazione del solo TSH impiegando un metodo di ultima generazione (sensibilità funzionale < 0.02 mU/L) consente, nella grande maggioranza dei casi, una corretta classificazione del soggetto. La "Evidence-based laboratory Endocrinology", anche se rimane agli albori, assegna un ruolo importante al TSH in condizioni come lo screening per le tireopatie nel paziente sano ed asintomatico, il paziente con sospetto clinico di tireopatia ed il monitoraggio della terapia. Molti degli analizzatori attualmente in commercio permettono di eseguire in automatico l'algoritmo diagnostico imperniato sul TSH (TSH Reflex). In caso il TSH risulti all'interno dell'intervallo di riferimento il soggetto viene classificato come eutiroideo; in caso siano superati i limiti di riferimento è misurato anche l'FT4 (ed eventualmente l'FT3). Il Laboratorio Analisi dell'AUSL di Cesena ha avviato nel 2007 il progetto "TSH reflex" gestito con lo strumento dell'Audit Clinico strutturato.

OBIETTIVI L'obiettivo del progetto era quello di ridurre il numero di esami con limitata efficacia diagnostica in un ambito molto importante dal punto di vista diagnostico ed economico promuovendo l'utilizzo del TSH Reflex nella diagnostica tiroidea non solo nei pazienti ricoverati ma anche nei soggetti ambulatoriali. Obiettivo secondario era quello di valutare l'efficacia dello strumento dell'Audit clinico strutturato nel modificare e standardizzare le abitudini prescrittive dei Medici.

METODI È stata impiegata la metodologia dell'Audit Clinico strutturato che prevede le seguenti fasi: 1) creazione di un gruppo di lavoro comprendente laboratoristi, Medici di Medicina Generale (MMG) ed Endocrinologi; 2) ricerca, condivisione ed elaborazione di raccomandazioni "Evidence based"; 3) individuazione di indicatori misurabili di efficienza (volume e costi di produzione della diagnostica tiroidea) e di appropriatezza della richiesta esami (rapporto TSH/ormoni tiroidei); 4) confronto fra i dati di attività e le raccomandazioni e conseguente individuazione delle aree critiche di inappropriatazza per eccesso; 5) diffusione delle raccomandazioni in cartaceo e via Intranet Aziendale; 6) implementazione delle raccomandazioni con almeno un contatto telefonico dei Dirigenti di Laboratorio con ciascun MMG, Audit formativi con le U.O., revisione dei profili di richiesta esami per i ricoverati; 7) nel corso dell'Audit si sono definiti i processi organizzativi relativi alla fase preanalitica (modalità di richiesta esami) ed analitica (esecuzione strumentale dei test riflessi); 8) nel corso del progetto sono stati misurati gli indicatori di efficienza ed appropriatezza; 9) i dati sono stati periodicamente valutati e discussi collegialmente da laboratoristi, MMG ed endocrinologi.

RISULTATI Le raccomandazioni sono state diffuse a partire dal Gennaio 2007 presso le U.O. di Degenza e Cura e dal Marzo 2007 presso il Dipartimento di Cure Primarie. Nonostante il progetto TSH reflex sia entrato a pieno regime solo nel Giugno 2007, il raffronto dei dati 2006 vs 2007 ha dimostrato un aumento delle determinazioni di TSH [38600 vs 39582 (+2.5% per gli ambulatoriali) e 3974 vs 4295 (+8% per i degenti)]. Gli ormoni tiroidei sono drasticamente diminuiti. L'FT4 è sceso rispettivamente da 34190 a 27444 (-20%) negli ambulatoriali e da 3390 a 2173 (-36%) per i degenti e l'FT3 da 20128 a 16452 (-18%) negli ambulatoriali e da 1929 a 1321 (-32%) per i degenti. Complessivamente sono stati eseguiti un totale di 11.000 esami in meno. Per quanto riguarda gli indicatori di appropriatezza il rapporto TSH/FT4 è passato da 1.19 a 1.89 e il rapporto TSH/FT3 da 2.18 a 3.02. Anche il pannello di esami richiesto più comunemente è cambiato; fino al 2006 TSH e FT4 erano presenti in quasi ogni richiesta e TSH, FT4 e FT3 nella metà delle richieste; nel 2007 questo avveniva, rispettivamente, in una richiesta su due ed una su tre.

CONCLUSIONI I risultati ottenuti in pochi mesi attraverso un approccio combinato e condiviso sono stati importanti. L'adesione alle raccomandazioni espressa dal rapporto fra TSH ed ormoni tiroidei è aumentata costantemente e questo trend continua. I risultati ottenuti in termini di efficienza e di appropriatezza sono molto interessanti e promettenti. Il modello sarà implementato nei prossimi mesi nel resto dell'Area Vasta Romagna. Va sottolineato che si è trattato di razionalizzazione e non di razionamento che non ha compromesso la qualità del servizio erogato che è si è mantenuto appropriato dal punto di vista diagnostico, Evidence-Based e non ha comportato disagi per i pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Baldrati Luca	Istituzione	U.O. Corelab
Telefono	0547 394834	Indirizzo	Piazzale della Liberazione, 60
Fax	0547 394859	CAP	47522
E-mail	luca.baldrati@ausl-cesena.emr.it	Città	Cesena

3. "LA PRATICA PROFESSIONALE BASATA SULLE EVIDENZE": CORSO DI FORMAZIONE PER GLI OPERATORI DEL SERVIZIO TECNICO SANITARIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI FIRENZE

Bandini B, Macera Mascitelli ME, Nannoni A, Baldini S, Masini ML

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

BACKGROUND Nonostante la EPB sia una scienza nata da diversi anni, in ambito tecnico sanitario si evidenzia una situazione frammentaria, che vede ancora i tecnici sanitari (tecnici di radiologia, di laboratorio, fisioterapisti, dietisti, ecc.) ad un livello di competenza che possiamo definire "embrionale" su tale argomento. Non tutti i tecnici hanno le stesse conoscenze in relazione alla ricerca sanitaria e all'EBP a causa della eterogeneità dei percorsi formativi (diplomi, laurea I livello, specialistica). Per diffondere fra i professionisti sanitari la conoscenza della EBP e l'acquisizione delle competenze necessarie per poterla applicare nelle specifiche attività è stato progettato e organizzato questo corso coinvolgendo nella docenza, oltre personale del Servizio Tecnico Sanitario, personale della facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, personale della Biblioteca Biomedica dell'Università di Firenze.

OBIETTIVI Il corso ha lo scopo di fornire agli operatori sanitari le basi di riferimento culturale e gli strumenti applicativi indispensabili per utilizzare nella pratica professionale i migliori risultati disponibili della ricerca scientifica. Nello specifico: saper trasformare un problema clinico/tecnico scientifico in un quesito specifico; acquisire conoscenze relative alla metodologia della ricerca bibliografica e all'utilizzo delle principali banche dati disponibili; conoscere le basi per una valutazione critica delle informazioni scientifiche reperite.

METODI Il corso, rivolto a tutti gli operatori del servizio tecnico sanitario dell'AOUC, prevede una durata di 3 giorni consecutivi ed una 4 giornata a distanza di circa un mese, per totale di 29 ore, ed è strutturato in sessioni di lezioni frontali alternate ad esercitazioni pratiche in aula multimediale guidate dalla presenza di tutor e lavori di gruppo con successiva revisione. La valutazione del corso prevede un pretest, un test finale, e la produzione di un elaborato progettuale (da svolgere nel periodo fra la 3° e la 4° giornata) dove il partecipante partendo da un quesito di interesse professionale sviluppa il percorso EBP per reperire ed integrare i dati della letteratura, individuando eventuali modificazioni da apportare alla pratica professionale per rendere applicabili le raccomandazioni derivanti dalle evidenze scientifiche. Le edizioni previste per l'anno 2009/2010 sono 3: ogni edizione prevede la partecipazione di 20 operatori.

RISULTATI Al congresso saranno presentati i primi dati. Il 1° modulo si conclude il 18 gennaio 2009. I risultati del pretest confermano la necessità di percorsi formativi mirati ad acquisire conoscenze sulla EBP. L'interesse nei confronti di questo argomento si è evidenziato anche dal numero di richieste di partecipazione al corso presentate dagli operatori del Servizio tecnico sanitario: 211 su 465 operatori.

CONCLUSIONI Non avendo ancora terminato il primo modulo non possiamo ancora trarre delle conclusioni. Speriamo vivamente che questo corso possa dare strumenti di base ai professionisti per poter migliorare la propria pratica professionale. Entro dicembre i partecipanti dovranno inviare l'elaborato progettuale che sarà visionato e ridiscusso durante la 4° giornata del corso.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bandini Barbara	Istituzione	AOU Careggi
Telefono	055 7948393	Indirizzo	Via Delle Oblate, 1
Fax	055 7947969	CAP	50139
E-mail	bandinib@aou-careggi.toscana.it	Città	Firenze

4. GLI STRUMENTI INFORMATIVI ONLINE DA USARE AL “LETTO DEL PAZIENTE” RISPONDONO AI MIGLIORI STANDARD QUALITATIVI?

Banzi R¹, Liberati A², Moschetti I¹, Tagliabue L³, Moja L¹

¹Centro Cochrane Italiano, Istituto Mario Negri, Milano; ²Università di Modena e Reggio Emilia; ³Università di Milano

BACKGROUND I professionisti sanitari durante la loro pratica clinica si affidano sempre più a strumenti informativi online (point-of-care) da utilizzare al “letto del paziente”.

OBIETTIVI Questa revisione esplora il panorama internazionale di strumenti informativi online da utilizzare “al letto del paziente” e ne valuta: a) la qualità editoriale; b) la validità dei contenuti secondo criteri evidence-based; c) l'estensione delle condizioni mediche trattate.

METODI Gli strumenti point-of-care sono stati identificati attraverso ricerche su MedLine, Google, siti di biblioteche scientifiche durante il 2008. Sono stati inclusi strumenti redatti in lingua inglese e mirati a fornire un'informazione sintetica, comprensiva, regolarmente aggiornata e basata su prove di efficacia.

Sono stati estratti i dati descrittivi delle caratteristiche generali e di presentazione dei contenuti, in particolare per a) qualità editoriale; b) validità metodologica; c) l'estensione delle condizioni mediche trattate. A ogni prodotto e per ogni dimensione è stato dato un punteggio sulla base di una scala arbitraria (min 0, max 15). Infine è stata investigata l'eventuale associazione tra queste tre dimensioni.

RISULTATI Sono stati identificati 30 strumenti informativi point-of-care potenzialmente eleggibili. Tra questi, 18 sono stati inclusi nell'analisi qualitativa e 16 nell'analisi quantitativa (ad es. Clinical Evidence, Dynamed, Uptodate, etc). La qualità editoriale, la validità metodologica e l'estensione di condizioni trattate erano molto variabili (mediana qualità editoriale 8.0, Range Interquartile (RI) 5.8–10.3; mediana validità metodologica mediana 10.0, RI 1.0–12.8; mediana volume 80.6%, RI 68.9-84.2%). Non è stata evidenziata nessuna associazione statisticamente significativa tra le dimensioni valutate.

CONCLUSIONI Editori e associazioni mediche sono impegnati nello sviluppo di strumenti informativi point-of-care che indirizzino le scelte dei clinici durante la loro pratica clinica. Malgrado siano proposti al pubblico attraverso un marketing altisonante, questi strumenti hanno qualità variabile e mai totalmente soddisfacente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Moja Lorenzo	Istituzione	Istituto Mario Negri
Telefono	02 39014517	Indirizzo	Via La Masa, 19
Fax	02 3559048	CAP	20156
E-mail	moja@marionegri.it	Città	Milano

5. IL SISTEMA INFORMATICO A SUPPORTO DEL RISK MANAGEMENT NEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Beltramini S, Chirico M, Di Giorgio F, Grassi MA

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

BACKGROUND Nell'ambito delle tecniche di risk management la formalizzazione dei processi e delle loro correlazioni e l'adozione di sistemi informatici a supporto della loro gestione e monitoraggio si vanno affermando come strumenti metodologici di sempre maggiore efficacia. In IST si è analizzato il percorso che il paziente oncologico compie in regime di ricovero diurno (Day Hospital), utilizzando il metodo FMEA, in un progetto che ha coinvolto tutte le componenti assistenziali al fine di mettere in evidenza i processi con maggior Indice di rischio. In seguito alla analisi dei rischi l'Istituto ha deciso di realizzare un sistema software per la prescrizione terapeutica in tutte le sue fasi.

OBIETTIVI Il sistema informatico si propone dare supporto alla gestione del percorso completo del paziente e della terapia e di tracciare la preparazione dalla zona allestimento al momento della somministrazione. In un'ottica patient service, il paziente è collocato al centro di un processo di accoglienza, diagnosi e cura che gli facilita l'accesso a prestazioni multidisciplinari, minimizzando tempi e ottimizzando risorse.

METODI La soluzione informatica adottata si basa sulla integrazione di una suite di programmi acquisiti da fornitore e il sistema informativo ospedaliero. L'integrazione del sistema con l'anagrafica aziendale garantisce la univocità della individuazione corretta del paziente. Il sistema fornisce supporto alla accettazione di reparto nella fase di identificazione del paziente e di prenotazione dei cicli terapeutici. Si realizza la presa in carico del paziente da parte del reparto e si fornisce supporto all'esecuzione in giornata di attività cliniche di valutazione ambulatoriale (prelievo e emocromo) propedeutiche alla terapia. La prescrizione della terapia avviene in DH ad opera del medico che associa il protocollo al paziente generando lo schema terapeutico, con possibilità di variazione (solo riduzione) dei dosaggi in base ai parametri clinici e di laboratorio sempre con controlli bloccanti sulla dose finale per garantire la sicurezza del paziente e gestire il rischio di errori nell'inserimento di dati errati. La farmacia allestisce il farmaco dopo valutazione di appropriatezza, indicazioni terapeutiche e di documenti regolatori (AIFA) in UFA (Unità centralizzata manipolazione Farmaci Antiblastici) sulla base del foglio di lavorazione con i calcoli dei ml di farmaco da prelevare dopo diluizione, la tipologia del solvente, le caratteristiche della soluzione e i tempi di somministrazione. Tali dati sono stati inseriti nel programma dal farmacista. Per i pazienti che si sottopongono a più cicli, il sistema ripropone nelle giornate corrette la terapia programmata e richiede al medico, all'atto della valutazione, solo la conferma delle terapie previste. La corretta somministrazione si attua utilizzando dispositivi palmari che consentono la verifica della corrispondenza di codici a barre stampati su braccialetto ed etichette applicate al farmaco diluito e la scrittura di annotazioni a corredo.

RISULTATI L'attività del sistema, nella sua configurazione attuale, è stata avviata nel dicembre 2007 e, ad oggi, nel sistema sono presenti 260 protocolli. I volumi di attività sono: 2008 2009 (11 mesi) Giornate di accesso 6965 10224 Terapie antiblastiche 14057 16206 Terapie di supporto 14239 15441. Dopo una prima fase di popolamento della base dati locale del sistema (associazione paziente – protocollo), il vantaggio di trovare inserito il paziente nella pianificazione delle terapie, ha, di fatto, semplificato il lavoro del prescrittore che inserisce, attualmente solo i "nuovi" pazienti. Il sistema ha consentito la informatizzazione del 100% delle prescrizioni antiblastiche dell'Istituto. Tra i risultati conseguiti sono di particolare rilevanza per la sicurezza del paziente: - la corretta identificazione del paziente sia in fase di accettazione (stampa del braccialetto) che di prescrizione (riconoscimento da parte del medico) e di somministrazione della terapia (riconoscimento da parte dell'infermiere); - la diminuzione, in fase prescrittiva, di errori di calcolo, di superficie corporea, di dose quotidiana e di tossicità per dosi ripetute erroneamente nel corso della terapia; - la tracciabilità del lotto somministrato al paziente; - la gestione personalizzata della dose unitaria.

CONCLUSIONI IST ha realizzato un modello organizzativo che pone al centro il paziente oncologico. Si realizza un percorso terapeutico "a ciclo continuo", controllato dal sistema informativo che accompagna il paziente attraverso fasi di accoglienza (identificazione), valutazione clinica ed esami ematici, personalizzazione, prescrizione, preparazione e somministrazione della terapia in unica giornata.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Beltramini Sabrina	Istituzione	Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
Telefono	010 5600903	Indirizzo	Largo Rosanna Benzi, 10
Fax	010 5600901	CAP	16100
E-mail	sabrina.beltramini@istge.it	Città	Genova

6. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DI STRUTTURE RESIDENZIALI CARATTERIZZATE DA RAPIDO TURNOVER

Betti M, Di Meo MC, Picchi MPC

Azienda Sanitaria Locale 2 Lucca

BACKGROUND L'accoglienza di pazienti con patologie psichiatriche gravi in una struttura residenziale assume frequentemente la connotazione di una soluzione "definitiva" o perlomeno con scadenza indefinita e molto protratta nel tempo. La struttura "Balfaia", di competenza della UFSMA "Valle del Serchio" (Azienda USL 2 Lucca) ha condotto negli anni un progetto sperimentale nel quale una percentuale dei posti-letto è stato utilizzato per ricoveri a breve e brevissimo termine (da 5 a 105 giorni), e ne sono stati valutati i risultati terapeutici (all'ingresso ed in fase di dimissione) mediante il questionario HoNOS nella versione "HoNOS-Roma" (adattamento per l'Italia). I risultati ottenuti hanno confermato la validità dell'approccio teorico dell'impiego delle strutture residenziali quali modalità di ricovero e accoglienza per le crisi di media gravità offrendo evidenze sperimentali per individuare i fattori maggiormente importanti per consentire la dimissione ed il reinserimento nel contesto ambientale di appartenenza.

OBIETTIVI Disporre di evidenze qualitative e quantitative relative ad un approccio terapeutico integrato che garantisce agli utenti con problematiche psichiche il miglior esito terapeutico-riabilitativo e contemporaneamente evita lo sradicamento prolungato o definitivo dal contesto ambientale di appartenenza. Individuare se possibile le condizioni cliniche o sociali che possono essere predittive di una ricaduta a medio termine.

METODI È stata creata una nuova struttura residenziale con 8 posti letto interamente dedicata a accoglienze a breve termine (max 3 mesi) di crisi di contesto o riacutizzazioni psicopatologiche. All'interno di tale struttura viene utilizzata una scheda di accoglienza che riassume i dati socio-anagrafici, le osservazioni cliniche e gli obiettivi terapeutico-riabilitativi con particolare attenzione alla programmazione di un intervento integrato. All'ingresso ed in fase di uscita viene anche compilato il questionario "HoNOS-Roma" (più altri per necessità specifiche) per la valutazione della evoluzione clinica e sociale dei pazienti. I dati anagrafici, l'evoluzione psicopatologica e delle capacità personali e sociali vengono elaborati attraverso analisi statistica per disporre delle evidenze relative all'efficacia del metodo.

RISULTATI Nei primi tre mesi di attività sono stati inseriti 26 pazienti con modalità di accoglienza a rapido turnover per un totale di 35 accessi. I dati ottenuti hanno evidenziato miglioramenti significativi in vari item della Honos Roma e in particolare nei fattori del funzionamento personale e sociale, della depressione, dei disturbi del comportamento e di tipo psicopatologico. Risultano suggestivi di elementi predittori di ricadute a breve termine un peggior punteggio al fattore depressione e a quello relativo alle condizioni di vita.

CONCLUSIONI I dati ottenuti confermano la possibilità di utilizzare strutture residenziali ad alta intensità terapeutica ma a bassa sanitarizzazione (non ospedaliera) quale intervento per rispondere a crisi di media gravità clinica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Betti Mario	Istituzione	ASL 2 di Lucca
Telefono	0583 700120	Indirizzo	Via Risorgimento
Fax	0583 700127	CAP	55052
E-mail	tibet54@alice.it	Città	Barga

7. PATRIMONIO TECNOLOGICO DEI SERVIZI DI RADIOLOGIA E NEURORADIOLOGIA IN ITALIA

Bibbolino C¹, Lucà F²

¹Società Italiana di Radiologia Medica, ²Sindacato Nazionale Area Radiologica

BACKGROUND L'Area della Diagnostica per immagini della Radiologia e Neuroradiologia si caratterizza per gli elevati volumi di attività, per l'utilizzazione di tecnologie sempre più sofisticate di elevato costo e con notevole complessità gestionale ed organizzativa.

OBIETTIVI Al fine di realizzare strumenti per governare la programmazione in un contesto così complesso, la Sirm, Società Italiana di radiologia Medica, la Ainr, Associazione Italiana Neuroradiologia, e l'Snr, Sindacato Nazionale dell'Area Radiologica, hanno avviato dalla fine del 2007, un progetto atto alla realizzazione di un osservatorio nazionale delle risorse umane e tecnologiche delle strutture di radiodiagnostica e neuroradiologia, a partire dai dati di un censimento nazionale di tutte le strutture pubbliche, esclusi i poliambulatori terali.

METODI La rilevazione è stata eseguita nelle singole unità operative di radiodiagnostica e neuroradiologia di tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche. Sono escluse le Medicine Nucleari e le Radioterapie Oncologiche delle aziende sanitarie nazionali. Il progetto, che prevede l'invio e la rilevazione sul posto di ispettori individuati dalle strutture committenti, si concluderà nella sua totalità alla fine del 2009 e l'elaborazione completa dei dati sarà conclusa entro il secondo trimestre del 2010.

RISULTATI I dati raccolti, che si ribadisce si riferiscono a sole strutture pubbliche, abbracciano l'85% delle strutture. Nelle strutture pubbliche si trovano 10.398 apparecchiature di cui l'8% sono TC, il 4% sono RM, il 4% sono Angiografi. Gli apparecchi di radiologia tradizionale ed i portatili rappresentano il 46% mentre gli ecografi sono il 15%. Presumibilmente, al termine della rilevazione, le apparecchiature presenti dovrebbero attestarsi intorno alle 12.000. Il 40% delle apparecchiature è stato installato prima del 2000; il 21% è stato installato negli ultimi 3 anni. Per circa il 6% degli apparecchi non è stato possibile rilevare la data di installazione. In genere la radiologia tradizionale sono certamente le più vecchie.

CONCLUSIONI La rilevazione ci consente di fornire alcuni dati di riferimento per la programmazione della distribuzione delle apparecchiature delle aziende pubbliche sul territorio nazionale lasciando alle Regioni il compito di verificare il parco macchine esistente e il personale addetto, permettendo l'individuazione di sacche di minor utilizzazione delle apparecchiature e di un utilizzo improprio delle stesse nell'interesse di un corretto rapporto con il paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Lucà Francesco	Istituzione	AO San Camillo Forlanini
Telefono	06 4823629	Indirizzo	Via Farini, 62
Fax	06 4822609	CAP	00185
E-mail	f.luca@raggix.it	Città	Roma

8. LA NETWORK ANALYSIS PER LA VALUTAZIONE DEI PIANI PER LA SALUTE: PERCORSI E PROSPETTIVE PER UNA NUOVA GOVERNANCE

Borin E¹, Bracci E², Sateriale MC¹

¹Azienda USL Ferrara; ²Università degli Studi di Ferrara, Facoltà di Economia

BACKGROUND La programmazione interistituzionale, nell'integrazione sociale e sanitaria, ha assunto negli ultimi anni sempre maggiore rilevanza. La tutela della salute, infatti, non è più considerata come un insieme settoriale di servizi di competenze di aziende sanitarie pubbliche ma il frutto di una convergenza tra diversi soggetti istituzionali, nelle scelte strategiche delle politiche di welfare e di cura. L'esperienza dei Piani per la Salute (PPS) ha in questo senso perseguito le sue finalità attraverso il coinvolgimento e la collaborazione di tutti gli attori istituzionali, le associazioni di volontariato e altri, promuovendo la costruzione di reti stabili, formali ed informali, di relazione. Le Linee Guida della Regione Emilia Romagna considerano la valutazione un momento fondamentale nel processo di governo della salute. La valutazione è un giudizio basato sulla raccolta e sull'interpretazione di informazioni e si configura come un processo di ricerca che aiuta il processo decisionale, fornendo informazioni opportune al decisore, riducendo la complessità decisionale e procurando indicazioni in merito alla scelta più adeguata ai fini del miglioramento dei risultati di salute. La valutazione nell'ambito del percorso dei PPS, che si colloca nelle tecniche della technology assessment, e nasce, quindi, dall'esigenza di governare le azioni progettate, permettendone il controllo e la testimonianza dell'efficacia del cambiamento.

OBIETTIVI L'obiettivo del presente studio è riconducibile alla valutazione della capacità dei PPS della provincia di Ferrara, di creare network di collaborazione tra i diversi attori negli anni dal 2003 al 2007.

METODI Il metodo utilizzato è stato quello della Network Analysis, la quale rappresenta una tecnica di indagine finalizzata allo studio delle relazioni esistenti tra diversi attori all'interno di confini delineati (Scott, 2000; Marsden, 1990). È la relazione, formale o informale, l'oggetto dello studio di una network analysis. Nel presente studio il perimetro legato all'ambito di applicazione dei PPS è la provincia di Ferrara, composto a sua volta da ulteriori sotto-perimetri in relazione ai seguenti criteri:

- I distretti socio-sanitari
- Le cinque priorità dei PPS.
- I servizi aziendali e inter-aziendali.

I dati primari, ovvero reperiti direttamente sul campo, sono stati raccolti attraverso un questionario compilato dai responsabili degli obiettivi specifici inseriti all'interno dei PPS, tra l'aprile 2009 ed il giugno 2009. Dei 42 obiettivi specifici sono pervenuti 39 questionari compilati, i 3 rimanenti si riferiscono a progetti non realizzati e quindi escludibili. Sono stati utilizzati inoltre i documenti pubblici di programmazione e monitoraggio dei PPS della provincia di Ferrara prodotti sin dal 2004. I dati raccolti sono stati analizzati attraverso l'utilizzo di un software dedicato (Ucinet 6.0) per la rappresentazione di grafi e matrici come strumenti.

RISULTATI Le analisi condotte riguardano in modo particolare la rappresentazione delle reti attivate dai PPS dal 2003 al 2007. Per ciascuna dimensione di analisi (priorità di salute, distretto, livello interaziendale) i risultati permettono di comprendere se e come all'interno di una rete avvengono le relazioni tra uno e più attori. In tal senso sono presentati i risultati derivanti dalle analisi di vicinanza (closeness) e di centralità (betweenness). Lo studio ha evidenziato una eterogeneità di modalità di costruzione della rete tra le priorità di salute. Questo è da associarsi alla natura delle priorità ma altresì ai diversi modelli di organizzazione territoriale individuabili nei distretti. In linea generale, si può notare come gli attori maggiormente attivi nella creazione di network, anche per natura istituzionale, sono rappresentati dall'Azienda USL, dai Comuni, dalla Provincia e dalle Imprese. In forte relazione anche la Scuola e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Anna.

CONCLUSIONI Lo studio ha mostrato l'efficacia della network analysis per la valutazione della capacità dei PPS di costruire reti. Lo studio ha evidenziato come, nello specifico dei PPS, le relazioni dipendono da volontà che non si esauriscono nei singoli soggetti e strutture, essendo più dipendenti dalle organizzazioni che le sottendono e da un mandato chiaro. Questo studio rappresenta una fotografia multidimensionale di come si è articolato un piano complesso, e certamente un credibile outcome per tale Piano. Sarà interessante determinare nel futuro se il processo avviato dai PPS, di avvicinamento e di inter-relazione, si trasforma in un modello per promuovere la cultura della condivisione in un'ottica di governance complessiva promozione della salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sateriale Maria Caterina	Istituzione	Azienda USL di Ferrara
Telefono	0532 235200	Indirizzo	Via F. Beretta, 13
Fax	0532 235284	CAP	44121
E-mail	mcsateriale.pps@ausl.fe.it	Città	Ferrara

9. TEACHING EVIDENCE-BASED PRACTICE: L'ESPERIENZA DI UN PERCORSO INTEGRATO NEL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

Bozzolan M

Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, Ferrara

BACKGROUND Essere Evidence-Based Practicioners non è solo questione di conoscenze ed abilità: è un atteggiamento verso la pratica professionale. Indagini compiute nel campo della Fisioterapia indicano che la presa di decisione clinica da parte dei professionisti dipende molto anche da "ciò che si è appreso nella formazione di base". L'Evidence-Based Practice (EBP) è stata identificata come "competenza core" in Fisioterapia da due recenti documenti nazionali (il "Core competence del tirocinio" e il "Core curriculum"), tuttavia la diffusione nella pratica clinica è limitata. È dunque irrinunciabile inserire l'EBP come elemento integrante della formazione del corso di laurea triennale. Non è chiaro quale strategia sia migliore per compiere questa integrazione: corsi specifici, approccio integrato a tutti i corsi, attività associate alla pratica. La letteratura sembra indicare che un approccio multimodale, con ampia parte applicativa, può dare risultati positivi.

OBIETTIVI Implementare un percorso multimodale nel corso di laurea triennale in Fisioterapia, con la finalità di promuovere un atteggiamento positivo verso la EBP.

METODI A partire dal 2003, nel corso di laurea in Fisioterapia dell'Università di Ferrara (sede di Ferrara) è stato progettato ed implementato un percorso di formazione alla EBP integrato nel triennio. Si sono inoltre studiate, attraverso tesi di laurea, alcune delle strategie utilizzate. I principi guida sono stati i seguenti: identificazione delle conoscenze ed abilità che potevano essere proposte in progressione dal primo al terzo anno, anche in relazione al restante percorso formativo; inserimento progressivo delle abilità nelle attività pratiche e di tirocinio (obiettivi specifici di tirocinio e effettuazione di Evidence-Based Journal Club -EBJC- durante i tirocini, con produzione di evidence report); miglioramento metodologico nella preparazione della tesi di laurea; valutazione valida delle competenze EBP.

RISULTATI La formazione all'EBP nel corso di laurea in Fisioterapia della sede di Ferrara prevede attualmente: un corso integrato curriculare al primo anno (tassonomia della letteratura e della ricerca scientifica, formulazione del PICO, ricerca delle evidenze sulle principali banche dati on-line), uno al secondo anno (ripresa delle abilità predefinite, valutazione critica di studi di efficacia di trattamento, di diagnosi e revisioni sistematiche, sia per quanto riguarda la validità interna che esterna), obiettivi di tirocinio per la competenza EBP al primo anno (formulare una domanda legata all'esperienza di tirocinio e reperire lavori in letteratura), al secondo anno (formulazione del PICO in relazione all'esperienza clinica del momento, reperimento di buone evidenze, citazione scritta delle prove di efficacia utilizzate per la presa di decisione clinica e partecipazione all'EBJC), al terzo anno (citazione scritta delle prove di efficacia utilizzate per la presa di decisione clinica in tirocinio, partecipazione all'EBJC, utilizzo delle conoscenze ed abilità EBP per la formulazione e implementazione del progetto di tesi di laurea). La valutazione delle abilità è effettuata con esami di profitto che richiedono la formulazione del PICO e la ricerca on-line (1° anno), a cui si aggiunge la valutazione critica di uno studio (2° anno), oltre che la valutazione delle conoscenze (domande brevi aperte scritte). Nel triennio 2006-09 è stato studiato sperimentalmente l'utilizzo dell'EBJC nel tirocinio e del test di Fresno adattato per la valutazione delle competenze. L'esperto EBP, oltre a rendersi disponibile per consulenza rispetto agli aspetti metodologici di conduzione delle tesi, valuta insieme alla guida di tirocinio il raggiungimento degli obiettivi specifici EBP del tirocinio da parte del singolo studente. Le valutazioni di profitto ed il feedback proveniente dagli studenti sono positivi, anche se viene manifestato un certo livello di stress a causa del carico globale del corso di laurea.

CONCLUSIONI È possibile, disponendo almeno di un esperto EBP e senza la necessità di particolari risorse aggiuntive, attuare un percorso di formazione integrato (sede formativa e tirocinio) nella formazione triennale del fisioterapista. Gli studenti sperimentano nella presa di decisione clinica, fin dalla loro formazione di base, l'associazione delle prove di efficacia alla expertise e ai valori del paziente; rendono inoltre più rigorosi i metodi di studio applicati nelle loro tesi di laurea. Non ci è però possibile al momento quantificare l'impatto di questa formazione sulla pratica degli studenti e dei neolaureati; questo costituirà uno step ulteriore del nostro progetto. Riteniamo inoltre auspicabile che tutti i docenti del corso di laurea progressivamente orientino la loro docenza secondo un'ottica EBP.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bozzolan Michela	Istituzione	AOU S.Anna
Telefono	0532 236151	Indirizzo	Via C. Mayr, 106/a
Fax	0532 236158	CAP	44100
E-mail	bzh@unife.it	Città	Ferrara

10. ECOGRAFIA: NEL TERRITORIO È MEGLIO?

Casadei A, Conci P

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

BACKGROUND L'ecografia è una metodica non invasiva che trova la sua applicazione pratica preminente nel contesto di una attività ambulatoriale. Nella realtà di Bolzano, la stragrande maggioranza delle indagini ecografiche del Comprensorio viene eseguita presso l'Ospedale Centrale ed in particolare presso gli ambulatori della Medicina Interna. Ai due ambulatori divisionali di Ecografia Internistica ed ai due ambulatori di Ecografia Vascolare, vengono indirizzati pazienti che potremmo schematicamente dividere in quattro gruppi: il primo gruppo è costituito dai pazienti interni acuti ricoverati presso la divisione; un secondo gruppo riguarda pazienti interni acuti ricoverati presso altre divisioni ospedaliere che, non eseguendo ecografie, inviano i loro pazienti agli ambulatori della Medicina. Il terzo gruppo comprende pazienti ambulatoriali esterni, non acuti, inviati in prevalenza dai medici di medicina generale (MMG), mentre il quarto gruppo è costituito da pazienti esterni, appartenenti ai precedenti tre gruppi, che eseguono ecografie di controllo. Le ecografie effettuate sono complessivamente circa 6000 per anno, equamente divise tra pazienti acuti ricoverati e pazienti non acuti esterni e vengono eseguite a rotazione dagli ecografisti del reparto. Aspetti di tipo strutturale ed organizzativo (dislocazione su piani diversi degli ambulatori di ecografia, diversa specializzazione ecografica dei medici, la disponibilità non costante di personale infermieristico), non consentono una programmazione differenziata dell'attività ecografica per tipologia di pazienti e questo ha come conseguenza l'alternarsi irregolare nell'ambulatorio di pazienti acuti ricoverati e pazienti non acuti esterni.

OBIETTIVI Gli obiettivi del progetto riguardano "l'avvicinamento" logistico dell'esame ecografico ai pazienti esterni e di conseguenza "l'avvicinamento" dell'ecografia ai naturali prescrittori, i MMG, in un contesto di maggiore facilità di comunicazione tra medico prescrittore e medico esecutore. Altro obiettivo riguarda la riduzione delle richieste di prestazioni ecografiche programmabili all'Ospedale, in particolare alla Medicina Interna, consentendo al reparto una migliore disponibilità e tempistica per i pazienti acuti ricoverati. Ulteriori obiettivi sono rappresentati dai miglioramenti del comfort ai pazienti in un contesto ambientale ospedaliero caratterizzato dalla convivenza in sale di attesa di ricoverati allettati e pazienti esterni, con disagi reciproci.

METODI È stato aperto un Ambulatorio di Ecografia ed Eco-color Doppler nel Distretto Sanitario dell'Azienda che è locato in centro città, e quindi facilmente raggiungibile dai diversi quartieri. L'ambulatorio è dedicato all'attività diagnostica ecografica dei pazienti ambulatoriali, non acuti, inviati dai MMG e anche dai medici specialistici ospedalieri, inoltre all'esecuzione delle ecografie di controllo dei pazienti dimessi dall'Ospedale o in trattamento presso servizi sanitari ospedalieri o territoriali. La presenza di un unico operatore garantisce una continuità assistenziale ecografica, di norma molto gradita ai pazienti; inoltre l'invio in ospedale viene riservato solamente a quella minoranza di pazienti che devono integrare l'indagine ecografica con metodiche diagnostiche di secondo livello.

RISULTATI Il progetto è partito nel mese di novembre 2009 e pertanto non sono ancora a disposizione dati obiettivi. I risultati da monitorare riguardano l'accettazione da parte dei pazienti e per tali scopi potrebbe essere utilizzato un questionario di gradimento ed inoltre da valutare è l'integrazione del Servizio nel territorio e con i MMG in particolare. Ulteriore aspetto riguarda la verifica del numero di richieste ecografiche nei reparti ospedalieri che ci si attende ridotte.

CONCLUSIONI L'ecografia rappresenta una indagine diagnostica di rilevante importanza nella maggior parte dei setting della Medicina. Il percorso storico di questo esame ha visto l'ospedale come il centro di esecuzione, spesso unico, di una indagine che per le sue caratteristiche dovrebbe avere una applicazione prettamente ambulatoriale. Il nostro progetto cerca di sviluppare un percorso di "deospedalizzazione" di quei pazienti non acuti che possono eseguire una indagine ecografica in ambito territoriale in un contesto di diversificazione del percorso diagnostico ecografico che contempli una valorizzazione del territorio per i pazienti non acuti ed una specializzazione dell'ospedale per i pazienti acuti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Casadei Alder	Istituzione	Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Telefono	0471 909174	Indirizzo	Via A. Alagi, 20
Fax	0471 907397	CAP	39100
E-mail	alder.casadei@asbz.it	Città	Bolzano

11. LESIONI DA DECUBITO: PREVENZIONE E TRATTAMENTO

Contestabile MP, Raglione P, D'Abruzzo A, Imperiale B

Casa di Cura Di Lorenzo, Avezzano

BACKGROUND La prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione rappresentano, in ambito domiciliare ed ospedaliero, un rilevante problema di assistenza sanitaria, che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali e tecnologie. Dal momento che le lesioni da pressione tendono a formarsi prevalentemente nei soggetti affetti da patologie che ne compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati, tale problema è destinato a crescere in ragione dell'aumento della popolazione in età avanzata. da studi epidemiologici condotti sulla incidenza e nella prevalenza delle lesioni da compressione tra la popolazione ospedalizzata o ricoverata in strutture protette, sembra emergere che i valori registrati tra gli ospiti residenti nelle strutture residenziali siano inferiori a quelli rilevati sui pazienti in ingresso alle medesime strutture, facendo supporre una miglior gestione delle lesioni ed un maggior controllo di alcuni fattori di rischio tra gli ospiti istituzionalizzati, rispetto al domicilio o all'ospedale per acuti. da questa premessa si è voluto realizzare un progetto di prevenzione e cura delle lesioni da pressione, utilizzando tra l'altro presidi antidecubito, medicazioni avanzate ed un corretto e continuo cambio di posizione dei pazienti a rischio. Inoltre le lesioni sono state monitorizzate ed è stata registrata settimanalmente l'evoluzione.

OBIETTIVI Migliorare la qualità della vita dei soggetti istituzionalizzati presso la Casa di Cura Privata Di Lorenzo S.p.a. Fornire alla casa di Cura un protocollo per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni, fornire una guida per la gestione del paziente, che costituisca uno strumento formativo tale da accrescere la professionalità degli operatori e qualificare il servizio offerto. Ottimizzare l'intervento sanitario, diminuire l'incidenza delle lesioni, adottare strumenti di identificazione dei soggetti a rischio, predisporre strumenti per la verifica dell'applicazione e della efficacia delle linee guida e dei protocolli.

METODI Creazione Linea guida e protocollo, definizione di un referente per ogni unità operativa che controllasse i pazienti a rischio, attivando tutto il processo preventivo e curativo. Per realizzare tutto ciò è stata condotta una ricerca su MEDLINE, CINAHL, interrogando anche siti di associazioni infermieristiche del settore. Una volta creato il gruppo si è proceduto a formare il restante personale. Nel frattempo la casa di cura ha acquistato presidi antidecubito e medicazioni avanzate. Il progetto è partito in data 07/01/2009. All'ingresso veniva eseguito un esame obiettivo su tutti i malati, valutando la gravità degli stessi e se necessario veniva posizionato il presidio antidecubito. Nei pazienti con lesioni si è proceduto a tracciare la lesione utilizzando il sistema visitrack grid, con controllo settimanale. In caso di lesioni gravi è stata chiesta la consulenza del dermatologo e del chirurgo plastico. Ad oggi sono più di 150 i pazienti controllati e circa 50 le lesioni trattate di cui più del 65% con esito positivo.

RISULTATI Il totale dei pazienti a rischio durante l'anno 2009 è stato di circa 200; circa il 60% dei pazienti sono stati trattati con presidi antidecubito con esito positivo. Il 20% di essi ha sviluppato una lesione da decubito, vista anche la gravità della patologia. Di questi il 9% è peggiorato ed alla dimissione la lesione era ancora al secondo stadio. Il 3% è deceduto, mentre nel restante 8% la lesione è guarita.

CONCLUSIONI Utilizzando un corretto protocollo di prevenzione e trattamento delle lesioni, formando adeguatamente il personale sanitario ed avendo in dotazione presidi antidecubito, si è riusciti a ridurre l'incidenza delle lesioni rispetto al 2008 di circa il 3%.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Raglione Pina	Istituzione	Casa di Cura Di Lorenzo
Telefono	0863 428241	Indirizzo	Via Veneto, 29
Fax	0863 412446	CAP	67051
E-mail	pina.medicina@alice.it	Città	Avezzano

12. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DI UN PROGETTO FORMATIVO MULTIDISCIPLINARE PRESSO L'ASP DI MESSINA

Coppolino S, Santini S

Azienda Sanitaria Provinciale Messina

BACKGROUND Il Sistema Sanitario attribuisce valore strategico alla formazione, intesa come risorsa per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza (qualità) dei servizi, attraverso lo sviluppo di competenze e capacità orientate all'organizzazione dei servizi, di comportamenti adeguati a realizzare l'innovazione e di conoscenze scientifiche, tecniche e relazionali, rinnovate lungo tutto l'arco della vita professionale. Metodologicamente, la formazione ha maggiore efficacia se è focalizzata sui bisogni formativi dei discenti e sui loro processi di apprendimento: è, quindi, necessario che la pianificazione, la gestione, la didattica e la valutazione dei processi e dei risultati della formazione evidenzino l'aderenza al bisogno di acquisire le competenze per rispondere, sia ai bisogni di salute della popolazione che a quelli di funzionamento dell'organizzazione. La formazione, pertanto, deve offrire percorsi che siano in grado di migliorare le performance di tipo organizzativo, tecnico e relazionale coerenti con la "mission aziendale". Tali competenze sono necessariamente trasversali a molteplici professionalità e discipline ed è quindi necessario passare da una formazione continua strutturata su competenze specifiche ad una programmazione che tenga conto delle tre dimensioni della professionalità.

OBIETTIVI L'Unità Operativa Formazione della ASP di Messina ha preso parte al Programma di Sviluppo del S.S.N., partecipando con un Progetto Formativo, svolto in collaborazione con il **GIMBE***, che ha impegnato 60 professionisti con meno di 40 anni, il cui obiettivo è stato quello di promuovere competenze di gestione dell'informazione e della conoscenza scientifica (revisioni sistematiche, epidemiologia clinica, valutazione critica della letteratura scientifica, etc.) e di governo clinico.

METODI Gli incontri formativi mensili di 3 giorni, accreditati ECM, sono stati rivolti a gruppi multidisciplinari (farmacisti, cardiologi, anestesisti, fisioterapisti, infermieri). Durante lo svolgimento del Progetto Formativo se ne è valutato l'impatto organizzativo attraverso l'analisi del trasferimento delle conoscenze nei rispettivi contesti di appartenenza. A conclusione dei primi 4 moduli è stata richiesta la compilazione di un questionario con 8 domande. A ciascuna risposta è stato attribuito un punteggio, attraverso una scala da 0 a 5. Le domande hanno riguardato il numero di ricerche svolte su banche dati informatiche, i risultati relativi, l'incremento della capacità di leggere criticamente un lavoro scientifico, la possibilità di applicazione delle nozioni apprese, la trasmissione delle competenze acquisite a colleghi e/o collaboratori e altri quesiti congruenti con il percorso effettuato.

RISULTATI Dall'analisi dei dati emerge come la partecipazione al corso abbia aumentato nei partecipanti la propensione alla ricerca su banche dati informatiche nel 90% dei partecipanti e abbia suscitato la consapevolezza a riconsultare ed approfondire il materiale didattico e gli appunti presi nell'85% dei casi. Nonostante ciò, il 95% dei partecipanti ha rilevato forti ostacoli strutturali-organizzativi all'applicazione delle conoscenze acquisite, presso le Unità Operative di appartenenza e nella rilettura/modifica di linee guida e/o nei percorsi assistenziali.

CONCLUSIONI La partecipazione a questi incontri ha consentito di prendere coscienza che un team di lavoro multidisciplinare è una dimensione essenziale della concreta pratica clinica nella sanità pubblica e che simili programmi di training si incentrano sia sulle competenze tecniche di ognuno, sia sulle capacità di prendere decisioni idonee, nell'interesse del paziente, in situazioni non sempre lineari.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Coppolino Salvatore	Istituzione	ASP 5 di Messina
Telefono	090 3654115	Indirizzo	Viale Giostra
Fax	090 3654115	CAP	98100
E-mail	coppolino.s@ausl5.messina.it	Città	Messina

13. APPROPRIATEZZA E CONSUMI DELLE EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE: UN AUDIT CLINICO SUL TERRITORIO DELL'ASP DI MESSINA

Coppolino S, Sgroi C

Azienda Sanitaria Provinciale Messina

BACKGROUND Le eparine a basso peso molecolare (EBPM) rappresentano il risultato di una grande mole di ricerca dovuta alla incompleta soddisfazione per le proprietà dimostrate dall'eparina standard. In particolare, l'interesse verso le EBPM deriva dai loro vantaggi rispetto all'eparina standard (unica somministrazione giornaliera, minore frequenza di complicanze, maggiore efficacia clinica, mancata necessità di monitoraggio della loro attività mediante analisi di laboratorio, possibilità di terapia domiciliare). Le EBPM sono utilizzate, tra l'altro, nella trombosi venosa, in emodialisi, nella sindrome coronaria acuta e nella profilassi del paziente non chirurgico.

OBIETTIVI Visto l'incremento della spesa per questi prodotti registratosi nell'anno 2008 nella provincia di Messina e considerando le loro indicazioni terapeutiche ed il PHT ci si è posti come obiettivo quello di fotografare la situazione nella pratica clinica territoriale dell'ASP di Messina, analizzando le prescrizioni al fine di orientare i Medici di Medicina Generale (MMG) verso criteri di appropriatezza e correttezza prescrittivi sia per una migliore allocazione delle risorse che in funzione della prevenzione del rischio clinico.

METODI Per lo sviluppo di questo lavoro il Dipartimento del Farmaco ha monitorato, tramite il sistema informatico "Farmanalisi", l'andamento delle prescrizioni delle EBPM nella provincia di Messina, dal 1/01/2009 al 31/08/2009. I parametri considerati sono stati il principio attivo (Bemiparina, Dalteparina, Enoxaparina, Nadroparina, Parnaparina, Reviparina), la spesa lorda, il numero di confezioni dispensate e le DDD/1000 abitanti pesati. Sono state, inoltre, analizzate le schede tecniche delle varie EBPM e considerate come standard di riferimento le Linee Guida CHEST e la banca dati Micromedex.

RISULTATI Sebbene le Linee Guida CHEST e la banca dati Micromedex riportino l'equivalenza di alcune EBPM, dall'analisi delle schede tecniche emerge grande variabilità delle indicazioni autorizzate anche per la stessa molecola ma per dosaggi differenti. Per quanto attiene l'aspetto farmaco-economico per la spesa lorda al primo posto figura la Nadroparina, seguita dall'Enoxaparina, dalla Reviparina, dalla Parnaparina, dalla Bemiparina e dalla Dalteparina. La spesa rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente è cresciuta per tutte le molecole tranne che per la Nadroparina e la Bemiparina che hanno subito un calo rispettivamente del 33% e del 9.3%. Anche in termini di confezioni e di DDD/1000 ab. pesati la Nadroparina è in testa seguita dall'Enoxaparina. Dal punto di vista della inappropriatezza si registrano, per gli 8 mesi considerati, 13 pazienti con un consumo di oltre 20 confezioni di Bemiparina; 4 pazienti con oltre 20 confezioni e 1 con 38 confezioni, per la Dalteparina; 1 con 178 confezioni, 3 con 100 e 13 con 50 per la Enoxaparina; 1 paziente con 52 confezioni per la Reviparina; 20 pazienti con oltre 40 confezioni per la Parnaparina.

CONCLUSIONI Nell'ottica della politica regionale che promuove l'appropriatezza farmaceutica come strumento di tutela del cittadino ed alla luce dei risultati di questa ricerca è auspicabile un incremento dell'attività formativa indipendente rivolta ai MMG e agli altri Specialisti Ambulatoriali ed Ospedalieri al fine di promuovere comportamenti univoci e garantire al cittadino un uso appropriato delle EBPM. Sarebbe opportuno, inoltre, istituire un tavolo tecnico con i MMG, gli Specialisti Ambulatoriali ed Ospedalieri ed i Responsabili dei Distretti Sanitari poiché, malgrado le strategie fino ad oggi adottate dal Dipartimento del Farmaco (incontri con i MMG, libero accesso agli iscritti all'Ordine dei Medici al portale Farmanalisi per valutare l'appropriatezza prescrittiva, invio di comunicazioni inerenti le modalità di prescrizione di farmaci ad alto costo), le resistenze culturali nell'applicazione fedele di quanto previsto da schede tecniche e Linee Guida rappresenta, in questo caso, un ostacolo ancora da superare.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Coppolino Salvatore	Istituzione	ASP 5 di Messina
Telefono	090 3654115	Indirizzo	Viale Giostra
Fax	090 3654115	CAP	98100
E-mail	coppolino.s@ausl5.messina.it	Città	Messina

14. VERIFICA DELLE MODALITÀ DI RICHIESTA DEGLI ESAMI DI LABORATORIO DA PARTE DEL PRONTO SOCCORSO DEI SETTE PRESIDII OSPEDALIERI DELL'AREA VASTA ROMAGNA

Dorizzi RM¹, Baldrati L¹, Vascotto L¹, Valenti S², Prati L³, Volpones G⁴, Nunziatini R⁵

¹U.O. Corelab, Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna; ²Laboratorio RR, Azienda USL di Ravenna; ³Laboratorio RR, Azienda USL di Cesena; ⁴Laboratorio RR, AUSL Rimini; ⁵Laboratorio RR, Azienda USL di Forlì

BACKGROUND La penna (o il mouse) del medico rappresenta il principale driver della spesa relativa alla diagnostica. Questo è dimostrato dalla "personalizzazione" delle modalità prescrittive di Unità Operative della stessa Specialità in Aziende diverse o, addirittura, nella stessa Azienda. La costituzione di Aree Vaste ha reso ancora più urgente la necessità di confrontare le modalità di richiesta degli esami diagnostici da parte di U.O. appartenenti ad Aziende diverse. È quindi particolarmente importante per il Laboratorio raccogliere informazioni omogenee in modo tempestivo ed obiettivo per poter programmare la riorganizzazione di servizi sempre più "vasti" e complessi.

OBIETTIVI Effettuare un audit sui Pronto Soccorso dei sette presidi ospedalieri dell'Area Vasta Romagna (Ravenna, Rimini, Cesena, Forlì, Lugo, Faenza, Riccione) appartenenti a quattro Aziende Sanitarie. L'interesse di raccogliere dati in questo ambito è legato al fatto che la popolazione che accede al Pronto Soccorso (PS) è molto più omogenea rispetto a quella di altre Unità operative che, per organizzazione della stessa azienda, per particolare competenza dello staff o per "tradizione", possono essere specializzate in casistiche diversamente "impegnative" dal punto di vista della diagnostica di laboratorio.

METODI Sono stati estratti dal LIS unico di AVR tutti gli esami di laboratorio richiesti dal singolo PS nel trimestre maggio-luglio e sono stati analizzati i 24 esami che rappresentavano la quasi totalità del carico di lavoro (percentuale compresa tra il 95 ed il 98% del totale). Sono stati ricavati dai rispettivi Controlli di Gestione il numero di accessi al PS ed è stato calcolato il rapporto Esami/accessi per ognuno degli esami ed ognuno dei PS.

RISULTATI Il numero degli esami richiesto per accesso è risultato compreso tra un massimo di 5.22 ad un minimo di 2.33 esami per accesso (5.22, 4.86, 4.62, 4.54, 4.51, 2.33, 2.7). È possibile distinguere due gruppi di esami: 1) "ad alto indice di condivisione" (emocromo, glucosio, creatinina, potassio, sodio, ALT, INR) con un rapporto Esami/accessi molto ristretto, intorno a 0.3; 2) "a basso indice di condivisione" (Troponina, PCR, APTT, Bilirubina, AST Calcio, Amilasi, D Dimero, Bilirubina Diretta, Mioglobina, Urea, CPK, Fibrinogeno, Colinesterasi, Cloro, Esame Urine, CK-MB) con un rapporto Esami/accessi molto più variabile (da un valore vicino a zero, nei PS che non chiedono mai l'esame, a un valore intorno a 0.4 nei PS che chiedono l'esame quasi ogni due accessi). La differenza del numero delle richieste di esami come Fibrinogeno e CK-MB inviate dai PS ai diversi laboratori superava le 1000 volte. I dati sono stati inviati ai rispettivi Direttori Sanitari e sono stati presentati ai rispettivi Collegi di Direzione. In tutti i casi sono stati avviati dei percorsi di revisione delle modalità prescrittive degli esami di laboratorio.

CONCLUSIONI La messa in rete dei dati di modalità di prescrizione rappresenta di per se stessa il primo passo verso una maggiore appropriatezza. Consente, infatti, di: 1) avviare un percorso di "peer review"; 2) confrontare le modalità prescrittive con le linee guida più autorevoli. Nel corso del 2010 saranno esaminati trimestralmente i dati dei diversi PS e sarà estesa la valutazione ad altre UU.OO. omogenee.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dorizzi Romolo M	Istituzione	U.O. Corelab
Telefono	0547 394809	Indirizzo	Piazzale della Liberazione, 60
Fax	0547 4431187	CAP	47522
E-mail	rdorizzi@ausl-cesena.emr.it	Città	Cesena

15. STUDIO DI COORTE RETROSPETTIVO 2002-2006 DI 1690 PZ (DI 48 MMG) AFFETTI DA DM TIRPO 2: ANDAMENTO ESAMI DI LABORATORIO (8 PARAMETRI) E LA TERAPIA FARMACOLOGICA TOTALE ASSUNTA: ANALISI DI APPROPRIATEZZA E SPESA GLOBALE – ASL IMOLA (BO)

Ehrlich S¹, Baldini M¹, Vacirca A¹, Zaccherini P¹, Veronese F¹, Rustici E¹, Sartoni M², Bagnardi V³, Disalvatore D³

¹Azienda Sanitaria Locale Imola; ²Associazione Professione Medica Comprensorio Imolese; ³Università degli Studi Milano Bicocca - Dipartimento di Statistica

BACKGROUND L'ASL di Imola ha avuto un aumento del 55% di pazienti registrati affetti da DM dal 2002 (2538 pz) al 2006 (3940 pz) calcolando l'E.T.= 013.250 (% sottostimata in quanto molti pz hanno un E.T. x invalidità che difficilmente permette di rintracciare la patologia in esame salvo incroci con altri dati). Tutti i MMG (98) dell'ASL Imola partecipano al progetto DM integrato dal 2001 dopo un percorso di condivisione con gli Spec. Diabetologi di riferimento (cad) ed assistono oltre il 70% dei pz in media.

OBIETTIVI La verifica periodica delle prescrizioni diagnostiche di laboratorio e terapeutiche del Medico di MG prima della revisione/aggiornamento delle LG Aziendale nella materia specifica della gestione integrata del DM particolarmente di tipo due. 1. Analisi l'andamento parametri di laboratorio in 5 anni (HbA1c, Ldl, Hdl, microalbuminuria ecc.) prognosi e danno d'organo. 2. Valutazione IRC -formula di MDRD (Modification of diet in renal disease) direttamente correlata con RCV; 3. Verifica terapia specifica e per le comorbilità: appropriatezza e adesione alle LG.

METODI - Recupero esami di laboratorio - 5 anni (02-06)-1690 PZ DM2 (glicemia, HbA1c, microalbuminuria, creatinina, Col Tot, HDL-col, Trigliceridi, LDL-col) di 48 MMG - elaborazione medie annue. - Supporto di Linee Guida: S.I.M.G. - indicatori di qualità; data base Health Search; ESH; ESC; NCEP-ATPIII; STANDARD ITALIANI X LA CURA DEL DM 07elaborati da A.M.D-S.I.D.; - Recupero di tutti i farmaci ritirati in tutte le Farmacie sul territorio ASL Imola - 1690 PZ divisi in categorie ATC e quantità; - Elaborazione statistica della medicalizzazione attuale vs LG; - analisi dell'appropriatezza e il calcolo della spesa media per paziente (andamento 5 anni) vs l'ottimale richiesto dalle LG; - Elaborazione della creatinina correlate al genere e all'età mediante la formula MDRD per l'analisi del eGFR dell'IRC.

RISULTATI Popolazione omogenea: <65aa: 36%M 27%F; 65-74aa: 36%M 37%F >75aa: 28%M36%F. Valore medio HbA1c: pz non trattati con antidiabetici (T1-T5): 6.7-6.7-6.8-6.8-6.6, e trattati 7.3-7.4-7.4-7.6-7.4. Trattati con antidiabetici risultano il 69% T1 e 87% T5. Metformina assunta in media 9%; L'associazione metformina+sulfaniluree è assunta x 3 categorie HbA1c: <6.5 nel 24% T1 e 32% T5, HbA1c 6.5-7.5 il 34% T1 e 49% T5, HbA1c >7.5 61% T1 e 72% T5. Antiagg./anticoag. è assunto il 30% T1e 45% T5. L'1-3% PZ assume warfarin, ticlopidina o eparina. Antipertensivi sono assunti 60% T1 e 74% T5 (aceinib. 33% T1 e 37% T5, sartani 14% T1 e 23% T5, betablocc. 20% T1 e 23%T5, calcioantag. 22%T1 e 28%T5. Nitrati assunti 7% T1 e 9% T5. Antipertensivi sono assunti in varie combinazioni T1 vs T5: 1 farmaco 31% e 37%, 2 farm. 20% e 24%, 3 farm. 6% e 9%. Antidislipidemicici sono assunti 22% T1 e 37% T5 (simvast. 5% T1 e 14% T5, l'atorvast. 5% T1 e 7% T5). La microalbuminuria media è 24mg T1 e 30mg T5 nei pz non trattati con antidiabetici orali; nei trattati 15mg T1 e 21mg T5. L'eGFR risulta differente solo al III° stadio: M 5% vs F 11%; peggiora l'eGFR con l'età quanto nella popolazione generale. LDL medio analizzato risulta 126 mg/dl in T1 e 111 T5 in PZ non trattati con antidislipidemicici o 104 T5 nei pz trattati. Solo 29 PZ -21M 8 F-(1,72%) non assumono farmaci. 143 PZ (l'8%) HbA1c >6.5 non assumono nessun farmaco delle 4 categorie (antidiabetici, antiagg./anticoag., antipertensivi, antidislipidemicici) al T1 e 14 PZ (l'1%) HbA1c >6.5 non assumono nessun farmaco delle 4 categ. al T5. 116 PZ assumono 3 farmaci: costo medio PZ 418 €/anno; 97 PZ assumono 4 farmaci T1(815 €/an) 102 PZ assumono 4 farmaci T5 (844 €/an). Costo medio PZ che assume un solo farmaco su 4 è in media 118 €/an.

CONCLUSIONI I 1690 PZ devono essere più medicalizzati. Nella classe HbA1c <6.5 assumono associazione metformina/sulfaniluree il 28% e sulfaniluree 29% dei PZ. I farmaci "must" tipo antiaggregante/anticoagulante (in media assunti HbA1c <6.5=23%, 6.5-7.5=28%, >7.5=26%), antidislip. (22% dei PZ al I° rilevamento vs. 37% tot. al V° rilevamento), antipertensivi (assunti in media 67%: 35% Aceinib, 18% Sartani, 22% betablocc., 25% Calcioantag) sono prescritti molto meno dell'auspicabile specie nel genere Fem; >di 3 farmaci nel 6% I° rilev vs 9% al V° rilevam. La valutazione fra la spesa farmaceutica media attuale è quella auspicabile è da mettere in correlazione con l'abbattimento del danno d'organo ipotizzabile per costruire un vero programma di prevenzione. Mancano i glitazonici nel periodo esaminato. La presa in carico del PZ DM2 dal MMG può migliorare alla luce di rilevamenti qui sintetizzati per ridurre il depauperamento delle risorse insuliniche e del danno renale (< 60% eGFR 5% Masch vs 11% Fem) che avanza.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ehrlich Shirley	Istituzione	ASL di Imola
Telefono	0542 34620	Indirizzo	Via Taddeo della Volpe, 20
Fax	0542 34620	CAP	40026
E-mail	s.ehrlich@lamiaposta.com	Città	Imola

16. DALLA FORMAZIONE SULL'EBP AL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA CLINICA PASSANDO ATTRAVERSO LA METODOLOGIA DELLA RICERCA

Forni C, Sabbatini T, Amodeo A, Genco R, Capezzali D

Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

BACKGROUND Essendo stati individuati dall'azienda i referenti delle professioni sanitarie per l'EBP in ogni Unità Operativa si era reso necessaria una formazione specifica. Si è progettata la formazione sia a livello base che avanzato per fornire competenze e conoscenze attraverso una metodologia interattiva e applicata ai contesti clinici. Durante le discussioni sui problemi e questi di ricerca, è emersa una importante difformità fra gli infermieri e fra i reparti stessi nella gestione dei cateteri venosi periferici (CVP). Già durante il corso di base si è individuata la specifica problematica sui CVP per affinare competenze di ricerca e approccio critico della letteratura sull'argomento di interesse fino a specificare con chiarezza il questo di ricerca in assenza di evidenze forti da utilizzare per uniformare i comportamenti.

OBIETTIVO Uniformare i comportamenti nella gestione dei CVP secondo la miglior evidenza utilizzando il metodo scientifico applicato come occasione di formazione avanzata alla ricerca clinica.

METODI Studio di incidenza delle occlusioni e tromboflebiti da catetere venoso periferico (CVP) e ricerca di eventuali fattori prognostici o di rischio. Obiettivi dello studio: Primario: valutazione dell'incidenza delle tromboflebiti da CVP, secondari: valutazione dell'incidenza delle infiltrazioni e delle occlusioni complete da CVP e identificazione di possibili fattori prognostici e/o di rischio. In ogni reparto è stato identificato un ricercatore (referente EBP) e due altri infermieri, addetti alla raccolta dati giornaliera e alla compilazione della scheda elaborata dal panel multi professionale. Il panel era composto da un ricercatore infermiere di ogni reparto di degenza e del pronto soccorso, 5 ricercatori esperti, un medico anestesista e 2 farmacisti che hanno collaborato al perfezionamento del protocollo. Ad ogni posizionamento di CVP in pazienti che non rientravano nei criteri di esclusione veniva compilata la scheda nella sua prima parte che rappresenta il tempo zero. Ogni 24 ore e fino alla rimozione del CVP per qualsiasi causa (fine terapia, flebite, occlusione, infiltrazione, rimozione accidentale e intolleranza che rappresentavano gli outcome di interesse) si raccoglievano i dati che avevano interessato le 24 ore precedenti la verifica dell'eventuale outcome. Ogni scheda rappresentava un CVP e accompagnava il paziente durante eventuali trasferimenti di reparto. Al verificarsi dell'outcome (fine terapia, flebite, occlusione, infiltrazione, rimozione accidentale e intolleranza) la scheda veniva chiusa e archiviata. Se si riposizionava un altro CVP si compilava una nuova scheda e si iniziava il monitoraggio così come appena descritto.

RISULTATI Lo studio è iniziato il 4 maggio 2009 e si è concluso come arruolamento il 31 maggio 2009 (4 settimane). Sono stati arruolati 877 pazienti di cui 873 valutabili per un totale di 1397 cateteri periferici valutati. Dei 4 pazienti persi, 1 è deceduto dopo un giorno dal posizionamento del cvp e in 3 schede mancava la causa di rimozione per cui sono state escluse dall'analisi. Rispetto agli 873 pazienti, 334 hanno ricevuto almeno 2 cvp durante la degenza, 108 almeno 3, 47 almeno 4, 1 paziente ha ricevuto 10 cvp. Il numero medio di cvp a paziente è complessivamente di 1.6 (ds 1.04) L'età media dei pazienti era di 56 anni (range 0-99, deviazione standard 22.3) La durata media dei cateteri è stata di 2.91 gg (range 1-24) I dati sono stati scorporati e analizzati rispetto agli outcome di interesse. Flebiti, incidenza 10,9% (151/1390) Range dal 3,4% al 17,7%. Occlusioni: incidenza 16,8% (234/1390) Range dal 0% al 30,6%. Fuori vena incidenza 14,4% (204/1390) Range dal 1,7% al 27,5%. Verranno spiegati in dettaglio i fattori di rischio individuati per singolo outcome all'analisi multivariata.

CONCLUSIONI La metodologia della ricerca si impara "sul campo". Usare un metodo corretto permette: di identificare fattori e problemi sottostimati sfatare "leggende metropolitane" e migliorare la pratica. Usare un metodo corretto permette inoltre di TROVARE EVIDENZE quali non eparinare i cvp a meno che non si faccia emotrasfusioni o prelievi, non sostituire il cvp a cadenza fissa (72 o 96 ore), posizionare cvp prevalentemente nell'avambraccio (a rischio polso, piega gomito e arto inf.), accedere non più di 3 volte al giorno al cvp, meglio se infusione continua usare calibri medi (n. 20g).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Forni Cristiana	Istituzione	Istituto Ortopedico Rizzoli
Telefono	051 6366694	Indirizzo	Via Pupilli, 1
Fax	051 6366393	CAP	40136
E-mail	cristiana.forni@ior.it	Città	Bologna

17. SMALL IS BEAUTIFUL! GESTIONE DEI PAZIENTI CON DOLORE TORACICO ACUTO IN UN PICCOLO OSPEDALE

Gambarati GP, Maselli F, Matheou S, Reverzani A, Desimoni G, Braglia D, Ligabue R, Chesi G

Azienda USL Reggio Emilia

BACKGROUND Il dolore toracico (DT) sospetto per ischemia miocardica acuta, è uno dei più frequenti e complessi problemi clinici con cui gli operatori del Pronto Soccorso, i medici internisti ed i Cardiologi devono confrontarsi tutti i giorni. In particolare il triage è difficile nell'identificare il rischio di eventi cardiovascolari in questo tipo di pazienti e la conseguente dimissione.

OBIETTIVI Definire l'efficacia e la sicurezza di un Percorso Clinico Assistenziale (PCA) multidisciplinare per la gestione del rischio clinico di pazienti a basso rischio cardiovascolare presentatisi con DT in un piccolo Pronto soccorso di un piccolo Ospedale distrettuale.

METODI Studio prospettico, osservazionale di una coorte di 405 pazienti consecutivi con dolore toracico acuto ed ECG normale alla presentazione in PS o Ambulatorio di cardiologia (AC) dell'Ospedale C. Magati di Scandiano (RE), dal febbraio 2006 al febbraio 2007. Il PCA prevedeva la stratificazione secondo 3 criteri, di cui uno clinico (dato dalle caratteristiche del dolore secondo uno score concordato), uno elettrocardiografico ed uno laboratoristico, in grado di comporre 3 categorie di rischio: rischio basso, intermedio-basso, intermedio. Il gruppo di pazienti a rischio basso poteva essere dimesso direttamente dal PS o AC con un FU telefonico ad una settimana. I restanti gruppi di pazienti venivano ricoverati nell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) del Dipartimento Internistico (gestita da personale medico internistico e cardiologico) per un minimo di 6 ore ed un max di 24 ore e valutati con registrazioni seriate (ogni 6-12 /h) di ECG, enzimi cardiaci e Troponina I e, quando appropriato, una prova da sforzo pre-dimissione o entro 3 giorni.

RISULTATI 147 pazienti (36.3%) sono stati dimessi direttamente da PS/AC; 14 pazienti (3.4%) sono stati ricoverati direttamente in Unità Cardica Intensiva (UCI); 244 pazienti (60.2%) a rischio intermedio-basso ed intermedio sono stati ricoverati in OBI: di questi 30 pazienti (12.3%) sono stati trasferiti in UCI con Sindrome Coronaria Acuta (SCA), 16 pazienti (7.5%) sono stati dimessi con diagnosi di angina pectoris; 198 pazienti (92.5%) sono stati dimessi con diagnosi di DT non ischemico. Dei 198 pazienti dimessi dall'OBI, 4 pazienti (1.8%) hanno sviluppato una angina da sforzo stabile, 3 pazienti (1.4%) hanno sviluppato una SCA, 1 paziente entro il primo mese dalla dimissione, 2 pazienti dopo 6 mesi. I risultati mostrano che oltre 89.1% (361) dei pazienti possono essere dimessi entro 24 ore; 147 (36.3%) direttamente dal PS/AB, solo il 10.9% (44) necessitano di ricovero ospedaliero per SCA. La sensibilità del protocollo nell'identificare i pazienti con cardiopatia ischemia importante che necessitano un ricovero è stato del 87%; il potere predittivo negativo nell'escludere eventi ischemici acuti (SCA) nel follow-up è stato del 97%, con solo 3 pazienti che hanno sviluppato una SCA durante il periodo di osservazione di 6 mesi.

CONCLUSIONI L'applicazione di un protocollo di stratificazione del rischio cardiaco, basato sul nostro PCA multidisciplinare di un piccolo ospedale distrettuale, potrebbe essere un appropriato e sicuro strumento per una dimissione precoce dei paziente con Dolore Toracico a basso e medio rischio per SCA.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Gambarati Gian Paolo	Istituzione	Ospedale di Scandiano
Telefono	0522 850224	Indirizzo	Via Martiri della Libertà, 8
Fax	0522 850507	CAP	42019
E-mail	gambaratig@ausl.re.it	Città	Scandiano

18. STUDIO DI AUDIT CLINICO SULLA PRESENZA DI COMORBIDITÀ IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI CHIRURGIA ORTOPEDICA

Lamprecht G, Zadini A, Centonze S, Pesavento V

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, Trieste

BACKGROUND Il Piano della Riabilitazione del Friuli Venezia Giulia, licenziato nel 2006, prevede la attivazione di percorsi semplificati in riabilitazione per le patologie più frequenti in ambito riabilitativo. A tal fine, preconizza l'individuazione di protocolli scientifici condivisi per agevolare i percorsi degli utenti con bisogni riabilitativi semplici e permettere un uso più efficiente ed efficace delle professionalità che intervengono nel percorso di cura del paziente all'interno delle diverse tappe terapeutiche. A partire da questa indicazione del Piano, un gruppo tecnico costituito in Agenzia Regionale della Sanità ha predisposto nel Novembre 2007 uno schema di protocollo operativo da adottare presso tutte le Strutture aziendali regionali utile a tracciare l'intero percorso assistenziale in campo ortopedico (interventi in elezione delle principali patologie cronico degenerative e per i traumi maggiori) comprensivo del trattamento riabilitativo. Tale necessità è divenuta argomento di programmazione regionale (Linee per la Gestione del SSR, DGR 2364/2008 e Consolidato Preventivo Regione FVG DGR 957/2009). La definizione di bisogno semplice risulta tuttavia molto vaga e viene così esplicitata "Il bisogno riabilitativo si definisce semplice quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone per un livello di partecipazione, ha degli indici prognostici positivi e definibili sia da un punto di vista qualitativo che temporale, e richiede interventi riabilitativi standardizzabili, programmabili e ripetitivi in una situazione contestuale favorevole".

OBIETTIVI Scopo di questo lavoro è stato quello di verificare se esiste la possibilità di ricavare dalla cartella clinica criteri oggettivi che permettano la standardizzazione dei pazienti, di analizzare attraverso la revisione delle cartelle cliniche gli strumenti messi in atto per evidenziare la presenza di comorbidità nei pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica elettiva e di valutarne la coerenza interna.

METODI Sono state condotte un'analisi dei dati volti a valutare la presenza di comorbidità nei pazienti di interesse riabilitativo ricoverati dal 1° gennaio 2006 al 30 giugno 2009 applicando alle dimissioni uno dei tanti sistemi di classificazione della comorbidità utilizzati in letteratura ("Comorbidity Index modificato secondo Dayo e coll."); un'analisi della presenza dei criteri di dimissibilità, definiti da un protocollo interno, del paziente sottoposto ad intervento maggiore ortopedico (DRG 209-544, 210 e 211) dal 1° Settembre 2005 al 31 Agosto 2009; la valutazione della congruenza tra informazioni contenute nell'archivio dei pazienti valutati e quelle contenute nella Scheda Multidimensionale per la continuità riabilitativa dal mese di ottobre 2007 al mese di aprile 2009 (N=1.525) e le informazioni contenute nella Scheda di Dimissione. È stata successivamente condotta una ricerca sulla presenza delle patologie elencate nei criteri di comorbidità nella cartella clinica alla dimissione di un campione di pazienti (N=114).

RISULTATI La stima di "comorbidità" nella popolazione di dimessi dal 2006 al giugno 2009 dalle SSCC ortopediche sottoposti ad intervento ortopedico maggiore, utilizzando le informazioni presenti sulla SDO, ha messo in evidenza che SOLO una ESIGUA MINORANZA della casistica poteva essere classificata come contemporaneamente affetta da una o più patologie cronico-degenerative, tipiche dell'età avanzata. L'unico fattore "prognostico" desumibile dai dati amministrativi (Scheda di Dimissione Ospedaliera) era pertanto l'età. La distribuzione della "comorbidità" calcolata sulle Schede di Dimissione nei 1.525 pazienti valutati con Scheda Multidimensionale dal 14.10.2007 al 3.05.2009 ha dimostrato una sottostima della valutazione della comorbidità nei pazienti ricoverati nella SSCC di ortopedia, rispetto ad altre tipologie di pazienti, pari al 2,7%. L'analisi condotta sul codice di dimissibilità attribuito al paziente ospitato in reparto ha evidenziato: a) la proporzione media di pazienti considerati "dimissibili" e ancora ospitati in reparto (dal mese di settembre 2005 al mese di agosto 2009) è del 5,6%; b) l'assegnazione del codice di "dimissibilità" è dipendente dal grado di attenzione del clinico di reparto all'individuazione dei 5 criteri previsti dal protocollo interno. L'analisi compiuta, confrontando le informazioni relative alla co-presenza di patologie durante il periodo di ricovero nel campione (n.=114) di cartelle cliniche dei pazienti sottoposti nel 2008 ad intervento ortopedico maggiore (DRG 209-544, 210 e 211), ha evidenziato che, a seconda della sezione di cartella clinica valutata, la prevalenza di "comorbidità", e verosimilmente di pazienti sui quali il cosiddetto "percorso semplificato" proposto dalla programmazione regionale nel 2007 può essere derogato, è estremamente variabile.

CONCLUSIONI I dati emersi saranno oggetto di restituzione agli interessati con l'obiettivo di apportare dei correttivi sulle modalità con cui avviene la raccolta dei dati relativi alla comorbidità, aspetto che, attualmente, pur richiedendo un grande impegno, non riesce a fornire elementi utili per analizzare compiutamente tale aspetto e quindi a standardizzare le categorie di pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Lamprecht Gabriella	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Trieste
Telefono	040 3992108	Indirizzo	Via Stuparich, 1
Fax	040 3992322	CAP	34100
E-mail	gabriella.lamprecht@aots.sanita.fvg.it	Città	Trieste

19. IMPLEMENTAZIONE DELL'EVIDENCE-BASED NURSING E DELLA RICERCA INFERMIERISTICA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAREGGI-FIRENZE: LA CREAZIONE DI UN GRUPPO DEDICATO E LA PROGETTAZIONE DELLE ATTIVITÀ INIZIALI

Lumini E, Bambi S, Lucerni A, Nervi A, Virag K, Lo Vetere P, Bufalari B, Pacciani A, Spadaro S, Fossati D

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

BACKGROUND Se gli ostacoli all'implementazione dell'Evidence Based Practice (EBP) sono ben noti a livello internazionale, le carenze formative ed ulteriori limiti come le barriere linguistiche caratterizzano lo scenario italiano e l'esperienza del centro studi EBN di Bologna è rimasta sino ad ora un fenomeno isolato. Nel 2007 un'indagine conoscitiva svolta su 350 infermieri dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi (AOUC) ha evidenziato la quasi totale carenza di produzione di ricerca e la scarsa conoscenza e ricorso agli strumenti dell'EBP per progetti di miglioramento e aggiornamento della pratica clinica. La Direzione del Servizio Infermieristico e Ostetrico Aziendale nel 2009 ha sfruttato l'opportunità della collocazione del personale infermieristico in fascia DS per creare una Unità Professionale Disciplinare (UPD) denominata EBN e Ricerca.

OBIETTIVI L'inserimento nell'organizzazione Aziendale di competenze e funzioni clinico-assistenziali e tecnico professionali esperte ed avanzate, si prefigge alcuni obiettivi significativi quali: Il miglioramento della qualità percepita dall'utente, rispetto alle risposte ottenute dall'organizzazione. Il miglioramento dei livelli di sicurezza all'interno dei percorsi assistenziali, per rinforzare il rapporto di fiducia fra utente ed istituzioni. La personalizzazione dell'assistenza, ponendo l'utente al centro dei processi e delle scelte assistenziali. La definizione e l'adozione di un sistema di indicatori, sia di processo che di esito, che consenta una valutazione attendibile dei risultati assistenziali, utili sia per il confronto con standard validati e riconosciuti, sia per definire uno standard di contesto. Obiettivi specifici dell'UPD EBN e Ricerca sono quelli di fornire guida ed indirizzo nella pratica assistenziale, favorire lo sviluppo di percorsi di ricerca e l'utilizzo di modalità avanzate di accertamento dei problemi dei pazienti, definizione di standard ed indicatori di efficacia/efficienza, l'applicazione di prove di efficacia nella pratica ed infine la promozione ed elaborazione di progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza.

METODI È stato attivato un canale formativo di sensibilizzazione nel contesto della formazione obbligatoria dell'AOUC con gli obiettivi di sensibilizzare il personale infermieristico alla progettazione di studi e ricerche e promuovere gli strumenti Evidence-based disponibili in Azienda e le attività di consulenza metodologica e statistica o su quesiti clinici fornite dall'UPD EBN e Ricerca. Si è previsto anche un livello avanzato di formazione basato soprattutto su esercitazioni pratiche per il reperimento e la valutazione critica della letteratura. In progettazione anche la realizzazione di audit e sessioni di Journal Club anche con altri professionisti sanitari nonché la realizzazione di una banca dati di quesiti e di strumenti inizialmente sul sito intranet con previsione di successiva diffusione pubblica.

RISULTATI Il gruppo non è in grado di fornire indicatori di risultato robusti dato il poco tempo trascorso dall'avvio del lavoro ma i primi risultati sono incoraggianti: l'UPD EBN e Ricerca è stata coinvolta in un progetto di creazione di un Team infermieristico per gli accessi vascolari nel quale ha fornito la sinossi e la valutazione critica delle linee guida disponibili ed ha collaborato alla fase di implementazione. Sono già state richieste 14 consulenze che vanno dal supporto metodologico nel reperimento di articoli, a quesiti su validità e affidabilità di scale di valutazione fino al supporto per la realizzazione e conduzione di studi clinici.

CONCLUSIONI Con l'auspicio di poter presentare negli anni avvenire i risultati positivi di questa scommessa in questo momento si può solo sottolineare la novità che questo progetto rappresenta: nasce infatti per dare forza e sostegno alla funzione professionale, per aumentare il coinvolgimento della professione infermieristica nel governo clinico e dare voce e risposte ai progetti ed alle criticità percepite dalla linea professionale favorendo la nascita di progetti bottom-up e una maggiore adesione e partecipazione alle iniziative di miglioramento che verranno intraprese in futuro.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Lumini Enrico	Istituzione	AOU Careggi
Telefono	055 7947360	Indirizzo	Via delle Oblate, 1
Fax	055 7947676	CAP	50141
E-mail	luminie@aou-careggi.toscana.it	Città	Firenze

20. IL PAZIENTE UROLOGICO NEL CONTINUUM FRA TERRITORIO E OSPEDALE: SVILUPPO ORGANIZZATIVO E INTEGRAZIONE TERRITORIALE

Lusenti C¹, Benzi A¹, Cucchi F¹, Fabbri Della Faggiola D¹, Patrignani MD¹, Pignatosi F¹, Rossi L¹, Severini E¹, Vignatelli L², Milandri M²

¹Azienda USL Cesena, ²Consulente esterno

BACKGROUND Un forte limite da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) a mettere in discussione i propri comportamenti prescrittivi è costituito dalla percezione che una quota rilevante delle prescrizioni del territorio sia indotta dai medici ospedalieri, e che sia assente un contesto comune in cui far confluire i contributi e le conoscenze reciproche; questo è quanto emerso nell'ambito di un progetto di valutazione della prescrizione di farmaci sul territorio della AUSL di Cesena. L'impasse conseguente ha suggerito una strategia allargata rispetto alla formazione sul farmaco, in particolare esplorando le condizioni organizzative per realizzare l'auspicato contesto di integrazione ospedale e territorio.

OBIETTIVI Applicare un metodo lavorativo integrato tra realtà professionali diverse, uniformare i processi clinici tra ospedale e territorio, integrare il servizio al malato con strumenti comuni di gestione della patologia.

METODI Un epidemiologo, un farmacista, medici ospedalieri, MMG e infermieri coordinati da un farmacologo clinico hanno costituito un Gruppo di miglioramento misto. Il Gruppo ha effettuato incontri periodici finalizzati a rilevare le criticità attraverso la presentazione di casi clinici, identificare le priorità, formulare proposte, integrare le procedure esistenti e diffondere le decisioni adottate. Il Responsabile della U.O. di Urologia ha garantito la presenza clinica dell'Azienda; il coinvolgimento dei MMG è avvenuto su base volontaria, previa proposta ai referenti di Nucleo, senza alcuna forma di incentivazione. Ai MMG è stato proposto di frequentare il reparto urologico e collaborare con le attività ambulatoriali interne come mezzo per condividere le conoscenze operative. L'epidemiologo ha svolto un programma formativo sul campo secondo le tecniche dell'evidence based medicine (EBM), finalizzato alla elaborazione di raccomandazioni locali su un quesito specifico formulato dal Gruppo.

RISULTATI Hanno fatto parte del Gruppo 2 urologi, un coordinatore infermieristico, 7 MMG, un farmacista, un epidemiologo e un farmacologo clinico. Nel periodo marzo 2008 - novembre 2009 il Gruppo ha effettuato 12 incontri; complessivamente la partecipazione è stata del 71%. Tre MMG hanno frequentato la U.O. di urologia per un totale complessivo di 36 ore. Il Gruppo ha identificato due criticità principali: a) la comunicazione tra ospedale e territorio b) l'eterogeneità dei comportamenti nella gestione del malato; l'utilizzo della flussimetria è stato considerato idoneo a sperimentare la metodologia EBM per la riconciliazione. I prodotti attuali del progetto sono: 1) revisione della procedura di pre-ospedalizzazione per interventi di chirurgia maggiore (percorso paziente postino) 2) revisione di procedura interna relativa alla biopsia prostatica 3) istituzione di canali preferenziali di comunicazione tra professionisti (mail, telefono dedicato, entrambi) 4) elaborazione di criteri di appropriatezza condivisi sull'impiego della uroflussimetria, formulati secondo il metodo della EBM 5) integrazione con il Progetto regionale di informatizzazione (SOLE) e avvio sperimentazione del patient summary.

CONCLUSIONI Punti di forza del progetto sono la multidisciplinarietà del Gruppo, integrato con figure professionali esterne super partes, la formalizzazione e il forte mandato direzionale. Il progetto conferma positivamente l'ipotesi che non sia opportuno gestire temi di rilevanza critica per la qualità del servizio al malato secondo la compartimentazione professionale tradizionale fra territorio e ospedale; in questo caso la ricerca teorica di meccanismi di integrazione orizzontali trova alcune soluzioni pratiche concrete. Sono stati individuati alcuni provvedimenti semplici: i MMG sono in grado di mettersi direttamente in contatto con lo specialista in determinate fattispecie prefissate; alcuni archivi sono messi in comune per via informatica o per il tramite del malato stesso; revisione condivisa di alcune procedure; partecipazione dei MMG alle attività specialistiche. I professionisti hanno apprezzato in particolare questa ultima opzione rivelatasi cruciale per il miglioramento dei rapporti reciproci; ha inoltre arricchito la competenza specifica dei MMG nella operatività corrente. Volontarietà di partecipazione e assenza di incentivi hanno generato un bias di selezione che compromette la rappresentatività del campione rispetto all'universo dei MMG; tuttavia, nel contesto attuale, il successo di un esperimento organizzativo sul campo diventa forte elemento motivazionale per i partecipanti e potenziale strumento di diffusione ai propri ambiti lavorativi e a ulteriori tematiche cliniche.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Lusenti Carlo	Istituzione	Azienda USL di Cesena
Telefono	0547 352753	Indirizzo	Viale Ghirotti, 286
Fax	0547 352857	CAP	47023
E-mail	clusenti@ausl-cesena.emr.it	Città	Cesena

21. CARTELLA CLINICA E LETTERA DI DIMISSIONE: STRUMENTI DI SISTEMA PER MISURARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Martinetti S, Piccioni D, Mero P, Novello S, Ghelardi P, Favro M

¹Azienda Sanitaria Locale Asti

BACKGROUND La Dgr della Regione Piemonte n° 76-4318 del 13/11/2006 ha previsto l'istituzione, in ciascuna azienda sanitaria regionale, di una Commissione Farmaceutica Interna (CFI) con la finalità di promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni degli specialisti medici, di monitorare i comportamenti prescrittivi all'atto della dimissione, determinanti nell'indirizzare la prescrizione del Medico di Medicina Generale, e di ottimizzare i percorsi di continuità terapeutica tra ospedale e territorio, valorizzando il confronto tra i vari professionisti. La CFI dell'ASL AT di Asti è stata istituita a febbraio 2007 nel rispetto delle indicazioni regionali. L'attività della Commissione si è evoluta nel tempo: nel 2007 l'attenzione è stata posta nei confronti delle lettere di dimissione, per fotografare la realtà prescrittiva ospedaliera e le eventuali ricadute a livello territoriale; nel 2008 è stata intrapresa un'attività di valutazione a campione delle cartelle cliniche di tutte le strutture ospedaliere dell'ospedale Cardinal Massaia di ASTI per poter correlare i farmaci prescritti in dimissione al percorso clinico-terapeutico affrontato dal paziente durante la degenza. Il lavoro della CFI, nel corso del 2009, è stato ulteriormente sviluppato, ampliando la propria attività di valutazione delle cartelle cliniche delle strutture ospedaliere con particolare riguardo alla continuità terapeutica ospedale-territorio.

OBIETTIVI Questa attività è stata articolata con due finalità: - valutazione dell'appropriatezza prescrittiva in fase di dimissione - analisi del percorso prescrittivo durante il ricovero.

METODI Da marzo 2009 sono stati calendarizzati incontri bisettimanali della CFI con il coinvolgimento del Direttore di ciascuna Struttura. Sono state scelte a campione venti cartelle cliniche per reparto, il Servizio Farmaceutico ha effettuato un'analisi preliminare delle cartelle, predisponendo un report per ciascun reparto, le criticità rilevate sono state successivamente discusse negli incontri con tutti i membri della CFI ed il clinico interessato; L'attività di valutazione è stata suddivisa in due fasi: • esame delle venti cartelle cliniche volto al controllo degli aspetti relativi alla lettera di dimissione: indicazione del principio attivo, della fascia di appartenenza del farmaco, della durata della terapia post dimissione e della dispensazione del primo ciclo di terapia; • scelta delle quattro, tra le venti, ritenute più significative per l'analisi del percorso prescrittivo, in particolare: congruità della terapia prescritta e somministrata con la patologia riscontrata al momento del ricovero e con i successivi sviluppi, utilizzo in forma label dei farmaci, conformità ai protocolli o linee guida aziendali, confronto tra i farmaci prescritti durante la degenza e la terapia consigliata in dimissione.

RISULTATI Nel corso del 2009 sono state analizzate 300 cartelle cliniche relative a 15 reparti. Per quanto riguarda gli indicatori relativi alla lettera di dimissione si può riassumere quanto segue: la prescrizione dei farmaci avviene con l'indicazione del principio attivo nel 54% dei casi, la fascia di appartenenza del farmaco è riportata nel 33% delle cartelle, la durata della terapia post dimissione viene riportata nel 49% delle lettere. Si osserva ancora una certa difficoltà dei reparti a consegnare il primo ciclo di cura in dimissione. Nel corso degli incontri sono state discusse le scelte di alcuni principi attivi, soprattutto nei casi in cui la scelta poteva ricadere su un'altra classe di farmaci o un altro principio attivo della medesima classe. Le criticità maggiori sono state osservate per gli antibiotici perché spesso l'uso non è mirato anche quando si è in possesso di un'identificazione certa del microrganismo; per le eparine a basso peso molecolare nella profilassi della TVP, spesso utilizzate in maniera impropria e non in accordo con il protocollo aziendale relativo all'uso intra-ospedaliero delle stesse; per gli inibitori della pompa protonica perché spesso somministrati in assenza di reali indicazioni terapeutiche.

CONCLUSIONI L'analisi delle cartelle cliniche e delle lettere di dimissione si è dimostrata uno strumento utile per intraprendere una collaborazione con i sanitari ed attuare delle correttive in ambito prescrittivo. Questo percorso è indispensabile per garantire un'elevata qualità delle prestazioni e per un confronto costruttivo con i medici delle singole strutture. Inoltre, è stata l'occasione per fornire informazioni sui farmaci e per valutare gli aggiornamenti del prontuario terapeutico aziendale con le conseguenti ricadute in ambito territoriale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Martinetti Silvana	Istituzione	Farmacia Territoriale ASL di Asti
Telefono	0141 486870	Indirizzo	Corso Dante, 122
Fax	0141 485344	CAP	14100
E-mail	martinetti@asl.at.it	Città	Asti

22. LA GESTIONE DEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI CON CATETERE VESCICALE A PERMANENZA: APPROPRIATEZZA E GESTIONE DEL RISCHIO

Mastrangelo S¹, Gualtieri S¹, Benedetti R¹, Begotti S¹, Baricchi R², Di Felice E¹

¹Azienda USL Reggio Emilia, ²Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

BACKGROUND I cateteri vescicali (CV) sono strumenti comunemente utilizzati nella gestione dei pazienti e trovano impiego nel 15-25% dei pazienti ospedalizzati al fine di monitorare la diuresi o per garantire il drenaggio vescicale. L'utilizzo di un CV a permanenza comporta dei rischi per il paziente (lesioni traumatiche delle vie urinarie, stenosi uretrali, occlusione del sistema di drenaggio, ecc). Le infezioni delle vie urinarie (IVU) rappresentano il rischio più frequente e costituiscono approssimativamente dal 20 al 40% di tutte le infezioni ospedaliere e l'80% delle IVU sono associate all'uso del CV. All'interno della Azienda Usl di Reggio Emilia, la variabilità delle pratiche connesse all'uso del CV è alta con disomogeneità in termini di adeguatezza prescrittiva, di sicurezza e comfort per il paziente.

OBIETTIVI Diminuire il grado di variabilità delle pratiche clinico-assistenziali legate al CV attraverso l'adozione di una procedura aziendale evidence-based contenente indicazioni di buona pratica. Valutare il grado di appropriatezza dell'impiego dei CV a permanenza nei pazienti in alcuni ospedali dell'Azienda USL di Reggio Emilia. Valutare l'aderenza degli operatori alla procedura e la sicurezza nella gestione dei pazienti con CV.

METODI Nel mese di ottobre del 2007 un gruppo aziendale multiprofessionale ha definito, sulla base di ricerche e valutazioni di evidence based practice, strumenti di guida per buone pratiche clinico-assistenziali per i pazienti con CV. Nel febbraio 2008 si è elaborata una procedura aziendale, contenente indicazioni di appropriatezza prescrittiva, descrizione delle tecniche corrette di gestione e rimozione del CV, raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie. Tra il mese di giugno 2008 ed il mese di marzo del 2009, la procedura è stata illustrata, discussa e condivisa mediante incontri di formazione, all'interno dei quali sono state utilizzate modalità interattive (video e discussione guidata) in tutti gli ospedali aziendali. Si sono utilizzate ulteriori strategie, quali poster e una brochure di guida per gli operatori, per facilitare il cambiamento delle pratiche. Nel periodo settembre-dicembre del 2009 si sono condotti audit strutturati, in alcuni ospedali aziendali, per verificare il cambiamento nelle pratiche agite. Gli indicatori individuati nell'audit sono riferibili alla appropriatezza prescrittiva, alla corretta e sicura gestione del CV, alla presenza di infezione delle vie urinarie. Una volta individuate le unità operative ospedaliere target (reparti di medicina, geriatria, lungodegenza) la raccolta dati retrospettiva è stata condotta sulla documentazione clinica dei pazienti per un bimestre dell'anno 2008 (antecedente alla presentazione e condivisione della procedura aziendale) e ripetuta per il corrispondente bimestre dell'anno 2009 (seguito alla presentazione e condivisione della procedura aziendale). Le fasi del percorso di miglioramento (definizione della procedura, formazione, audit) sono state accreditate come formazione sul campo (FSC) secondo il modello di accreditamento formativo ECM della regione Emilia-Romagna.

RISULTATI L'audit retrospettivo 2008 Vs 2009 ha evidenziato miglioramenti nella appropriatezza prescrittiva del trattamento (aumento della prescrizione del CV nei casi appropriati), miglioramenti della gestione del CV sul piano della sicurezza per il paziente, diminuzione di pratiche rischiose (es. deconnessioni del circuito, lavaggi per disostruire il CV, adozione del circuito chiuso). Si è proceduto alla revisione di 1270 cartelle consecutive relative a periodi omogenei (611 del 2008) e (659 del 2009) relative ai Dipartimenti Internistici (U.O. medicina, geriatria e lungodegenza) di due ospedali dell'Azienda USL di Reggio Emilia. La percentuale dei CV ritenuta appropriata, secondo le indicazioni contenute nella procedura aziendale, è aumentata dal 79,6% (2008) al 83,3% (2009). La permanenza media dei CV è diminuita da 13,9 (2008) a 11,4 giornate (2009). La adozione del CV a circuito chiuso è passata dall'83% (2008) al 98% (2009). I lavaggi per disostruzione del CV sono diminuiti dal 15,8% (2008) allo 0,5% (2009).

CONCLUSIONI Sebbene i risultati debbano essere ulteriormente confermati da una più ampia raccolta di dati e da una più approfondita valutazione, i primi dati sembrano dimostrare l'utilità dell'impiego di strategie multifattoriali per favorire il cambiamento, quali: strumenti di sostegno alle pratiche professionali (procedura), strumenti per aumentare la adesione degli operatori (poster, brochure), modalità di condivisione e discussione (formazione interattiva), audit con restituzione dei risultati agli operatori.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mastrangelo Stefano	Istituzione	Azienda USL di Reggio Emilia
Telefono	0522 335216	Indirizzo	Via Amendola, 2
Fax	0522 335120	CAP	42100
E-mail	stefano.mastrangelo@ausl.re.it	Città	Reggio nell'Emilia

23. L'INCIDENT REPORTING MIGLIORA LA SICUREZZA DEI PAZIENTI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE?

Mazzon D, Bernardi L, Dorigo L, Bianchin C

ULSS 1 Belluno

BACKGROUND La Terapia Intensiva (TI) dell'ospedale di Belluno ha partecipato nel 2005 al progetto regionale di sperimentazione di un sistema di Incident Reporting (IR), coordinato dall'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria (ARSS) del Veneto. A conclusione della fase preliminare si è deciso di adottare il metodo della segnalazione volontaria di Eventi Avversi (EA) con scheda di IR come strumento per il miglioramento continuo della qualità, attuando il ciclo: "rilevazione del rischio – analisi/valutazione del rischio – adozione di misure correttive – valutazione di impatto". Pertanto, la rilevazione degli EA con IR è a tutt'oggi praticata come attività ordinaria nella nostra TI e nelle attività di anestesia in gruppo operatorio.

OBIETTIVI Scopi di questa presentazione sono: riportare i dati relativi alla segnalazione volontaria di EA con scheda di IR da parte degli operatori della UO di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Belluno negli anni 2005-2008; illustrare il metodo adottato per fornire feedback agli operatori in un contesto di formazione continua intraziendale; riportare le misure adottate dall'UO conseguentemente all'analisi dei rischi evidenziati dalle segnalazioni di EA.

METODI La scheda deriva da un riadattamento di quella dell'Australian Incident Monitoring System, già sperimentata in Italia in un analogo progetto dell'ARSS Emilia Romagna. Il team per la gestione del rischio clinico di UO, composto da 2 Medici ed un Infermiere dell'UO, supportato dal Risk Manager aziendale, impegnato nel 2005 nel progetto regionale, ha svolto le seguenti attività: analisi periodica delle schede di IR, aggregazione degli EA per tipologia, individuazione degli EA da sottoporre a "Root Cause Analysis" (RCA). A partire dal 2008, il team è stato allargato alla partecipazione di altri membri della UO, realizzando un "Incident Report Review Group" (IRRG) con i seguenti compiti: 1. Evidenziare EA di particolare gravità su cui intraprendere immediate azioni correttive. 2. Classificare gli EA in categorie adatte al nostro contesto operativo e sottoporli ad analisi. 3. Individuare aree di miglioramento e progettare un percorso formativo che, coinvolgendo gli operatori della UO, consentisse l'adozione di azioni correttive da implementare nell'UO.

RISULTATI In riferimento al punto 1), sono stati segnalati 2 "quasi-eventi sentinella" che hanno portato all'adozione di misure tese a minimizzare il rischio di incendio e di caduta di erogazione di Ossigeno in sala operatoria. In riferimento al punto 2), è stata adottata una nuova classificazione della tipologia dei 178 EA segnalati, comprendenti i 58 EA della fase pilota, adatta al nostro contesto: EA legati alla gestione di farmaci; EA legati alla gestione di analgesedazione e contenzione; EA legati alle modalità di trasmissione strutturata e non strutturata delle informazioni; altro. In riferimento al punto 3), è stato realizzato nel 2008-2009 un piano formativo intraziendale, con docenti interni, strutturato in 9 giornate, dedicato all'analisi dei rischi e allo studio di azioni correttive, cui hanno partecipato gli operatori della UO. Le principali iniziative adottate per la riduzione del rischio clinico nell'UO hanno riguardato le aree della gestione dei farmaci, della pratica della analgesedazione e contenzione in TI, della revisione della documentazione clinica medico-infermieristica ed hanno portato alla realizzazione di manuali operativi di UO.

CONCLUSIONI La segnalazione degli EA con IR ha rappresentato un metodo sistematico per realizzare un programma teso a migliorare la sicurezza dei pazienti in TI ed in anestesia. Questo metodo ha consentito di rivedere i percorsi clinico-assistenziali associati al maggiore rischio di EA; rilevanza cruciale ha avuto la partecipazione degli operatori all'evento formativo intraziendale, accreditato dalla Regione Veneto con 39 crediti ECM per il 2009, dedicato all'analisi degli EA e all'elaborazione di nuovi percorsi clinico-assistenziali. Questo metodo ha infine contribuito al consolidamento del clima di collaborazione, cooperazione e fiducia che è alla base del lavoro di equipe in TI ed in gruppo operatorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mazzon Davide	Istituzione	ULSS 1 Belluno
Telefono	0437 516118	Indirizzo	Viale Europa
Fax	0437 516119	CAP	32100
E-mail	davide.mazzon@ulss.belluno.it	Città	Belluno

24. APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA DI RECORD LINKAGE DI DATABASE AMMINISTRATIVI NELLO STUDIO DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE: L'ESEMPIO DELL'INFARTO DEL MIOCARDIO ACUTO (IMA) NELLA POPOLAZIONE DELL'ASL TO2 DI TORINO

Mittone E¹, Geninatti S¹, Pozzetto M¹, Mittone A², Fiorio E¹, Ferraro L¹

¹ASL TO2; ²Università degli Studi di Torino, Fisica Sanitaria

BACKGROUND Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono la causa più frequente di disabilità. L'assorbimento di risorse economico-sanitarie attribuibile alle malattie cardiovascolari (in particolare quelle legate alle ospedalizzazioni, alla spesa farmaceutica ed al ricorso alle prestazioni ambulatoriali) ne fa la principale fonte di spesa sanitaria nel nostro Paese, senza peraltro considerare la perdita di produttività in una popolazione spesso ancora in età lavorativa. L'utilizzo di database amministrativi relativi alle prescrizioni farmaceutiche SSN è comune presso i servizi farmaceutici e viene utilizzato per fornire dati di ritorno ai medici circa le prescrizioni farmaceutiche sul territorio. In questo quadro si inserisce il presente studio che vuole analizzare la realtà di due circoscrizioni di Torino per valutare a quali tipologie di cure sono sottoposti i pazienti colpiti da Infarto del miocardio Acuto (IMA), non solo quando ospedalizzati, ma anche nei successivi momenti della dimissione e della prosecuzione domiciliare delle cure.

OBIETTIVI • Caratterizzazione del campione di popolazione colpito da IMA nell'anno 2007 (campione-IMA) e residente nelle circoscrizioni 6 e 7 di Torino • Caratterizzazione del trattamento farmacologico del campione-IMA e delle differenze di trattamento tra il periodo pre e post IMA • Analisi della sopravvivenza del campione-IMA in base alle variabili clinico-sanitarie (diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, patologie ostruttive dell'apparato respiratorio) e socio-demografiche (stato civile, grado di istruzione, età e sesso).

METODI Il campione di popolazione (pz) analizzato è quello residente nelle circoscrizioni 6 e 7 di Torino che, nell'anno 2007, ha avuto almeno un ricovero ospedaliero, in un nosocomio piemontese, per IMA (ICD9-CM: 410). Sono stati individuati dei medicinali indicatori di appropriatezza nel post-IMA (antiaggreganti piastrinici e beta-bloccanti) e medicinali indicatori di copatologie (antidiabetici). Il campione così estratto è stato poi caratterizzato per età, sesso, comorbidità e terapie in atto utilizzando il record linkage tra le banche dati anagrafica e delle prescrizioni farmaceutiche.

RISULTATI Nel 2007 nella popolazione residente sono stati registrati 372 IMA pari a 353 pz (19 con doppio evento). Nel pre-IMA il 48% dei pz era trattato con oltre 10 medicinali, percentuale che sale al 80% nel post-IMA. I trattati con beta-bloccanti passano dai 94 del pre ai 229 pz del post-IMA, i trattati con antiaggreganti piastrinici passano da 131 nel pre a 281 pz nel post-IMA. Tra i pz il 24.4% è diabetico. La valutazione della sopravvivenza mostra migliore prognosi per i pz più giovani per la valutazione in base all'età, a minor rischio per quella del rischio e con trattamento appropriato per quella che valuta la tipologia dei trattamenti utilizzati a livello domiciliare.

CONCLUSIONI Lo studio condotto durante questi mesi di attività ha prodotto dei risultati incoraggianti, ma non ancora completi riguardo alla caratterizzazione della popolazione delle circoscrizioni 6 e 7 di Torino colpite da IMA. Al momento, nonostante il campione ristretto di pazienti seguiti, si è registrata una buona aderenza delle terapie domiciliari alle "linee guida" della Evidence Based Medicine, segno che la cultura dell'appropriatezza prescrittiva si sta man mano ampliando. In questo quadro il farmacista riveste un ruolo fondamentale per permettere sempre di più la diffusione della cultura dell'appropriatezza e rappresenta un importante tramite nel percorso assistenziale ospedale-territorio del paziente in prevenzione secondaria.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mittone Elena	Istituzione	ASL TO2
Telefono	011 2403728	Indirizzo	Lungo Dora Savona, 26
Fax	011 2403665	CAP	10100
E-mail	sagittamaior@yahoo.it	Città	Torino

25. LA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI: PRODUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE UTILIZZANDO IL FRAMEWORK GIMBE®

Mosci D, Chiarabelli M, Gruppo Infermieristico Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Chiari P

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna

BACKGROUND I cateteri venosi centrali sono utilizzati frequentemente nei pazienti ospedalizzati per obiettivi di carattere diagnostico e terapeutico tra cui la somministrazione di liquidi, farmaci, emotrasfusioni, nutrizioni parenterali, il rilievo della pressione venosa centrale, l'effettuazione di prelievi ematici. Scadenti modalità di gestione di questi dispositivi sono annoverate tra le cause di insorgenza di setticemia e determinano un elevato rischio di mortalità (morbilità 4.4%, 2.7 per 1000 giorni catetere; mortalità attribuibile 18%). Per questo motivo si è ritenuto necessario realizzare un protocollo basato sulle evidenze per la gestione del Catetere Venoso Centrale ed implementarlo all'interno delle unità operative del Dipartimento CardioToracoVascolare dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, dato che non tutte le unità operative erano in possesso di tali documenti e qualora presenti spesso lacunosi o confliggenti tra loro.

OBIETTIVI Presentare l'esperienza dell'applicazione del modello **GIMBE®** per la costruzione e Implementazione di un protocollo per la gestione dei cateteri venosi centrali presso il Dipartimento CardioToracoVascolare dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna.

METODI È stato applicato il modello **GIMBE®** per la realizzazione e l'applicazione di linee guida all'interno del contesto aziendale (Cartabellotta & Potena 2001). In accordo al modello, la prima fase si è realizzata nella ricerca della letteratura pertinente, individuando diverse linee guida. Questi documenti sono stati valutati e si è scelta la linea guida di riferimento. Ad integrazione sono state compiute ricerche bibliografiche accessorie, con il reperimento di diverse revisioni sistematiche e studi primari. I contenuti della letteratura sono stati adattati alla realtà dipartimentale e si sono definite le strategie di aggiornamento, scegliendo il monitoraggio continuo della letteratura. Una volta completato il documento si è provveduto alla sua disseminazione, avvenuta attraverso il sistema documentale informatizzato aziendale ed attraverso un seminario rivolto agli infermieri del dipartimento. L'implementazione è stata realizzata mediante l'ingaggio di infermieri di ogni unità operativa, attribuendo loro il ruolo di opinion leader; la predisposizione di due sistemi di reminders. Il primo rappresentato da un poster con le fasi più importanti del protocollo ed il secondo con uno strumento di documentazione infermieristica, realizzato per documentare gli aspetti sostenuti da maggiori evidenze, e per costituire la base per la realizzazione dei successivi audit clinici. Inoltre sono state realizzate delle sessioni educative interattive presso le unità operative che ne hanno espresso specifica richiesta. Infine la valutazione dell'applicazione del protocollo è avvenuta mediante un audit clinico, realizzato analizzando i contenuti delle schede di documentazione, relative alle modalità di antisepsi e medicazione dei cateteri, realizzate nell'arco temporale di un mese. Gli indicatori considerati sono stati: il livello di accuratezza della compilazione del report, con specifico riferimento al campo allergie e materiale del catetere, l'appropriatezza dell'antisettico sul sito di inserzione e del timing della sostituzione delle medicazioni.

RISULTATI Rispetto all'appropriatezza del timing della sostituzione delle medicazioni è stata rilevata una corretta tempistica nella sostituzione di garza e cerotto (gold standard 2 giorni, tempo medio rilevato 2 giorni, DS 1.9), mentre i tempi medi di permanenza delle medicazioni in poliuretano si sono rivelati molto brevi, essendo mediamente di 2.4 giorni (DS 1.9) (il gold standard in questo caso è 7 giorni). L'analisi a livello di ogni singola unità operativa ha dimostrato modalità di gestione estremamente diversificate, in parte riferibili alle caratteristiche cliniche dei pazienti ed in parte legate alla presenza di usi radicati.

CONCLUSIONI L'applicazione del modello **GIMBE®** per la costruzione e l'implementazione del protocollo sulla gestione dei cateteri venosi centrali ha consentito di produrre un documento basato sulle evidenze, adattato a livello locale e condiviso dai professionisti. I livelli di appropriatezza raggiunti sono stati discreti dopo i primi interventi rivolti all'implementazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mosci Daniela	Istituzione	AOU Policlinico S. Orsola Malpighi
Telefono	051 6361461	Indirizzo	Via Albertoni, 15
Fax	051 6361375	CAP	40139
E-mail	daniela.mosci@aosp.bo.it	Città	Bologna

26. STRUMENTI DI SORVEGLIANZA NELL'AREA DEL RISCHIO INFETTIVO

Palumbo M, Bartolucci L, Giovannini G

Azienda Ospedaliera Santa Maria, Terni

BACKGROUND Nella Azienda Santa Maria di Terni nell'ambito delle attività del Comitato Infezioni Ospedaliere sono state condotte dalla SSD Dh Malattie Infettive sperimentazioni di sorveglianza dell'antibioticoresistenza a partire dai dati di laboratorio, di sorveglianza all'uso di antibiotici a partire dai dati di consumo della Farmacia ospedaliera, di monitoraggio del Rischio biologico attraverso l'analisi della distribuzione delle diagnosi di Malattie infettive soggette a notifica nell'Attività di ricovero, di comunicazione delle tematiche inerenti attraverso la realizzazione di una sezione intranet/internet nel sito web dell'Azienda.

OBIETTIVI Le attività proposte nei confronti dell'Area del Rischio Infettivo sono finalizzate ad introdurre e mantenere azioni continuative e sistematiche di monitoraggio e controllo con l'utilizzo dei sistemi informativi già esistenti con l'obiettivo di favorire la definizione di linee guida, l'attuazione di programmi di intervento mirati, la formazione/informazione del personale sanitario, lo sviluppo e la diffusione delle competenze e degli strumenti necessari a sostenere e facilitare i processi di gestione.

METODI La fonte informativa di base rispetto all'antibioticoresistenza è rappresentata dalle procedure informatiche dei laboratori. Con adeguate procedure ad hoc si possono descrivere le caratteristiche locali di antibioticoresistenza, monitorare i temporali, effettuare confronti con altri contesti (nazionali ed internazionali), trarre indicazioni per la terapia empirica delle infezioni, correlare i livelli di resistenza con i dati di consumo degli antibiotici, analizzare l'uso della diagnostica microbiologica da parte delle diverse strutture, valutare l'efficacia di interventi miranti al contenimento/riduzione delle resistenze stesse. I dati dei laboratori sono integrati con altri flussi informativi: schede di dimissione ospedaliera (SDO), schede di assistenza negli hospice, schede di assistenza domiciliare integrata (ADI), dati di consumo della farmaceutica ospedaliera e territoriale. Questi ultimi vengono anche utilizzati per sorvegliare l'appropriatezza delle prescrizioni in ospedale e in comunità. Per l'evoluzione dei modelli organizzativi dell'assistenza, che si cerca di spostare verso le prestazioni ambulatoriali e verso il territorio, appare opportuno sostituire il tradizionale concetto di infezioni ospedaliere con quello di infezioni correlate all'attività sanitaria che si estende anche alle infezioni contratte dagli operatori sanitari come risultato delle loro attività professionali. Attività specialistiche di controllo attivo sono indispensabili nelle situazioni a più alto rischio per infezioni del tratto urinario catetere associate, per infezioni del sito chirurgico, per infezioni del sangue associate a dispositivi intravascolari, per infezioni polmonari associate all'utilizzo di ventilatori. Molte di queste infezioni oggi non si manifestano più durante il ricovero a causa delle degenze più brevi, molte prestazioni anche ad alto contenuto tecnologico (prestazioni chirurgiche, terapie antitumorali o immunosoppressive) sono erogate in regime ambulatoriale o di day-hospital. L'incidenza di infezioni legate a pratiche sanitarie effettuate in strutture di lungo-degenza o nelle Residenze Sanitarie Assistenziali è infatti comparabile, se non superiore, a quelle osservate negli ospedali per acuti. La segnalazione rapida delle epidemie e di singoli casi di infezione definiti "sentinella" ha l'obiettivo di individuare eventi che richiedono interventi tempestivi e coordinati; registrare, seguire e analizzare l'evoluzione degli eventi infettivi in modo da adottare tempestivamente misure di controllo. La recente esperienza legata alla pandemia influenzale AH1N1v ha dimostrato l'estrema utilità di questo strumento nella pratica clinica e nell'organizzazione della risposta adeguata del servizio sanitario.

RISULTATI Una volta dimostrata la "possibilità informatica" di questo approccio alla problematica in discussione svincolata da condizionamenti appare estremamente importante focalizzare l'attenzione sulla qualità comunicativa dei report di una così rilevante mole di informazioni.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Palumbo Michele	Istituzione	Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni
Telefono	0744 205583	Indirizzo	Via di Joannuccio, 1
Fax	0744 205582	CAP	05100
E-mail	m.palumbo@aosp terni.it	Città	Terni

27. EFFICACIA DEL FARMACISTA CLINICO NEL MIGLIORARE APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA

Pasqualini M¹, Borghesi E¹, Marcomin C¹, Ghidini S¹, Pasqualini F²

¹Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova; ²Università di Ferrara, Facoltà di Farmacia

BACKGROUND Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità e di morbilità nei paesi occidentali. Secondo i dati ISTAT su circa 500.000 decessi l'anno in Italia il 46,5% è di origine cardiovascolare. Studi sulla prevalenza della malattia indicano la presenza di cardiopatia ischemica accertata nel 2-3% della popolazione maschile nella fascia di età compresa tra i 40 e i 59 anni. L'incidenza di nuovi casi per anno della cardiopatia ischemica è dell'1% negli uomini tra i 40-59 anni, pari a 250.000 nuovi casi per anno, di cui la metà evolve in infarto acuto del miocardio. L'unità operativa complessa di cardiologia dell'ospedale di Pieve di Coriano, azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova, è il reparto di riferimento di una popolazione particolarmente anziana. Si consideri che la provincia di Mantova ha la popolazione più anziana della Regione Lombardia con un indice di vecchiaia pari a 248 (valori > di 100 indicano già una popolazione anziana, la media nazionale è pari a 131). Come risulta da vari trials sulla sindrome coronarica acuta è proprio la popolazione più anziana (> 75 anni) che riceve più spesso un'incompleta assistenza terapeutica, poiché ritenuti pazienti particolarmente fragili ed esposti ad un maggior rischio di eventi avversi. Sebbene vi siano ripetute osservazioni che l'aderenza ai protocolli riportati nelle linee guida per il trattamento della sindrome coronarica acuta, quale l'uso precoce dell'acido acetilsalicilico, i beta-bloccanti, il clopidogrel, gli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa, abbiano dimostrato gli stessi vantaggi anche nei pazienti anziani. Quello che accade nel "mondo reale" è che questi presidi vengono usati sempre meno a mano a mano che l'età aumenta.

OBIETTIVI La nostra esperienza ha voluto verificare l'impatto clinico del farmacista di reparto in una unità operativa complessa di cardiologia, in riferimento ad una patologia in rapida espansione quale la SCA NSTEMI. Il farmacista di reparto rappresenta uno strumento utile per perseguire soprattutto due obiettivi fondamentali: migliorare l'appropriatezza terapeutica, a cui consegue la sicurezza d'impiego e migliorare l'economicità di gestione del farmaco. Quindi monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva (verifica della "good clinical practice") e della spesa farmaceutica (drug monitoring).

METODI Sono stati esaminati 104 casi di NSTEMI, giunti presso l'U.O. di Cardiologia del Presidio ospedaliero di Pieve di Coriano, di cui 70 maschi e 34 femmine, età media 73.4 anni (età minima 46 – età massima 91) nel periodo febbraio-settembre 2008, la metodologia seguita è stata una valutazione retrospettiva: a) dell'adesione alle linee guida per la terapia del NSTEMI; b) dell'insorgenza di eventi avversi secondari ad interazioni farmacologiche. Successivamente è stato approntato un gruppo di lavoro costituito dal cardiologo clinico di reparto, dal coordinatore infermieristico e dal farmacista clinico. Questa équipe si riuniva tre giorni la settimana per un confronto che determinava la scelta della strategia terapeutica onde prevenire futuri possibili effetti collaterali in presenza di terapie di associazioni complesse. Quindi è stata controllata nel periodo febbraio-settembre 2009, in cui era operativo tale gruppo di lavoro, la presenza del farmacista clinico aveva apportato un impatto favorevole in termini di adesione alle linee guida e riduzione della comparsa degli effetti collaterali (counseling farmacologico).

RISULTATI Nel periodo febbraio-settembre 2009 sono stati esaminati 107 pazienti di cui 75 maschi e 32 femmine età media 75,2 anni (età minima 43 - età massima 48). Per quanto riguarda l'adesione alle linee guida per la terapia del NSTEMI abbiamo registrato un'adesione dell'82% nel 1° semestre 2009, rispetto al 74% del 1° semestre 2008. Relativamente all'insorgenza degli eventi avversi abbiamo registrato un trend positivo nella loro riduzione complessiva, al limite della significatività statistica.

CONCLUSIONI Il binomio farmacista e medico rappresenta un nuovo approccio alla gestione del farmaco in ambiente ospedaliero (clinical pharmacy), tale concetto è stato già recepito in due risoluzioni del Consiglio Europeo: all'interno di un team multidisciplinare ospedaliero (health care team) compare la figura del farmacista di reparto. L'approccio multidisciplinare farmacista-clinico offre la possibilità di perseguire vari obiettivi: - gestione ottimizzata del farmaco; - condivisione di un prontuario terapeutico di reparto e di una armadio terapeutico di reparto in una logica di risk management; - integrazione e approfondimento di varie tematiche di carattere chimico, farmacologico e anche legislativo come supporto all'attività medica, in totale indipendenza dalle proposte dell'industria farmaceutica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pasqualini Mario	Istituzione	AO Carlo Poma
Telefono	0386 717230	Indirizzo	Via Bugatte, 1
Fax	0386 717409	CAP	46020
E-mail	mario.pasqualini@aopoma.it	Città	Pieve di Coriano

28. APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E CLINICA NEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE

Pellegrino F

ASL Salerno (ex SA1)

BACKGROUND Negli ultimi anni è pressante l'esigenza di contrarre la spesa sanitaria attraverso un'appropriatezza allocazione delle risorse disponibili per garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza. Ciò ha comportato la necessità di individuare opportuni indicatori per definire piani operativi che consentano di bilanciare in modo ottimale il rapporto prestazioni/risorse.

OBIETTIVI Definire attraverso l'applicazione di opportuni indicatori l'appropriatezza organizzativa di una Unità Operativa di Salute Mentale (UOSM) e valutarne la congruità con l'appropriatezza clinica. Verificare la capacità di fornire risposte adeguate – anche in termini temporali - attraverso la quantificazione e valutazione dei piani di cura realizzati; ciò nell'ambito della salute mentale ove le variabili extracliniche sono numerose e difficili da gestire.

METODI Il lavoro è stato svolto analizzando i dati relativi alle prestazioni effettuate, alle risorse umane disponibili e realmente operative, ai singoli piani di cura realizzati. I dati rilevati riguardano: 1. La tipologia degli utenti, definiti per categorie e necessità assistenziali; 2. il numero di operatori e le giornate di lavoro totalizzate; 3. Il numero delle prestazioni e la relativa tipologia; 4. il numero e la tipologia degli interventi di particolare complessità che hanno richiesto un notevole impegno sia sotto il profilo professionale che economico. I dati, riferiti al 2008, riguardano l'operatività della UOSM del Distretto 5 – Costa d'Amalfi - che comprende 12 comuni con una popolazione di 33.212 abitanti ed afferisce al DSM dell'ASL Sa1, ora ASL Salerno (ex ASL SA1).

RISULTATI L'attività della UOSM nel 2008 ha registrato 17980 prestazioni (FM = 5808) di cui 180 in urgenza/emergenza (tasso prestazioni programmate/urgenti = 1.1%); considerata la particolare configurazione territoriale il numero delle prestazioni domiciliari appare congrua (3605 interventi pari al 20.1% dell'attività) ed in linea con la programmazione operata. Sono stati effettuati 380 interventi di natura socio-assistenziale con finalità diversificata e finalizzata alla codificazione dei bisogni ed orientati ad azioni di rete. Il servizio ha registrato 613 pazienti in carico (rapportati a 958 utenti, pari al 2.9% della popolazione generale) di cui 155 affetti da psicosi schizofrenica e 118 da psicosi affettive; 186 sono i pazienti seguiti al proprio domicilio e 28 sono stati inseriti in percorsi riabilitativi del Centro Diurno. Per ciò che concerne il ricorso alle strutture residenziali esso si è reso necessario per 32 utenti (pari al 3.3% degli utenti) per un totale di 2592 giornate di degenza. Le prestazioni sono state erogate da 16 operatori che hanno totalizzato 2982 giornate di presenza in rapporto a 304 giorni di apertura del servizio e con una media giornaliera di 9.8 unità distribuite su due turni di 6 ore. Per ciò che concerne la tipologia di prestazioni sono state effettuate 4644 visite psichiatriche, 393 colloqui psicologici, 632 interventi psicoterapeutici. Tali dati sono stati assunti quale base di partenza per il calcolo di specifici indicatori e sono stati confrontati con dati analoghi riferiti al 2007.

CONCLUSIONI I dati complessivi testimoniano una buona tenuta del servizio, con un'attività sostanzialmente programmata e con un'appropriatezza gestione terapeutica dei pazienti, rilevata anche attraverso la valutazione del drop-out. L'attenzione del servizio è sostanzialmente indirizzata alla formulazione di piani di cura per pazienti con patologie croniche ed invalidanti (28.5% dell'utenza) diversificati in rapporto alla gravità del quadro clinico e ad esigenze più strettamente di natura sociale. Il 23.8% dell'utenza afferisce all'area nevrotica, per la restante percentuale le patologie più rappresentative sono date dal ritardo mentale, dalla demenza e dai disturbi del comportamento alimentare; ciò ha richiesto una specifica allocazione di risorse. L'analisi dei dati, così come operata e rapportata alle risorse, consente di operare adeguate scelte programmatiche e favorisce un raffronto costruttivo con analoghi servizi (benchmarking).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pellegrino Ferdinando	Istituzione	ASL Salerno (ex SA1)
Telefono	081 5144458	Indirizzo	Via G. Falcone, 60
Fax	081 5144458	CAP	84014
E-mail	ferdinandopellegrino1@tin.it	Città	Nocera Inferiore

29. L'INTEGRAZIONE DELLE INFORMAZIONI PER LA GOVERNANCE DEL TERRITORIO

Protonotari A, Castaldini I, Cavazza G, Grazia L, Renopi A

Azienda USL Bologna

BACKGROUND Negli ultimi anni il Distretto ha assunto una funzione centrale nel governo del sistema sanitario con un ruolo di programmazione di servizi per i cittadini a garanzia della risposta ai bisogni. Alla progressiva riduzione dell'ospedalizzazione è corrisposto il fiorire di molteplici esperienze sul territorio, tanto che oggi in diverse realtà italiane i servizi territoriali delle AUSL utilizzano oltre la metà delle risorse disponibili. Anche nell'AUSL di Bologna i trend di spesa dei vari livelli assistenziali confermano questo orientamento. Per questo si sta indirizzando l'attenzione verso il governo della spesa sanitaria territoriale cercando di comprenderne le dinamiche in un'ottica di ottimizzazione del beneficio sociale.

OBIETTIVI Al fine di orientare la programmazione e il governo dei sei Distretti dell'Azienda si è costruito un set di indicatori per analizzare le modalità di utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari proprie di ciascun territorio e formulare ipotesi interpretative, anche alla luce delle differenze demografiche e sociali presenti. Si è quindi realizzato una sorta di benchmarking per il riconoscimento e la valorizzazione degli aspetti positivi di ogni distretto e il superamento delle situazioni di inappropriata e inefficienza nella risposta al bisogno.

METODI Si sono presi in esame gli aspetti demografici, socio-economici, di consumo di servizi sanitari e sociosanitari da parte dei residenti e la spesa per singolo livello assistenziale. Sono stati considerati i Distretti, i Nuclei di Cure Primarie e i Comuni. Ove possibile i dati sono stati standardizzati. Per un confronto sui costi è stato costruito per ogni distretto il costo pesato complessivo supponendo la stessa popolazione in ogni distretto e un indicatore di qualità globale come sommatoria dell'efficienza su ogni singolo livello di costo. Per testare la presenza di relazioni tra alcune variabili in studio è stata effettuata l'analisi delle correlazioni, mentre l'ipotesi di legami di dipendenza fra alcuni indici è stata verificata con il modello di regressione multivariato.

RISULTATI I servizi sanitari e sociosanitari territoriali dell'AUSL di Bologna utilizzano almeno la metà delle risorse economiche di cui dispone l'Azienda. Le voci di costo più rilevanti sono la farmaceutica (19%) e l'ambulatoriale (15%) che, insieme all'ospedalizzazione (43%), compongono i tre quarti del valore economico dei consumi dei residenti. Tra i distretti emerge un consumo di servizi differenziato nei vari ambiti che si caratterizzano per i diversi contesti demografici e socio-economici. Dalla lettura congiunta di alcuni degli indicatori si è indagato se le variabili socio-economiche abbiano una qualche influenza sui livelli assistenziali. Ipotizzando che il potenziamento dei servizi territoriali incida sulla riduzione dell'ospedalizzazione, in quanto una parte di attività di bassa complessità può essere svolta con maggior appropriatezza nel territorio, si è costruito un modello per ricercare relazioni tra il tasso di ospedalizzazione e gli altri ambiti di assistenza (ad esempio specialistica ambulatoriale, farmaceutica, prevenzione e medicina di base). Non sono però state trovate evidenze di relazioni se non un effetto positivo del diploma di scuola superiore sulla riduzione della ospedalizzazione. Anche restringendo l'analisi alla popolazione anziana si ottengono gli stessi risultati. Si è testata inoltre la correlazione fra le variabili di contesto e i diversi livelli di consumo che ha evidenziato come: la spesa farmaceutica sia correlata positivamente al diploma di scuola superiore e al reddito; il consumo e il valore della specialistica siano associati positivamente al reddito, alla quota di stranieri e negativamente alla laurea che può essere interpretato con un incremento delle prestazioni in out of pocket riferibili all'esigenza del cittadino con maggior livello di istruzione di scegliere il professionista e ricevere la prestazione in tempi molto brevi. Un altro elemento interessante che è emerso, fra tutte le altre interdipendenze indagate, è la relazione positiva tra specialistica e farmaceutica.

CONCLUSIONI I principali fattori determinanti un diverso mix di consumi sanitari e spesa sembrano essere le condizioni sociodemografiche e l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari. È evidente che a determinare l'adesione dei cittadini all'offerta di servizi che potrebbero e/o dovrebbero essere in parte reciprocamente alternativi concorrono molteplici fattori che devono essere individuati e governati. L'ampia disponibilità di informazioni contenute in questo lavoro ha permesso di effettuare, con un approccio multidimensionale, un valido confronto tra i diversi territori, facendo scaturire spunti interessanti che ciascun distretto dovrà approfondire per una miglior governance del proprio territorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Protonotari Adalgisa	Istituzione	AUSL di Bologna
Telefono	051 6584855	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax	051 6224237	CAP	40124
E-mail	adalgisa.protonotari@ausl.bologna.it	Città	Bologna

30. CLINICAL GOVERNANCE: LA STRATEGIA DELLA REGIONE PIEMONTE

Rabacchi GL¹, Poppa G¹, Sturlese U², Demicheli V², Ripa F³, Bertetto O⁴

¹AO OIRM S. Anna di Torino – ARESS Piemonte; ²Assessorato Tutela della Salute e Sanità Regione Piemonte; ³ASL TO4 – ARESS Piemonte; ⁴ARESS Piemonte

BACKGROUND Il PSSR 2007-2010 della Regione Piemonte, prevede il passaggio da “government” (regole, divieti, autorizzazioni) a “governance” (consenso per la concreta attuazione delle politiche scelte). L'Aress Piemonte (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari) ha avviato nel 2007-2008 una indagine sull'utilizzo degli strumenti di CG in 8 Aziende Sanitarie. Con DGR 21-10664 del 2 febbraio 2009, la Regione stessa ha promosso l'applicazione sperimentale nelle ASR di nuove forme organizzative nell'ambito della CG, definendo la composizione ed i compiti del Collegio di Direzione, allargato alle professioni sanitarie non mediche, prevedendone il coinvolgimento con pareri obbligatori sugli atti di programmazione, di formazione, di ricerca ed innovazione dell'Azienda. Inoltre Direzioni Generali e Collegi di Direzione, verranno corresponsabilizzati ai fini del raggiungimento di alcuni obiettivi assistenziali e strumentali, assegnati per l'anno 2009. Nel 2009 è stato inoltre avviato un percorso formativo su “Gli strumenti della Clinical Governance”, che si propone di raggiungere precisi obiettivi generali e specifici.

OBIETTIVI Obiettivi generali - Ridurre la percezione di gap esistente fra professionisti (autonomia professionale) e manager (vincoli di bilancio). - Diffondere l'implementazione degli strumenti di CG quale veicolo per il miglioramento delle performances cliniche-assistenziali-organizzative, per la riduzione del rischio clinico, la tracciabilità e la trasparenza degli atti professionali, la responsabilizzazione e l'autonomia in un lavoro di équipe interdisciplinare. - Acquisire strumenti per governare la complessità delle organizzazioni sanitarie. - Diffondere la competenza per pianificare e gestire efficacemente un progetto in Sanità. - Favorire l'introduzione e la diffusione di strumenti di CG ad impatto diretto: EBM, EBN, Linee guida e PDTA, clinical audit, accountability, valutazione e miglioramento delle performances cliniche. - Favorire l'assunzione della metodologia della CG a livello di staff direzionale.

METODI Sviluppare in modo coerente, coordinato ed interdisciplinare il percorso formativo in alcune macroaree: 1. Pianificazione e gestione di un progetto secondo la spirale della progettazione 2. EBM ed EBN - Conoscenza ed utilizzo dei database della letteratura scientifica (Pubmed, Cochrane Library) 3. PDTA e linee guida 4. Clinical Audit 5. Sistemi di qualità - Risk Management 6. Programmazione e gestione delle risorse - Sistemi informativi 7. Accountability: tracciabilità della documentazione clinico-assistenziale 8. Health Technology Assessment: valutazione multidisciplinare delle tecnologie sanitarie, tenendo conto degli aspetti economici, organizzativi, strutturali, culturali, etici, sociali 9. Informazione e partecipazione del cittadino-utente - Aspetti etici e clima organizzativo.

RISULTATI - formazione di circa 150 operatori sanitari nella ASR della Regione Piemonte, con un sistema di RETE REGIONALE, su 3 percorsi clinico-assistenziali-organizzativi (percorso nascita, percorso ictus, sistema emergenza-urgenza) - presenza di una serie di REFERENTI AZIENDALI competenti nell'utilizzo di strumenti di CG per lo sviluppo di obiettivi regionali assegnati alle Direzioni Generali e quindi, con un processo a cascata, trasferiti ai Direttori di Dipartimento, di SC, di SS, coordinatori assistenziali.

CONCLUSIONI È stata formata una RETE REGIONALE di operatori sanitari interdisciplinari ed interprofessionali "esperti e motivati" nell'utilizzo di strumenti di CG nei percorsi aziendali, che possono costituire un patrimonio per le Direzioni Generali ed i Collegi di Direzione. Si prevede il mantenimento della RETE REGIONALE con continuità nel tempo, mediante gruppi di lavoro coordinati da Aress Piemonte.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Rabacchi Grace Lisa	Istituzione	AO OIRM S. Anna
Telefono	011 3134200	Indirizzo	Corso Spezia, 60
Fax	011 3134238	CAP	10126
E-mail	grace.rabacchi@aress.piemonte.it	Città	Torino

31. L'UTILIZZO DI CARTELLA INTEGRATA INFORMATIZZATA PER OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE CURE PALLIATIVE E HOSPICE

Radi M¹, Tropia A¹, Papa A¹, Ghiringhelli V¹, Benetti L²

¹Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, ²SOLINFO

BACKGROUND Nella nostra azienda ospedaliera si utilizza una documentazione infermieristica sviluppata secondo il "Modello delle prestazioni infermieristiche" di Cantarelli. Da Giugno 2009 la nostra azienda ospedaliera ha aperto il servizio di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative, per poter offrire un'assistenza adeguata e professionalmente competente ai pazienti oncologici terminali presso il proprio domicilio. Da questa nuova situazione è emersa l'esigenza di avere una cartella clinica integrata informatizzata che consenta di avere – ovunque – in ospedale, a casa del paziente, nei centri ambulatoriali – la documentazione necessaria. L'idea di unificare in un unico documento integrato le attività medico-infermieristiche nasce dal bisogno di avere una documentazione dettagliata e di facile utilizzo a domicilio del paziente, in modo da renderne partecipe in modo attivo anche il care giver.

OBIETTIVI * creazione di uno strumento di facile utilizzo per gli infermieri, per i medici e per i familiari dei pazienti. * fornire una visione completa di un lungo periodo assistenziale (15 giorni) per una rapida valutazione dell'andamento delle condizioni cliniche del paziente e del processo. Questo strumento risulta estendibile, con appropriate modifiche, ai reparti ospedalieri. L'informatizzazione dello strumento lo rende di facile visualizzazione attraverso la rete, così da poter accedere in tempo reale ai dati sulle condizioni cliniche dei pazienti.

METODI 1. Revisione di letteratura scientifica. 2. Manuale della cartella clinica. Linee guida Regione Lombardia 3. Management e qualità la cartella clinica come documento del sistema Qualità: un esempio pratico CEPI 2004. Pasini E., Ravizza P.F. 4. La cartella clinica profili strumentali, gestionali, giuridici ed archivistici. Bucci O., Maggioli Editore 1999 5. Cantarelli M. Il modello delle prestazioni Infermieristiche. Il edizione Sorbona Milano, 2003. 6. La documentazione infermieristica, 1999 www.evidencebasednursing.it/progetti/cartella 7. Linee guida per la stesura per la progettazione e stesura della Cartella Infermieristica. Camani M. et al. Neuroscienze, 1996 vol.3 o Analisi critica di cartelle infermieristiche U.O.C.P. Busto Arsizio, U.O.C.P Legnano, Ospedale S. Anna, Lugano St. Christopher Hospice, Londra.

RISULTATI L'iniziale sperimentazione della documentazione sviluppata conferma una facile introduzione e lettura dei dati medico-infermieristici sia dal personale sanitario che dalle persone di riferimento a domicilio. Quest'ultimi risultano essere attori cooprotagonisti nella registrazione delle attività assistenziali e nel monitoraggio delle attività di vita quotidiane, parametri vitali, somministrazioni terapeutiche. L'integrazione del diario infermieristico, del continuum assistenziale, della scheda terapia, in una scheda unica che visualizza un lungo periodo assistenziale (15 giorni), permette inoltre una rapida valutazione dell'andamento delle condizioni cliniche del paziente e del processo assistenziale erogato nei vari accessi domiciliari. Risulta essere diminuito inoltre sensibilmente la trascrizione e dispersione di dati rilevati e delle attività eseguite nei vari processi assistenziali formulati fino ad ora segnalati in plurime schede infermieristiche. Lo strumento comunque necessita di una casistica maggiore di sperimentazione per essere migliorato ulteriormente nelle sue peculiarità di contenuti e di impostazione grafica al fine di ottimizzarlo alla base delle reali esigenze rilevate e vissute sul campo assistenziale domiciliare.

CONCLUSIONI La documentazione integrata medico-infermieristica sviluppata offre sicuramente una metodologia nuova e veloce di registrare e leggere i dati relativi all'assistenza sanitaria erogata durante i percorsi di O D C P, evitando inutili ripetizioni dei dati sensibili ed erronee trascrizioni e facilitando un'accurata e globale valutazione del percorso assistenziale erogato. La possibilità di sviluppare la cartella in un formato elettronico rende lo strumento accessibile dalla rete informatica permettendo di poter visualizzare in tempo reale le condizioni cliniche dei diversi pazienti presi in carico e di offrire risposte aggiornate a specifiche richieste dal domicilio, sia di informazione ai familiari e al personale sanitario coinvolto specificatamente nell'assistenza. L'informatizzazione permette inoltre di estrarre dati sensibili a carattere di ricerca.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ghiringhelli Valeria	Istituzione	Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi
Telefono	0332 393317	Indirizzo	Viale Borri, 57
Fax	0332 278139	CAP	21100
E-mail	valeghiri@gmail.com	Città	Varese

32. VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE CENTRALI OPERATIVE 118 DELLA REGIONE MARCHE

Regnicoli F

Università Politecnica delle Marche, Azienda Ospedali Riuniti Umberto I di Ancona

BACKGROUND Compito del sistema di emergenza sanitaria 118 è quello di ridurre il numero delle morti evitabili e degli esiti invalidanti mediante l'invio del mezzo sanitario adeguato e di equipe qualificate. Le funzioni fondamentali della Centrale Operativa comprendono: la ricezione delle richieste di soccorso, la valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare, l'attivazione ed il coordinamento dell'intervento stesso. La qualità dell'intero servizio sanitario si misura in maniera importante dal primo contatto con esso nel momento dell'urgenza che è uno dei nodi maggiormente critici della programmazione sanitaria. Il tema della valutazione del rischio clinico nelle centrali 118 è poco indagato a livello internazionale e nazionale. Pionieristico il progetto pilota italiano congiunto dell'Azienda Ospedaliera della provincia di Lodi, dell'Azienda Ospedali Civili di Brescia e dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza che ha scomposto in processi l'intervento di soccorso, dalla chiamata all'arrivo in Pronto Soccorso e pesato la gravità del possibile errore, la probabilità di accadimento e la rilevabilità.

OBIETTIVI 1) Valutare il tema del rischio clinico nelle centrali operative 118 della Regione Marche. 2) Identificare ed esaminare preventivamente le problematiche ed i punti deboli del servizio 118 mappando ogni fase del soccorso attraverso l'analisi di processo al fine di poter introdurre strumenti di sicurezza per i cittadini, per ridurre morbosità e mortalità correlate e garantire cure più sicure ed efficaci. 3) Evidenziare le criticità comuni alle quattro C.O. 118 ricercando un'ipotesi di soluzione condivisa, efficace, efficiente.

METODI Il metodo utilizzato è stato quello dell'indagine conoscitiva condotta con la collaborazione dei responsabili di Centrale, capillarmente su tutte le Centrali Operative "118" del territorio regionale (Ancona, Ascoli Piceno, Macerata e Pesaro Urbino). La popolazione è costituita da 70 infermieri. Si utilizza il questionario già strutturato dal progetto pilota italiano per indagare la situazione nelle centrali operative della Regione Marche tramite somministrazione dello stesso agli infermieri. Si comparano i risultati del questionario a campione/risultati questionario sulle centrali. Si individuano e analizzano le prime dieci criticità segnalate dalle centrali.

RISULTATI La popolazione infermieristica indagata proviene in prevalenza (76,7%) dall'area critica e lavora da molti anni in centrale 118, il 39% sono maschi e il 60% sono femmine; il 46,5% sono nella fascia d'età tra 30 e 40 anni, il 69,7% sono coniugati/conviventi, il 58,1% ha figli, 27,9% lavora da 11 a 15 anni, il 39,5% lavora da 6 a 10 anni in centrale operativa. Per quanto riguarda la formazione il 60% è in possesso del diploma di scuola media superiore, il 72% è in possesso del titolo di infermiere acquisito con il corso triennale regionale, il 95,3% partecipa ad eventi di Educazione Continua in Medicina, l'88,3% (n=38) ha frequentato un corso di formazione per la centrale operativa. Ogni centrale operativa presenta risultati differenti circa le criticità. Le prime tre segnalate come maggiormente a rischio di errore sono: mancata/errata erogazione di manovre assistenziali sulla scena dell'evento, prolungato tempo sulla scena dell'evento, imprudenza nella gestione dell'evento in centrale operativa. Dal confronto dei dati ottenuti con il progetto pilota si evidenzia che le criticità 1) livello assistenziale 2) manovre assistenziali (mancata/errata) 3) attribuzione codice non corretto 4) Non messa in sicurezza 5) Irreperibilità paziente 6) Mancata o ritardata informazione di invio di altri mezzi corrispondono ai risultati ottenuti dall'indagine nella realtà dell'emergenza sanitaria 118 della Regione Marche. Dal confronto con le segnalazioni degli utenti al Tribunale del malato, si evidenziano criticità circa il corretto approccio con l'utente e circa l'area assistenziale.

CONCLUSIONI Dalla indagine effettuata abbiamo rilevato che dalle criticità segnalate dagli infermieri si deduce un forte bisogno di formazione (assistenziale, relazionale-psicologica) e la necessità di una migliore organizzazione del lavoro che può rendere le cure più sicure riducendo il rischio di errore (morte, grave danno al paziente conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Regnicoli Febua	Istituzione	Azienda Ospedali Riuniti Umberto I
Telefono	071 42144	Indirizzo	Via Conca
Fax	071 219800	CAP	60100
E-mail	febua1@libero.it	Città	Ancona

33. INTEGRARE PERCORSI ASSISTENZIALI E AUDIT CLINICO NEI PROCESSI DI GOVERNANCE AZIENDALE: UN CASE STUDY

Saggese MP, Cuneo S

ASL 4 Chiavarese

BACKGROUND In Italia la vaccinazione antitetanica, è obbligatoria dal 1938 per i militari, dal 1963 per alcune categorie di lavoratori a rischio e dal 1968 per i nuovi nati e viene eseguita secondo il calendario in vigore. Dopo il ciclo primario completato a 5-6 aa, deve essere somministrata una dose di richiamo a 11/12 – 14/15 aa, e quindi ogni 10 aa. Il ciclo vaccinale completo di base determina una risposta immunitaria valida al tetano in oltre il 95% dei casi. In Italia la copertura vaccinale al 24° mese di vita risulta essere pari al 95-96%.

OBIETTIVI Il tetano è una malattia rara nel mondo occidentale, ma è preoccupante per la sua severità clinica, l'alta mortalità e i rilevanti costi sociali, il cui gold standard terapeutico è rappresentato dalla vaccino profilassi. In Italia sono registrati annualmente un centinaio di casi con una mortalità non inferiore al 25%. La percentuale di soggetti suscettibili al tetano tra 60 e 69 aa è > al 50%, e raggiunge il 70% oltre i 70 aa. In alcuni di tali casi in urgenza è indicata la profilassi passiva con TIG e in particolare in Liguria che ha un'alta percentuale di popolazione anziana. La SC Pronto Soccorso (PS) e la SS Profilassi delle Malattie Infettive della ASL 4 Chiavarese hanno realizzato un Percorso Assistenziale (PA) per la profilassi postesposizione al tetano in urgenza con i seguenti obiettivi principali: Aumento ed incentivazione della profilassi antitetanica attiva Appropriata somministrazione della TIG, sovra somministrata Aggiornare la scheda vaccinale informatica dei pazienti rilevando i possibili errori di registrazione Tale PA è stato identificato come oggetto di audit clinico, integrato con i meccanismi di governo aziendale, mediante l'inserimento nel processo di budgeting per l'area del governo clinico. Gli indicatori sono stati identificati per robustezza ed affidabilità: Appropriatezza della somministrazione delle TIG – Standard Atteso (SA) 100% Appropriatezza della somministrazione del vaccino – SA 100% Corretta compilazione della scheda vaccinale – SA 98%.

METODI Punti focali del PA sono: la valutazione della ferita, la valutazione della situazione vaccinale, la valutazione dell'appropriato intervento di profilassi antitetanica, la corretta registrazione della vaccinazione su supporto informatizzato aziendale, la valutazione della necessità di proseguire il ciclo vaccinale. Il paziente che accede al PS è sottoposto alla profilassi postesposizione, quando indicata, secondo le raccomandazioni ministeriali che prevedono di iniziare un ciclo ex novo, se è trascorso più di 1 aa dalla somministrazione di un'unica dose vaccinale e più di 5 aa da 2 somministrazioni. Non deve mai essere ripreso il ciclo basale se sono state somministrate 3 dosi, a prescindere dall'intervallo intercorso tra le stesse. Il prolungamento degli intervalli raccomandati tra le varie somministrazioni del ciclo di base non pregiudica, entro certi limiti, l'efficacia della risposta anticorpale. Il personale del PS è stato formato e progressivamente aggiornato; nella Scheda di Accettazione di PS del paziente è riportata una frase informativa sulla profilassi del tetano in caso di ferite. Il programma informatico del PS consente la visione, l'aggiornamento o la creazione della scheda vaccinale del paziente condivisa con quella dell'Igiene Pubblica. Alla dimissione dal PS a chi necessita di prosecuzione del ciclo vaccinale o di ricostruzione della storia vaccinale è consegnata una lettera che illustra quanto svolto e riporta gli orari degli ambulatori dell'Igiene Pubblica. Di recente tra gli esiti di dimissione dal PS è stata inserita la voce "Inviato Ufficio Igiene" al fine di raffrontare il numero di pazienti inviati con quelli presentatisi al servizio. I Report informatici consentono la verifica della corretta applicazione del PA, per alcuni parametri in modo automatico, per altri con analisi a random. Sono monitorizzati anche: i consumi di Vaccino e TIG perché gli ordini sono informatizzati.

RISULTATI I dati relativi alla vaccinazione antitetanica in PS dimostrano un progressivo aumento di vaccini somministrati versus TIG: Vaccini 201 dosi nel 2006, 405 nel 2007, 715 nel 2008, 1270 fino a 10/09 - TIG 1780 dosi nel 2007, 1585 nel 2008, 826 fino a 10/09. Sono stati rilevati gli errori effettuati nel 2009: Somministrazione di vaccino non indicata per errore di consultazione scheda vaccinale Somministrazione di TIG non indicata Errata registrazione del tipo di vaccino. Nel corso di vari incontri è stato messo a punto il dosaggio consigliato delle TIG: 250 UI negli adulti, 500 UI per gli adulti se la ferita risale a più di 24 ore o è profonda e sporca con distruzione di tessuto e negli obesi.

CONCLUSIONI L'elaborazione di questo PA e la sua identificazione come argomento di audit clinico inserito nella scheda di budget ha permesso di attuare un piano di cambiamento applicando strategie multifattoriali: aggiornamento scientifico, implementazione informatica, riunioni periodiche con il personale, analisi dei report con valutazione dell'entità del cambiamento. La selezione delle priorità (consistente impatto sulla salute dovuta all'adeguata profilassi del tetano in PS), la revisione del grado di aderenza della pratica agli standard definiti, la stima delle inappropriatezze in eccesso e in difetto hanno portato a un cambiamento della pratica professionale verificabile e misurabile.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Saggese Maria Paola	Istituzione	ASL 4 Chiavarese
Telefono	0185 329638	Indirizzo	Via G.B. Ghio, 9
Fax	0185 329631	CAP	16043
E-mail	mpsaggese@asl4.liguria.it	Città	Chiavari

34. ANALISI DELLE BARRIERE PER ELABORARE LE STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE: LA FASE 3 DEL PROGETTO VEDICLIS

Vaona A, Giroto S, Rigon G, Andreoli C, Battaglia E, Fracasso I, Delzotti F

Azienda ULSS 20 Verona

BACKGROUND Il diabete tipo II è una patologia che per prevalenza, durata e complessità nella maggioranza dei casi è appropriato venga gestita prevalentemente a livello di cure primarie. Il SSN necessita che il ruolo giocato dalle cure primarie in questa patologia sia valorizzato e migliorato. Il Progetto Vediclis va in questa direzione: è un audit clinico finalizzato al miglioramento della gestione del paziente diabetico condotto su 30 MMG della Provincia di Verona. La Fase 1 ha previsto una misurazione sistematica della performance reale (baseline) con l'utilizzo di 30 indicatori desunti dalle linee guida di migliore qualità metodologica; la Fase 2 ha previsto una valutazione dello scostamento tra la performance del gruppo e altre performance reali locali (Ascoli e Ravenna), nazionali (dati Health Search) e estere (dati NHS) e tra il livello reale e il livello di performance auspicato dagli stessi medici partecipanti.

OBIETTIVI Obiettivo della Fase 3 è sperimentare un sistema di analisi delle barriere che indirizzi l'elaborazione della strategia da implementare per il miglioramento della performance (Fase 4).

METODI Ritenuti imperfetti i modelli di analisi della barriere disponibili in letteratura, si è elaborato ex-novo un modello concettuale di analisi delle barriere da cui è stato desunto un sistema survey-like per la loro analisi in cui ogni MMG partecipante assegna per ogni indicatore un peso ad un elenco di barriere che possono impedire il miglioramento della performance relativa a quell'indicatore.

RISULTATI Il sistema di analisi delle barriere è stato giudicato dagli stessi MMG come perfettamente in grado di cogliere tutte le barriere incontrate dal MMG nel cercare di gestire il paziente diabetico secondo le raccomandazioni di buon comportamento clinico desunte dalle migliori linee guida (voto mediano 8,5 in scala 0-10). Esso ha reso possibile individuare gli indicatori in cui le barriere al miglioramento sono più forti e le singole barriere che pesano maggiormente nel miglioramento della performance. Nello specifico è stato possibile dimostrare che le barriere relative alla conoscenza delle raccomandazioni di buon comportamento clinico o all'accordo in termini di opinione clinica con esse non rappresentano un ostacolo significativo al miglioramento. Le abitudini "procedurali" consolidate costituiscono la barriera più forte al miglioramento nell'area della raccolta/aggiornamento dei dati anamnestici, in quella della raccolta/aggiornamento dei dati obiettivi e in quella dell'impostazione del follow-up. È ipotizzabile inoltre che una parte rilevante del miglioramento possa essere raggiunta facendo emergere la performance erogata ma non registrata ovvero correggendo le abitudini non corrette di compilazione della cartella clinica informatizzata (recording bias). L'analisi delle barriere ha inoltre evidenziato che i medici percepiscono come ostacoli rilevanti al miglioramento della performance gestionale sugli esiti intermedi le conoscenze dei pazienti su timing del follow-up, obiettivi terapeutici da raggiungere e corrette modalità di assunzione della terapia, nonché la loro capacità di mantenere una buona "compliance" nel tempo.

CONCLUSIONI Il sistema di analisi degli ostacoli al miglioramento utilizzato nella Fase 3 del Progetto Vediclis di audit clinico consente di individuare con precisione le barriere da affrontare, permettendo quindi di indirizzare la strategia di miglioramento verso l'implementazione interventi mirati su di esse. L'efficacia di questo approccio deve essere in futuro verificata nel suo impatto sul reale miglioramento della performance.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Vaona Alberto	Istituzione	Azienda ULSS 20 Verona
Telefono	045 7614558	Indirizzo	Via del Ponte, 5
Fax	178 2718602	CAP	37124
E-mail	aisamaisa@gmail.com	Città	Verona

35. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLO STRAVASO DA CHEMIOTERAPICI: UNA STRATEGIA MULTIFATTORIALE

Vassallo F, Bianchetti P, Cabiddu B, Macchia R, Vidili G, Bovento CM

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

BACKGROUND Presso IST, si è deciso di implementare una sorveglianza degli stravasati, per comprendere l'entità del fenomeno. Il monitoraggio è iniziato nel 2007, le strutture maggiormente coinvolte sono state la degenza dell'Oncologia Medica Integrata ed il Day Hospital, presso le quali si ha il maggior numero di somministrazione di farmaci chemioterapici. Questo ha consentito di conoscere l'incidenza e di avere una descrizione dell'evento avverso. Il tutto ha stimolato da parte degli operatori coinvolti, infermieri e medici, una revisione delle procedure da adottare ed una ridefinizione del percorso nelle strutture interessate (degenza oncologia medica integrata/day hospital, riabilitazione oncologica, chirurgia oncologica integrata, unità operativa professioni san.) in caso di evento avverso.

OBIETTIVI - Riduzione dell'incidenza dello stravasato - Standardizzazione del percorso in caso di evento avverso - Contenere i danni iatrogeni.

METODI - Programma di formazione ed addestramento dei nuovi assunti e formazione continua dello staff clinico delle strutture coinvolte - Applicazione degli standard definiti dall'American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. - Riorganizzazione del percorso definito ad hoc per la gestione dello stravasato - Monitoraggio: messa a punto di una scheda per descrivere l'evento condivisa tra le varie strutture - Raccolta dati, loro diffusione e analisi degli stessi con il personale interessato. (Audit clinico).

RISULTATI I risultati che emergono dalla raccolta dati condivisa identificano il Day Hospital come la struttura maggiormente a rischio per l'evento stravasato (tot. 34 dal 2007 ad oggi). Le caratteristiche di questi si possono riassumere: Variabili Maschi/femmine 13/21 Età media 65 Sede stravasato avambraccio Modalità di somministrazione endovena Sintomo gonfiore Tempo di riconoscimento evento avverso: entro 5 minuti.

CONCLUSIONI Miglioramento della qualità del dato disponibile che consente di effettuare analisi mirate del problema e di progettare miglioramenti con indicatori monitorabili. Il risultato maggiormente significativo ottenuto è collegato alla rapidità di riconoscimento dello stravasato e al suo immediato trattamento. L'analisi dei dati 2007 /2008 ci fa intuire un trend di contenimento del numero complessivo degli stravasati che dovrebbe essere confermato anche nel 2009. (dati definitivi verificabili a febbraio 2010).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Vassallo Francesca	Istituzione	Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
Telefono	010 5600543	Indirizzo	Largo Rosanna Benzi, 10
Fax	010 358032	CAP	16100
E-mail	francesca.vassallo@istge.it	Città	Genova