

6^a Conferenza Nazionale GIMBE

L'approccio di sistema alla Clinical Governance

Bologna, 11 febbraio 2011

Abstract Book

INDICE

In grassetto: abstract selezionati per la presentazione orale e relatore.

Il titolo della presentazione potrebbe non corrispondere a quello originale contenuto nell'Abstract Book.

1. LA GESTIONE INTEGRATA E CONDIVISA DELLE MALATTIE TIROIDE: MMG, TEAM ENDOCRINOLOGICO ED UTENTE IN CARICO
Agrimi D, Mazzotta AM, Morgillo M, Rollo R
2. ANALISI, METODI, BISOGNI DELLE RISORSE ASSISTENZIALI: PROGETTO A.M.B.R.A.
Andreula S, Marseglia C
3. IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9001 DI UNA SEZIONE DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
Angelini C, Bonetti L, Ledonne G
4. L'ESPERIENZA DELLA TERAPIA INFORMATIZZATA AL LETTO DEL PAZIENTE
Baccan A, Colombo D
5. **QUALI STRUMENTI PER VALUTARE LA COMPETENCE PROFESSIONALE? L'ESPERIENZA DELL'U.O. CORELAB LAB. UNICO DI AREA VASTA ROMAGNA**
Baldrati L, Dorizzi RM, Vascotto L
6. LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLE INDICAZIONI PRESCRITTIVE ALLA DIMISSIONE DEL PAZIENTE: L'ESEMPIO DELLE STATINE
Barchielli A, Brocca T, Marseglia AR, Balzi D, Batacchi P, Tosi P
7. **HTA DEI MARKERS CARDIACI: IMPLEMENTAZIONE PRATICA**
Bartocconi F, Brocchetti P, Pugliese A, Cianetti A, Tanzi P, Amoddeo CE
8. ALLESTIMENTO ROBOTIZZATO DELLE PREPARAZIONI ANTIBLASTICHE, INTEGRATO IN UN PERCORSO ONCOLOGICO TOTALMENTE GESTITO
Beltramini S, Grassi MA, Chirico M
9. CAUSE DI ERRORE IN RADIOLOGIA TORACICA
Bertuzzi L, Marchi M, Stasi G
10. IMPLEMENTAZIONE DELLA CHECK LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA: NOSTRA ESPERIENZA
Biancani M
11. ISTITUZIONE DI UNA GRIGLIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PSICHIATRICO PER GLI UTENTI IN CARICO AL CSM FINALIZZATA ALL'ADEGUAMENTO DEL PROGRAMMA DI FOLLOW-UP TERRITORIALE
Bisogno A, Galiotta A, Armenante A, Gentile S
12. ISTITUZIONE DEL REGOLAMENTO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA RESIDENZIALE PER PAZIENTI PSICHIATRICI
Bisogno A, Vozzi F, Del Sorbo G, Buondonno L
13. UN MODELLO DI FORMAZIONE SUL CAMPO SULLE TEMATICHE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
Bocchetti I, Capuozzo V, Rea T, Totaro AM, Totaro A, Totaro P

14. **VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA RELATIVE ALLA PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA**
Bogni D, Bucaneve G, Morcellini R, Truffarelli O, Pioppo M
15. IMPARARE DAGLI ERRORI PER ACCRESCERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA
Bogni D, Pioppo M, Zuconi M, Morcellini R, Moretti E, Lucarini G, Severini D, Paglicci Reattelli L
16. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE CADUTE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO (IST)
Bonvento MC, Vassallo F
17. **PERCORSO INTEGRATO DI SALA OPERATORIA FRA GOVERNO E GESTIONE DEL RISCHIO**
Buccioli M, Grementieri P, Dal Monte D, Signani R, Vetri E, Gambale G
18. **SEZIONE DI "WEEK HOSPITAL" IN UN CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE DI ONCOLOGIA MEDICASECTION: VALUTAZIONE ED ANALISI DELL'ATTIVITÀ DOPO UN'ANNO DALL'APERTURA**
Canu C, Mascia L, Putzu R, Pusceddu C, Argiolas F, Angelucci E
19. **I CONTROLLI NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI): L'INDICE DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (ICA) COME STRUMENTO PER VALUTARE L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI**
Casati O, Garau L, Mazzei M, Bertolaia P
20. UTILITÀ DELLE RIUNIONI DI AUDIT IN RADIODIAGNOSTICA DEL TORACE
Cirillo M, Dalpiaz G, Stasi G
21. **VALUTAZIONE DI FOLLOW-UP DEL CAMBIAMENTO PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVO COME RISULTATO DI UN CORSO ISS**
Coclite D, Ferrelli RM, Napoletano A, De Virgilio G
22. LA LINEA GUIDA EVIDENCE-BASED "SINDROME DEMENZA. DIAGNOSI E TRATTAMENTO" DELLA REGIONE TOSCANA
Consiglio Sanitario Regionale
23. LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEGLI UTENTI NELL'ESPERIENZA DI ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA DEGLI OSPEDALI DELL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 6 "FRIULI OCCIDENTALE"
Corona S, Garbo E
24. LA COMUNITÀ DI PRATICA IN EMATOLOGIA: COME NASCE LA CONSAPEVOLEZZA SULLE BUONE PRATICHE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE AI DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI
Darelli G, Raffaele B, Scafati V, Squaglia S
25. L'ANALISI PROATTIVA DEL RISCHIO CON IL METODO FMEA/FMECA DI UN PROCESSO ASSISTENZIALE: LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA NEL TUMORE DELLA MAMMELLA
Degli Esposti C, Bisognin R
26. RIFLESSIONI SULLE CAUSE DEL MANCATO RITIRO DEI REFERTI RADIOLOGICI
Di Folca P, La Palombara C, Stasi G
27. L'INTEGRAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ E DEI SERVIZI NELLA GESTIONE DELL'URGENZA PSICHIATRICA
Di Munzio W, Bisogno A, Pellegrino F
28. IL RISK MANAGEMENT NEL PROCESSO TC: PROGETTO I RADAR
Doratiotto S, Vecchiato N, Maso C, Morana G
29. IL PROGETTO DI INFORMATIZZAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA PER RIDURRE L'ERRORE IN TERAPIA PRESSO L'ASL TO3
Dore M, Minniti D, Papalia R, Giacometti M, Sacco R, Marforio P

30. **STUDIO DI COORTE PROSPETTICO SUL CONTROLLO DEL DOLORE POST-OPERATORIO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE MEDIANTE L'APPLICAZIONE DI UN PROTOCOLLO AZIENDALE**
Fantuzzi GM, Ferri P, Montemaggiori V, Pignedoli P, Lemmi M, Fantisini N
31. "INRCA: MODELLO DI ATTUAZIONE DI PROCESSI PER L'INTEGRAZIONE DEL SISTEMA GESTIONE QUALITÀ E DEL GOVERNO CLINICO"
Ferrara L, Di Stefano G, Spazzafumo L, Santoiemma P, Marzocchi C, David S, Lattanzio F
32. RICERCA QUALITATIVA E FARMACO EQUIVALENTE: L'ESPERIENZA DELL'AUSL VITERBO IN UN PERCORSO DI APPROPRIATEZZA, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI
Ferrelli RM, Nulvesu ML, Proietti A, Tosini ML
33. **STUDIO PILOTA SULLA VARIABILITÀ INFERMIERISTICA NELLA SOMMINISTRAZIONE SOTTOCUTANEA DI EPARINA SODICA**
Ferri P, Davolio F, Corradini L, Scacchetti D, Panzera N
34. APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA E DEGLI STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AD UNA EPIDEMIA DI ACINETOBACTER BAUMANNII IN UNA TERAPIA INTENSIVA SPECIALISTICA
Francone C, Catalani V, Massei V, Porretta A
35. LA GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE: L'AUDIT CLINICO STRUMENTO METODOLOGICO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA
Lorenzini A, Guindani M, Borinato F
36. APPLICAZIONE OPERATIVA DELLA RILEVAZIONE PRESSO UN'AREA RESIDENZIALE DELLA DIPENDENZA IN UN GRUPPO DI ANZIANI RICOVERATI
Makil E
37. GESTIRE E PREVENIRE GLI EVENTI SENTINELLA: PRESENTAZIONE DI UN PROGETTO FORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE AVANZATE
Malinverno E
38. IL PROFILO DELL'INFERMIERE DI COLLEGAMENTO: UNA PROPOSTA APPLICATIVA DISEGNATA SECONDO LE VALUTAZIONI DEI POTENZIALI E DELLE PRESTAZIONI
Mantovani M
39. **INDAGINE SULL'APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE DI COLONSCOPIE NELLA ZONA DI ANCONA: RISULTATI PRELIMINARI**
Marcosignori M, Lorenzini I, Mosca P, Tomarelli LM, Benedetti A, Gabrielli B, Pomponio G
40. **EBM E CLINICAL GOVERNANCE. SONDAGGIO SULLA CONSAPEVOLEZZA DI UN'OPPORTUNITÀ TRA GIOVANI CHIRURGI ITALIANI**
Maritati G, Baglio G, Panuccio G, De Pasquale F, Daddi N, Coscarella C, Bartolucci R, Pogany G, Cao P
41. **L'ESPERIENZA DI UN AUDIT MULTIPROFESSIONALE NEL GOVERNO CLINICO NELLA AREA STROKE CARE DELLA UO GERIATRIA BENTIVOGLIO**
Masina M, Malservisi S, Censoni PF, Domenichini E, Mingolini N
42. **TECNOLOGIE INFORMATICHE NELLA SICUREZZA DEL PROCESSO DI GESTIONE CLINICA DEI FARMACI**
Mastrangelo S, Zoboli D, Ranza E, **Bianchi G**, De Matteis V, Farris S, Catellani S, Sassi F, Stelluto V, Busani C, Riccò D
43. **AUDIT CIVICO PIEMONTE 2009-2010. LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELL'ASL TO3 REALIZZATA DAI CITTADINI**
Minniti D, Giacometti M, Papalia R, Battaglio T, Dore M, Sacco R, Marforio P

44. STRESS LAVORO-CORRELATO: INDAGINE CONOSCITIVA SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO
Minnozzi A, Maccari C, Contigiani F, Illuminati Pietrella M, Foresi R, Calvigioni MM
45. PRELIMINARI PER L'IMPOSTAZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO DEI PAZIENTI AFFETTI DA POLMONITE DI COMUNITÀ (CAP) NELL'ASL CN2
Mittone E, Recalenda V, Dutto P, Infante L, Castellino L, Riella F
46. IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE OPERATIVE EVIDENCE BASED: INTEGRARE I DATI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE
Monacelli E, Morcellini R, Patoia L, Rocchi RE, Naglieri S, Sansolino S, Calabro A
47. UNA PROPOSTA DI PROGETTO FORMATIVO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI DELLA NOSTRA AZIENDA SOTTO FORMA DI LABORATORIO PRATICO SECONDO IL METODO EBJC (EVIDENCE BASED JOURNAL CLUB)
Muci M, Sapuppo NF
48. PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELL'OSTEONECROSI DEI MASCELLARI DA BIFOSFONATI
Pacilli L, Minenna P, Cascavilla N, Maiello E, Pepe G
49. FOGLIO UNICO DI TERAPIA: ESPERIENZA DELLA CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA
Pacilli L, Pepe G
50. CLINICAL RISK MANAGEMENT: UNA ESPERIENZA DI FORMAZIONE CONTINUA NELL'AUSL 8 AREZZO
Parca G, Vanni D
51. IL PERCORSO CLINICO E TERAPEUTICO DEL PAZIENTE HIV-POSITIVO GESTITO DA UN TEAM MULTIDISCIPLINARE ALL'OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA
Peila E, Perano S, Carcieri C, Cinnirella G, Mazengo M
52. STUDIO DELLA PREVALENZA DELL'ASMA BRONCHIALE NELLA POPOLAZIONE DELL'ASS6 "FRIULI OCCIDENTALE", NEL PERIODO 2004-2008, MEDIANTE L'UTILIZZO DI ARCHIVI SANITARI ELETTRONICI CORRENTI
Pellizzari B, Moretti G, Zamparo E
53. DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO: LA NUOVA GESTIONE DEL PAZIENTE AD ALTA INTENSITÀ DI CURE
Pieraccini S
54. DALL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE AL TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM) ATTRAVERSO LA DEFINIZIONE DI INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO
Pioppo M, Bogni D, Calabro A, Moretti E, Morcellini R, Ontari G, Severini D, Zucconi M
55. DUE DRIVER DI SVILUPPO DEI SERVIZI TERRITORIALI DELLA ASL DI EMPOLI
Porfido E, Roccato E, Colombai R, Mennuti N, Benvenuti F, Dei S
56. HTA COME STRUMENTO DI CLINICAL GOVERNANCE: ESPERIENZA IN REGIONE PIEMONTE
Rabacchi G, Poppa G, Bertetto O, Sturlese U
57. L'AGENDA DI GRAVIDANZA DELLA REGIONE PIEMONTE
Rabacchi G, Poppa G, Ghiotti P, Serafini P, Mollo E, Lisa M
58. MONITORAGGIO DEL DOLORE: UN'APPROCCIO INTEGRATO NELLA REGISTRAZIONE DEI DATI CLINICI PER UN'APPROPRIATA GESTIONE DEI PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO E DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE
Radi M, Cuffari S

59. **L'IMPATTO DI UN RICOVERO OSPEDALIERO SULLA QUALITÀ DI VITA: UNO STUDIO PROSPETTICO**
Re LG
60. PREVENZIONE E MONITORAGGIO DELLE CADUTE IN OSPEDALE. RISULTATI DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ
Reattelli Paglicci L, Casciarri G, Verdelli AM, Zucconi M, Pioppo M
61. LA CARTELLA ELETTRONICA PER LA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO NEL PAZIENTE RICOVERATO
Santi R, Davio P, Stornino F, Desperati M
62. **L'USO DELLE RISORSE ON LINE PER LA RICERCA DI INFORMAZIONI CLINICHE DA PARTE DEGLI INFERMIERI**
Scacchetti D, Ferri P
63. IMPLEMENTAZIONE DI METODI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI LA CONTENZIONE FISICA: INDAGINE PILOTA
Sciacca S
64. PROPOSTA DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA CLINICAL GOVERNANCE DEL RISCHIO INFETTIVO IN CHIRURGIA
Silvestri A, Giuliani A
65. COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE
Stornelli M, Mattei M, Salvini A, Angelucci L, Montagliani A, Contestabile MP, Di Carlo L, Finucci B
66. LO SVILUPPO DI UNA CULTURA ORIENTATA ALLA RICERCA E ALL" EVIDENCE-BASED PRACTICE" FRA GLI INFERMIERI
DELL'ISTITUTO ONCOLOGICO DELLA SVIZZERA ITALIANA (IOSI)
Valcarengi D, Bianchi M
67. APPROPRIATEZZA DELL'USO DELL'OSPEDALE: TECNOLOGIE A SUPPORTO DEI REPARTI PER GLI ESAMI DI LABORATORIO
Vincitorio D, Busco F, Serenella D

1. LA GESTIONE INTEGRATA E CONDIVISA DELLE MALATTIE TIROIDE: MMG, TEAM ENDOCRINOLOGICO ED UTENTE IN CARICO

Agrimi D, Mazzotta AM, Morgillo M, Rollo R

Azienda Sanitaria Locale Brindisi

BACKGROUND Con lo scopo di migliorare l'efficienza dell'apparato di offerta, ridurre i tempi d'attesa, favorire un processo d'integrazione tra le figure operanti nel territorio e realizzare una reale alternativa alla ospedalizzazione nel Distretto Socio-Sanitario di Mesagne si è proceduto ad avviare un "percorso dedicato alla diagnosi ed alla cura delle malattie tiroidee". Il progetto, orientato ad una Gestione Integrata e Condivisa delle Malattie Tiroidee, è stato sviluppato con i referenti FMMG e SNAMI del territorio e si articola su tre snodi fondamentali: 1) Un documento d'intesa sull'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle patologie tiroidee (AP) 2) Le Prestazioni Diagnostiche Programmate (PDP) 3) Il Counselling Ambulatoriale (CS IN/CS OUT).

OBIETTIVI Attraverso un documento d'intesa sull'appropriatezza prescrittiva nell'ambito della patologia tiroidea sono state definite le categorie cliniche che rientrano nelle visite endocrinologiche classificabili come "non differibili" (VEND) ed i parametri del compenso endocrino a medio/lungo termine (12/18 mesi).

METODI Prime visite endocrinologiche non differibili: gestione diretta. Le VEND sono distinte di 4 categorie disfunzionali: I. Sospetto diagnostico per ipotiroidismo subclinico in gravida, scompenso cardiaco e dislipidemia (TSH < 10 µU/ml, FT4, FT3 nel range di normalità) II. Sospetto diagnostico di ipotiroidismo clinico (TSH > 10 µU/ml e/o FT4, FT3 inferiori al range di normalità) III. Sospetto di ipertiroidismo subclinico in presenza di aritmia cardiaca (TSH ≤ 0.1 µU/ml FT4, FT3 nel range di normalità) IV. Sospetto di ipertiroidismo franco (TSH < 0.1 µU/ml FT4, FT3 superiori al range di normalità). Il MMG procede alla selezione ed alla segnalazione della VEND attraverso una scheda predefinita da far pervenire al numero di fax attivo in ambulatorio. Sarà cura del team endocrinologico (TE) contattare il paziente per comunicargli la data di visita, esauendo la richiesta del MMG entro un tempo massimo di 20-30 giorni. Accessi successivi alla prima visita: gestione diretta. L'accesso successivo alla prima visita, finalizzato al completamento del quadro diagnostico, nonché alla definizione ed alla motivazione al programma di cura e dei relativi controlli, si presta ad una gestione diretta dell'agenda ambulatoriale con PDP. Per la gestione diretta degli accessi successivi alla prima visita si intende la possibilità di disporre di appuntamenti necessari a concludere l'inquadramento clinico del paziente (entro i tre mesi dalla prima visita) ed alla rivalutazione di condizioni di compenso endocrinologico instabile o eventi clinici intercorrenti (es. gravidanza). Il CS (telefonico/fax). I pazienti con patologia tiroidea disfunzionale in carico all'ambulatorio di endocrinologia, che presentino un controllo endocrino instabile, possono accedere direttamente al counselling ambulatoriale specialistico. Il counselling telefonico/fax consente di soddisfare le necessità di riferimento e di supporto del malato cronico, soprattutto quando, nelle condizioni stabilizzate, si prospetta un intervallo di rivalutazione clinico-ecografica che superi 12-18 mesi.

RISULTATI Il distretto socio-sanitario di Mesagne comprende 9 Comuni con circa 106.270 abitanti (ISTAT, dicembre 2009). La statistica delle prestazioni endocrinologiche, prime visite endocrinologiche (PVE), visite endocrinologiche di controllo (VEC), ecografie tiroidee (ET), agoaspirati tiroidei (AG) ed alcolizzazioni tiroidee (ALC), contabilizzate nei 7 centri di erogazione distrettuale (Erchie, Latiano, Mesagne, San Donaci, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, Torre Santa Susanna) nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2009 ed il 31 dicembre 2009 è stata pari a 7286, con un 94.8% di autoconsumo. Dal gennaio 2009, la programmazione dell'attività presso l'Ambulatorio di Endocrinologia con sede in San Pietro Vernotico, è stata distinta in attività con prenotabilità CUP (CUP, 67%), ineliminabile per le priorità cliniche, ed attività in gestione integrata e condivisa (GIC, pari al 33%). Il numero totale di prestazioni erogate nel corso dell'anno 2009 è stato pari a 5.298, di cui il 44% è stato sostenuto in gestione ordinaria (PVE, VEC, ET, AG, ALC) ed il 56% GIC (PVEND, VEC, ET, CS IN, CS OUT). Nel complesso esse rappresentano il 47,7% delle 7286 prestazioni distrettuali contabilizzate. La GIC è caratterizzata dal 16.1% di prime visite endocrinologiche non differibili (PVEND), dal 50.6% di visite endocrinologiche di controllo (VEC) e dal 33.2% di ecografie tiroidee (ET). Il 20,2% è costituito da richieste di counselling (CS IN), di cui il 7.7% ha necessitato di rivalutazione diretta ambulatoriale ed il 12.5% è stato soddisfatto dal CS OUT.

CONCLUSIONI La GIC e il counselling ambulatoriale non incidono sul totale delle prestazioni distrettuali contabilizzabili, realizzano la soddisfazione di prime visite endocrinologiche non differibili e attivano un processo di cura a distanza, che offre ampie garanzie di efficacia e sicurezza clinica. Gli elementi di criticità sono dati dalla necessità di superare il microsistema, implementare la metodologica e individuare precisi indicatori di risorse, di processo e di outcome, anche economico, che ne consentano il monitoraggio. La GIC tra medico di medicina generale, team endocrinologico ed utente in carico potrebbe rappresentare un modello di assistenza ideale per le malattie tiroidee e, più in generale, per tutte le endocrinopatie croniche.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Agrimi Daniela	Istituzione	Azienda Sanitaria Locale Brindisi
Telefono	0831 670251	Indirizzo	Via Lecce, 246
Fax	0831 670251	CAP	72027
E-mail	dr.agrimi@libero.it	Città	San Pietro Vernotico

2. ANALISI, METODI, BISOGNI DELLE RISORSE ASSISTENZIALI: PROGETTO A.M.B.R.A.

Andreula S¹, Marseglia C²

¹Collegio IPASVI Bari, ²Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari

BACKGROUND La previsione del fabbisogno di personale infermieristico, nella realtà italiana, è regolamentata dalle leggi dello Stato, dai contenuti dei contratti di lavoro e dalle leggi regionali. Il dato più significativo di evoluzione normativa del sistema di gestione del personale è dato dal passaggio dal concetto di pianta organica a quello di definizione di fabbisogno di personale disposto dal D. Lgs n. 29/93, più volte modificato ed integrato, che fissa l'obbligo di definire il fabbisogno di personale attraverso la rilevazione del carico di lavoro. La Regione Puglia non definisce un coefficiente minimo obbligatorio, ma indica i parametri di riferimento di cui tenere conto in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale; per posizione funzionale; per qualifica.

OBIETTIVI Al fine di quantificare e "qualificare" la perenne carenza degli infermieri nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari il Collegio IPASVI di Bari ha costituito un gruppo di lavoro, composto da operatori sanitari dell'Azienda con un mandato chiaro: progettare un modello possibile per determinare il fabbisogno di risorse infermieristiche in una Azienda complessa e specialistica, coniugando le variabili organizzative e strutturali che caratterizzano ciascuna Unità Operativa e l'infermieristica espressione di autonomia decisionale e responsabilità in tutti gli aspetti dell'attività assistenziale, con un duplice obiettivo: 1. da un lato, mantenere e migliorare la situazione attuale del personale, colmando tempestivamente i vuoti che si verificano; 2. dall'altro, prevedere le future esigenze di personale in relazione ai piani di sviluppo dell'azienda e predisporre le azioni opportune per non trovarsi impreparati. Il fine di questo agire è disporre con continuità di personale adeguato per quantità e qualità alle necessità dell'azienda e prevenire situazioni di carenza o di eccesso come quelle sperimentate nell'ultimo decennio a carico di alcune categorie professionali.

METODI Il gruppo di lavoro ha effettuato una approfondita ricerca bibliografica consultando testi specialistici cartacei e digitali scartando i lavori con il criterio del tempo che, se da un lato è un parametro di utilizzo trasversale, dall'altro è un parametro critico perché non può pesare la complessità assistenziale di ogni persona presa in carico e non recepisce il profilo dell'infermieristica. Sono stati considerati per la strutturazione del progetto AMBRA le indicazioni derivanti da due fonti: linee di indirizzo sulla definizione del fabbisogno della risorsa infermieristica definite dalla Regione Umbria con delibera n.1972 del 15/12/2004; indicazioni derivate da uno studio californiano pubblicate sul Sole 24 Ore Sanità del 26/2/2008.

RISULTATI È stata una ricerca complessa e articolata, che ha fotografato l'attuale situazione del numero di infermieri presenti per turno continuo e turni diurni nelle 60 Unità Operative dell'Azienda. Da tale ricerca risulta che i livelli minimi standard di infermieri sul totale di 1151 posti letto del Policlinico di Bari denunciano una carenza di 531 unità infermieristiche per i turni continui e 280 unità per i turni diurni. Se poi si dovessero assumere i valori consigliati dalla Regione Umbria, lo scostamento dalla situazione attuale sale a 853 unità infermieristiche mancanti per i turni continui e 573 per i turni diurni.

CONCLUSIONI Applicando nella pratica questa formula probabilmente emergerebbe in molte realtà ospedaliere la necessità di un forte adeguamento aggiuntivo delle presenze infermieristiche. Ovviamente preoccupano i costi, ma a questo proposito è bene ricordare che dalla letteratura emerge la correlazione tra: frequenza con cui si verificano gli errori in Sanità e la carenza di personale infermieristico. Il modello elaborato va inteso in senso non rigido, in quanto l'impostazione che lo sostiene è adattabile in funzione delle articolazioni organizzative di ogni azienda sia territoriale che ospedaliera tenuto conto dei modelli organizzativi e i livelli assistenziali da garantire.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Marseglia Carmela	Istituzione	Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Bari
Telefono	080 5595606	Indirizzo	Piazza Giulio Cesare, 11
Fax	080 5593664	CAP	70124
E-mail	qualita.poliba@libero.it	Città	Bari

3. IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9001 DI UNA SEZIONE DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Angelini C, Bonetti L, Ledonne G

Azienda Ospedaliera Polo Universitario Luigi Sacco, Milano

BACKGROUND La certificazione attraverso il sistema UNI EN ISO 9001 è riconosciuto in letteratura come un metodo valido per migliorare la qualità di un servizio. Esso permette di standardizzare i comportamenti delle figure coinvolte nei processi lavorativi, rendere esplicite e chiare le diverse attività e le responsabilità correlate.

OBIETTIVI Descrivere il percorso di creazione di indicatori per la certificazione UNI EN ISO 9001: 2000 della sezione del Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) dell'Ospedale L. Sacco, Università degli Studi di Milano.

METODI Il processo di certificazione UNI EN ISO 9001:2000 è iniziato a marzo 2008. La Direzione ha approvato il progetto che è stato inserito quale obiettivo di qualità, nel budget 2008. Il progetto di implementazione del Sistema di Gestione per la Qualità è stato attuato secondo una precisa pianificazione delle attività e delle responsabilità, con il coinvolgimento di tutti gli operatori e con il supporto dell'UO Sistema Qualità Aziendale, con cui sono stati organizzati incontri di pre audit e verifica con il Responsabile Qualità aziendale. È stata attuata una mappatura dei processi principali di cui il CLI è responsabile, con identificazione delle attività e delle specifiche responsabilità, nelle diverse fasi dei processi. È stata condotta un'analisi del sistema cliente-fornitore con identificazione delle esigenze degli studenti, quali clienti primari del CLI e dei requisiti che devono essere richiesti ai docenti e ai servizi centrali universitari, quali fornitori di prestazioni, fondamentali per garantire la qualità del servizio. Sono stati creati quindi indicatori specifici per il controllo e la gestione dei processi. Il 1 dicembre 2008 è stata rilasciata la certificazione dall'ente esterno preposto. L'ente di certificazione ha suggerito di rivedere gli indicatori e precisare i processi con alcune istruzioni operative. Durante il mese di gennaio 2009, in un incontro con il Responsabile Qualità aziendale sono stati chiariti alcuni dubbi sulla costruzione degli indicatori, gestione della modulistica, istruzioni operative, su cui intervenire progressivamente nel processo del sistema sino a quel momento messo in atto. Il cruscotto degli indicatori è stato interamente rivisto e suddiviso in indicatori di attività, efficacia di apprendimento, efficacia organizzativa, qualità percepita, esito, monitoraggio post laurea. A giugno 2009 vi erano già rilevazioni semestrali, che testimoniavano il buon andamento dei processi. Durante il 2010 tutto il personale del CLI ha continuato ad implementare e migliorare il sistema gestione qualità, al fine di garantire una completa rintracciabilità e documentazione di quanto effettuato. La documentazione è stata aggiornata secondo le norme UNI EN ISO 9001:2008 nel 2010. Confermata certificazione dall'ente esterno il 13.10.2010. In totale nel 2010 sono stati revisionati 14 documenti (8 processi, 3 istruzioni operative e 3 moduli nuovi). Nella rete intranet aziendale sono ad oggi disponibili n. 55 documenti.

RISULTATI Creazione di un ambiente lavorativo favorevole e ricettivo al cambiamento e alle logiche di qualità. Revisione e specifiche di alcuni processi formativi. Creazione di n. 29 indicatori. Eccone alcuni esempi: • indicatori di attività: n. medio di laureati/anno, media n° appelli per superare esami, tasso ripetenti. Di attività: n. medio di laureati/anno, media n° appelli per superare esami, tasso ripetenti; • Efficacia organizzativa: n° esami rinviati senza preavviso, n. incontri individuali per laureandi, n° reclami degli studenti, n. medio/annuo incontri tutoriali/studente; • qualità percepita dagli studenti: valutazione lezioni, valutazione tirocinio, valutazione accoglienza studenti 1° anno; • Indicatori di esito: tasso abbandono, voto di laurea medio/AA; • Monitoraggio post laurea: tempo medio per primo impiego post laurea. In base ai dati di confronto citati nella sezione limiti, ottenuti dalle altre sezioni di corso sezioni CLI dell'Università degli Studi di Milano, possiamo affermare che la nostra sezione ottiene un ottimo risultato. Ad esempio l'indicatore valutazione delle lezioni espresso dagli studi.

CONCLUSIONI Con la certificazione si è cercato di istituire un sistema in cui la qualità significasse non solo parole ma fatti misurabili, con cui valutare il risultato dei processi formativi, attraverso indicatori specifici. Tutto il sistema è orientato alla cura dell'aspetto didattico-pedagogico ed è centrato sulla persona/studente. Gli indicatori creati hanno reso possibile monitorare la qualità del servizio erogato e raccogliere dati in modo strutturato, dati che altrimenti sarebbero andati persi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bonetti Loris	Istituzione	Azienda Ospedaliera Polo Universitario Luigi Sacco
Telefono	02 50319890	Indirizzo	Via G.B. Grassi, 74
Fax	02 50319894	CAP	20157
E-mail	bonetti.loris@hsacco.it	Città	Milano

4. L'ESPERIENZA DELLA TERAPIA INFORMATIZZATA AL LETTO DEL PAZIENTE

Baccan A, Colombo D

Azienda ULSS14 Chioggia

BACKGROUND Il miglioramento continuo della qualità, della sicurezza e la gestione del rischio (meglio conosciuto come risk-management) del paziente e dell'operatore sono aspetti fondamentali dell'organizzazione delle aziende sanitarie del Veneto. Ottenere elevati livelli di qualità nella cura del malato non è semplice, infatti, mentre il malato spesso associa la parola qualità alla rispondenza tra l'atteso e l'osservato, dal punto di vista tecnico-sanitario il medesimo concetto è legato inequivocabilmente all'uso efficace ed efficiente delle tecnologie e alla razionale valutazione degli esiti. Allo stesso modo è bene evidenziare che dal lato dell'organizzazione, la qualità si misura attraverso il monitoraggio e l'ottimizzazione dei processi che portano alla promozione di elevati standard di assistenza e alla creazione di un ambiente in cui l'eccellenza clinica possa diffondersi. La Regione Veneto, con Delibera n° 3645 del 19.11.2004 ha approvato il Progetto "Informatizzazione della terapia farmacologia in ospedale e delle prescrizioni di farmaci sul territorio" e ha indicato chiaramente come l'innovazione tecnologica sia uno dei principali mezzi per il raggiungimento degli obiettivi primari descritti in premessa: il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni, tramite la riduzione degli errori farmacologici, il controllo e la riduzione delle scorte di reparto, l'istituzione di un Osservatorio Regionale finalizzato al confronto dei diversi comportamenti prescrittivi e alla conoscenza dell'incidenza della spesa farmaceutica in alcuni DRG, la condivisione delle informazioni, il miglioramento dei comportamenti, l'analisi dei dati. L'Azienda U.L.S.S. n.14 ha aderito con convinzione al progetto della Regione e sta completando, dopo una prima fase sperimentale, la diffusione del progetto a tutto l'Ospedale, proponendosi la drastica riduzione della carta, la razionalizzazione della spesa farmaceutica, l'adozione di nuovi modelli organizzativi e di nuovi stili professionali ottenendo la riduzione dell'errore dalla prescrizione alla somministrazione, nonché di gestire in maniera ottimale le scorte e i magazzini di reparto con ricadute dirette sui costi sostenuti dall'Azienda: la sperimentazione ha confermato che le diminuzioni delle spese farmaceutiche di reparto oscillano dal 10% al 40%.

OBIETTIVI - Gestione del rischio clinico tramite una riduzione degli errori potenziali di varia natura (di prescrizione, di trascrizione/interpretazione, di distribuzione e di somministrazione) nelle diverse fasi, indirizzando il percorso verso un miglioramento del grado di sicurezza dell'operatore e del paziente; - Efficacia del sistema di gestione del rischio clinico secondo tre elementi: 1. il cambiamento della concezione di errore non più visto come fallimento individuale ma come occasione di miglioramento per l'intera organizzazione; 2. l'adozione di strumenti idonei per la rilevazione, l'analisi dei rischi e per il loro trattamento e monitoraggio nel tempo; 3. la creazione di soluzioni organizzative ad esso orientate; - Miglioramento della fase prescrittiva della terapia farmacologica che deve essere completa, chiara (sia graficamente che nel contenuto), tracciabile ed in forma scritta; - Miglioramento della fase somministrativa della terapia farmacologia che deve essere unitaria, sequenziale, cronologica, documentata e con chiara identificazione del paziente; - Miglioramento nei processi organizzativi; - Riduzione graduale, ed ottimizzazione, della spesa farmaceutica.

RISULTATI Raggiungimento della "regola delle 6 G": - GIUSTO PAZIENTE: il paziente viene identificato mediante procedura informatica tramite un bracciale recante un codice a barre che traduce il numero di episodio. - GIUSTA VIA DI SOMMINISTRAZIONE: tutte le vie di somministrazione possono essere selezionate singolarmente. Tramite colori diversi si distinguono la prescrizione dalla somministrazione ed è possibile visionare e selezionare la terapia giornaliera, settimanale e mensile. - GIUSTO FARMACO: il carrello utilizzato per la distribuzione delle terapie è stato organizzato secondo la via di somministrazione. Quando l'infermiere somministra può scaricare l'avvenuta somministrazione sia tramite lettura del codice minsan, sia tramite lettore ottico che manualmente. L'avvenuta somministrazione permette lo scarico del farmaco dall'armadio di reparto, per quanto riguarda compresse e fiale, mentre per sciroppi e gocce si ha lo scarico della confezione nella prima apertura. - GIUSTA DOSE: già in fase di elaborazione del programma sono stati codificati acronimi e dosi. - GIUSTA ORA: il programma non permette uno scarico di avvenuta somministrazione oltre l'ora stabilita dalla prescrizione: è stato impostato un lasso di tempo massimo di due ore. - GIUSTA REGISTRAZIONE: l'avvenuta somministrazione viene effettuata di routine con lo scarico del farmaco. Si ottiene la tracciabilità con il nome di chi somministra e a che ora.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Baccan Antonio	Istituzione	Azienda ULSS n.14 Chioggia
Telefono	041 553111	Indirizzo	Via Madonna Marina, 500
Fax	041 5591700	CAP	30015
E-mail	abaccan@asl14chioggia.veneto.it	Città	Chioggia

5. QUALI STRUMENTI PER VALUTARE LA COMPETENCE PROFESSIONALE? L'ESPERIENZA DELL'U.O. CORELAB LAB. UNICO DI AREA VASTA ROMAGNA

Baldrati L, Dorizzi RM, Vascotto L

ASL Cesena

BACKGROUND Le risorse umane e la loro preparazione professionale sono alla base di qualunque organizzazione. Il Governo Clinico nelle aziende sanitarie è una strategia che ha fra i suoi obiettivi il favorire la creazione di un ambiente che permetta l'espressione ed il mantenimento dell'eccellenza professionale. Le organizzazioni mediche così come gli enti di accreditamento/certificazione in USA ed in UK focalizzano la loro attenzione nel rinforzare il ruolo della Competence professionale nel miglioramento della qualità assistenziale. Anche i Requisiti specifici per l'accreditamento istituzionale delle strutture di Patologia Clinica (Laboratorio Analisi) definiti in Emilia Romagna attribuiscono correttamente grande rilevanza al ruolo della competence professionale. Il requisito specifico n.2785 recita "Il responsabile dell'U.O. deve dotarsi di strumenti atti a verificare, in base alle esigenze specifiche ed in ragione dei livelli tecnico-assistenziali che deve garantire, che gli operatori sanitari abbiano le conoscenze e le competenze necessarie ad erogare le prestazioni previste nel rispetto di standard operativi definiti". Una volta definita la "Competence Professionale" nelle sue dimensioni, conoscenze, competenze, attitudini rimane il problema della valutazione della Competence Professionale. Mentre per i requisiti strutturali tecnologici organizzativi delle organizzazioni sanitarie sono individuabili criteri chiari, risulta problematica la valutazione dello standard di competence professionale richiesto.

OBIETTIVI - Sviluppare strumenti per misurare in modo oggettivo e documentato il livello di competenza del personale Dirigente in servizio presso il Corelab del Laboratorio unico di Area Vasta Romagna necessaria ad erogare le prestazioni previste nel rispetto di standard operativi definiti - Definire criteri di training .

METODI Sono state individuate le attività previste per ogni posizione funzionale dei Dirigenti dell'U.O. Corelab che afferiscono ai settori Ematologia di 1 e 2 livello, Coagulazione di 1 e 2 livello e Citofluorimetria (Stato di Formazione del Personale Dirigente). Per ogni attività sono state individuate le competenze richieste in caso di un percorso formativo da intraprendere (Gestione Addestramento dirigenti). Per quanto riguarda la valutazione, sia in caso di acquisizione di nuove competenze, sia nel caso del mantenimento/miglioramento delle competenze abbiamo considerato che la valutazione sul posto di lavoro (Workplace-Based Assessment) è un aspetto fondamentale di valutazione della Competence, dal momento che permette di valutare i Dirigenti sulle attività che svolgono realmente, integrando la valutazione nella pratica quotidiana. Prendendo spunto dal documento del "The Royal College of Pathologists", sono individuati 3 strumenti di valutazione: • Discussione di Casi Clinici (Case-based Discussion) • Osservazione Diretta di Abilità Pratica (Direct Observation of Practical Skills (DOPS)) • Informazioni di ritorno multiple (Multi-source feedback) (MSF). Per facilitare l'uso degli strumenti di verifica e valutazione della Competence è stato predisposto un apposito Form (Valutazione Formazione). Abbiamo quindi individuato dei criteri di valutazione: quali strumenti di verifica e per ognuno un numero minimo di strumenti di valutazione da applicare, sia in caso di nuove attività sia per il mantenimento/miglioramento della Competence.

RISULTATI La modulistica predisposta è stata utilizzata per verificare in maniera quanto più oggettiva possibile e documentata il livello di competenza, sia per l'acquisizione di nuove competenze (Servizio di reperibilità - Coagulazione 2 Livello) sia per il mantenimento/miglioramento delle competenze acquisite. Il Modulo "Valutazione formazione" è risultato, a giudizio dei professionisti che l'hanno utilizzata, semplice e pratico.

CONCLUSIONI Sono fondamentali per la qualità del servizio non solo la formazione e l'aggiornamento ma anche il coinvolgimento e la motivazione di ciascun operatore. Ai professionisti del laboratorio si chiede di completare un processo di formazione finalizzato non solo all'acquisizione della professionalità generica e specialistica, ma anche al conseguimento delle capacità dei dirigenti di essere sempre adeguate alle nuove esigenze, rivedendo, integrando e modificando il proprio bagaglio culturale in modo permanente. Risulta in questa ottica fondamentale rendere la valutazione della Competence professionale una "mission possible" in Medicina di Laboratorio. Il Direttore di Unità operativa ha a disposizione uno strumento per tenere sotto controllo questa attività non solo ai fini delle certificazione e dell'Accreditamento. Gli strumenti di valutazione messi in atto si sono dimostrati utili per definire i livelli di competenza dei professionisti ed individuare e programmare le esigenze formative.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Baldrati Luca	Istituzione	ASL Cesena
Telefono	0547 394835	Indirizzo	Piazza Liberazione, 70
Fax	0547 394801	CAP	47022
E-mail	luca.baldrati@ausl-cesena.emr.it	Città	Cesena

6. LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLE INDICAZIONI PRESCRITTIVE ALLA DIMISSIONE DEL PAZIENTE: L'ESEMPIO DELLE STATINE

Barchielli A, Brocca T, Marseglia AR, Balzi D, Batacchi P, Tosi P

Asl 10 Firenze

BACKGROUND Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Toscana individua l'appropriatezza come la condizione indispensabile per una adeguata programmazione sanitaria che tenga conto sia dei bisogni effettivi e della domanda di salute che dei criteri di sostenibilità economica del sistema sanitario. Un elemento rilevante è rappresentato dalla appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche a livello territoriale. Questo aspetto vede coinvolti in primo luogo i MMG come "prescrittori", ma è però ampiamente influenzata dalle indicazioni date da specialisti e medici ospedalieri alla dimissione dall'ospedale.

OBIETTIVI Descrivere le indicazioni prescrittive date dai medici ospedalieri nella lettera di dimissione e valutare se queste comportano un cambiamento di molecola rispetto al farmaco utilizzato prima del ricovero.

METODI Nel 2010 è stata progressivamente implementata nei 5 ospedali della Asl 10 una cartella clinica informatizzata, con registrazione anche della lettera di dimissione. Questa consente di valutare le indicazioni date dal medico ospedaliero alla dimissione. Mediante un programma di lettura di testi sono state identificati i prodotti commerciali di farmaci della classe delle statine e poi riaggregati per principio attivo. Inoltre, mediante l'uso del flusso informativo dei farmaci erogati dalle farmacie territoriali sono stati valutati i principi attivi utilizzati prima e dopo il ricovero, confrontando l'ultimo farmaco erogato prima del ricovero con il primo erogato dopo la dimissione.

RISULTATI Sono stati valutati 3.224 pazienti dimessi dai reparti di cardiologia (519 pz.) e medicina (2.725 pz.) dei 5 ospedali della ASL 10 nel primo semestre del 2010. Questi rappresentano il 39% del totale dei ricoveri dello stesso periodo (37% per cardiologia, 40% per medicina). La lettera di dimissione indica l'uso di statine per il 23,0% dei pazienti; l'indicazione è molto più elevata tra i dimessi dalla cardiologia rispetto a quelli dalla medicina (61,5% vs. 15,7%) (Tabella 1). È da segnalare però, che data la diversa numerosità della casistica, il 57,2% (427/746) dei pazienti con l'indicazione al trattamento con statine proviene da una medicina ed il 42,8% da una cardiologia (319/746). La indicazione alla prescrizione di statine varia sia tra i 2 reparti di cardiologia (67,0% e 54,9%) che tra i 4 reparti di medicina (dal 7,7% al 20,0%). Tabella 1. Campione studiato, suddiviso per reparto di ricovero e molecola prescritta alla dimissione

Reparti	Pazienti	Indicazione	STATINE	Principi attivi indicati (n° e % totale Statine)
cardiologia A	282	189	67,0	158
cardiologia B	237	130	54,9	70
cardiologia totale	519	319	61,5	228
medicina A	71,5	64	20,1	24
medicina B	7,7	7	22,6	7
medicina C	22,6	7	22,6	7
medicina D	22,6	7	22,6	7
Medicina totale	2.725	427	15,7	262
TOTALE	3.244	746	23,0	490

65,7 130 17,4 120 16,1. In tutti i reparti la molecola più indicata è la Atorvastatina (71,5% in cardiologia vs. 61,4% in medicina), sia pur con considerevoli differenze anche tra reparti della stessa specialità. In cardiologia varia dal 53,8% all'83,6% del totale delle prescrizioni di statine, in medicina varia al 48,0% al 73,6%. Anche la Rosuvastatina viene indicata maggiormente in cardiologia (20,1% vs. 15,5% in medicina), mentre la Simvastatina viene più indicata in medicina (22,5% vs. 7,5% in cardiologia). Anche per queste molecole si osservano considerevoli variazioni tra i reparti di una stessa specialità. È infine da segnalare che a 5 pazienti sono state prescritte altre statine (Fluvastatina e Pravastatina). In 444 dei pazienti con indicazione all'uso di statine nella lettera di dimissione è stato possibile confrontare la molecola utilizzata prima e dopo il ricovero. Nei ricoverati in cardiologia la terapia è stata confermata nel 77-78% dei casi, in quelli in medicina nel 75-84% dei casi. Lo shift verso l'Atorvastatina si è osservato nel 14-20% dei ricoverati in cardiologia e nel 4-21% di quelli in medicina. Lo shift verso la Rosuvastatina è stato più modesto (5,4% complessivamente).

CONCLUSIONI Lo studio dimostra l'importanza dei dati informatizzati della lettera di dimissione per fornire un primo quadro descrittivo delle indicazioni terapeutiche fornite ai MMG. I risultati mostrano che l'Atorvastatina è la molecola più frequentemente indicata sia dalle cardiologie che dalle medicine, e che in larga parte dei casi il ricovero non comporta modifiche nel trattamento terapeutico territoriale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Barchielli Alessandro	Istituzione	Azienda Sanitaria 10 Firenze
Telefono	055 6263690	Indirizzo	Via di San Salvi, 12
Fax	055 6263009	CAP	50135
E-mail	alessandro.barchielli@asf.toscana.it	Città	Firenze

7. HTA DEI MARKERS CARDIACI: IMPLEMENTAZIONE PRATICA

Bartoccioni F, Brocchetti P, Pugliese A, Cianetti A, Tanzi P, Amoddeo CE

Ospedale San Camillo-Forlanini, Roma

BACKGROUND Il bisogno di elaborare diagnosi rapide ma sicure per prestare cure appropriate e tempestive al malato che manifesta presentazioni cliniche della sofferenza cardiaca, ha indotto l’Azienda Ospedaliera S.Camillo-Forlanini ad esaminare il proprio pacchetto di prescrizione dei markers cardiaci nella diagnosi di patologie che interessano pazienti con dolore toracico. Quanto sopra, anche a fronte della recente introduzione di una nuova tecnica biochimico-clinica, che ha garantito un aumento di sensibilità del dosaggio della Troponina I.

OBIETTIVI Con questo lavoro si è verificata l’appropriatezza delle prescrizioni biochimiche nel paziente con la presentazione clinica del dolore toracico in Pronto Soccorso. In particolare, sono state analizzate il dosaggio di Troponina I, CPK e Mioglobina, fondamentali per dedurre il rischio di gravi patologie cardiache. Lo studio ha permesso di esaminare le inapproprietezze e sottoporre al vaglio critico la possibile dispersione delle risorse.

METODI Abbiamo creato un “cruscotto”, costituito da una tabella che incrocia le raccomandazioni associate a ciascuna presentazione clinica con le prescrizioni per la stessa. La tabella riporta sulla prima colonna le presentazioni cliniche e, sulla prima riga gli esami più comunemente prescritti, tra cui il dosaggio della Troponina I, del CPK e della Mioglobina. All’incrocio di ogni riga-colonna è riportata una “x” solo nel caso vi sia indicazione clinica basata su linee guida, completata talvolta da una nota con specifiche indicazioni all’esame. Un elevato numero di prescrizioni relative ad una presentazione clinica cui è associata una bassa o nulla raccomandazione, rivela un uso inappropriato dell’esame, come si è verificato nel caso della Mioglobina. Si è ritenuto, quindi, opportuno rimuovere l’esame stesso dal pacchetto preformato del Pronto Soccorso ed effettuare una valutazione dell’impatto dell’intervento correttivo tramite l’analisi delle richieste dei principali esami, ante- e post- intervento.

RISULTATI Nonostante la rimozione dell’esame della Mioglobina dal pacchetto preformato del Pronto Soccorso per i pazienti con dolore toracico, e la conseguente diminuzione del numero di richieste registrate, l’intervento non ha sortito alcun impatto clinico, come confermato dall’analisi statistica effettuata. Al contrario, non si è registrato alcun calo delle richieste del dosaggio di Troponina I, indicativo della sostanziale stabilità numerica dell’accesso ai test per dolore toracico. Si è riportato pertanto un aumento dell’appropriatezza prescrittiva dei singoli esami diagnostici e una riduzione delle prescrizioni inappropriate di Mioglobina.

CONCLUSIONI La rimozione del dosaggio di Mioglobina dal pacchetto preformato del Pronto Soccorso senza la sua rimozione dagli esami possibili, ha portato ad una riduzione notevole della richiesta di esami inappropriati. La stima della riduzione dei costi inappropriati e quindi del risparmio economico annuale risulta rilevante.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Ospedale San Camillo Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	fbartoccioni@scamilloforlanini.rm.it	Città	Roma

8. ALLESTIMENTO ROBOTIZZATO DELLE PREPARAZIONI ANTIBLASTICHE, INTEGRATO IN UN PERCORSO ONCOLOGICO TOTALMENTE GESTITO

Beltramini S, Grassi MA, Chirico M

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

BACKGROUND In IST è stato realizzato un sistema informatizzato che consente la gestione dell'intero percorso del paziente oncologico in terapia, dalla fase di identificazione alla prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci antiblastici e terapie ancillari. Il sistema fornisce supporto alla fase di identificazione del paziente attraverso lettura ottica della tessera sanitaria e stampa di codice nosologico su braccialetto, da leggere in fase di somministrazione. A seguito di analisi ematiche e visita oncologica viene prescritta, su postazioni informatiche ambulatoriali, la terapia ed inviata all'UFA della farmacia (Unità Farmaci Antiblastici) per la valutazione dell'appropriatezza e la validazione. Il foglio di preparazione, stampato dal sistema, guida l'allestimento sotto cappa della terapia che viene inviata in DH. La somministrazione avviene in modalità controllata utilizzando postazioni mobili (basate su notebook e lettori di codici a barre) che consentono la verifica della corrispondenza tra paziente e terapia prescritta.

OBIETTIVI Nel percorso totalmente gestito, rimanevano criticità legate alla soggettività dell'operatore nell'ambito dell'allestimento del farmaco, in particolare nella corretta identificazione e tracciabilità dei volumi prelevati. Il problema è stato affrontato attraverso la recente acquisizione di un sistema automatizzato di preparazione del farmaco (APOTECACHemo di Loccioni, vedi www.apoteca.it).

METODI I farmaci antiblastici sono farmaci a basso indice di maneggevolezza. Le terapie personalizzate con un numero elevato di protocolli, moltiplicano la possibilità di errore e tali farmaci espongono ad un elevato rischio professionale gli operatori nella fase di preparazione. Per gestire i problemi sopracitati, è stato acquisito il sistema APOTECACHemo. Si tratta di un sistema di allestimento chiuso, basato su un braccio robotizzato antropomorfo che lavora in atmosfera controllata ed è capace di riconoscere in modo univoco i principi attivi, di pesarli, di ricostituire farmaci in polvere, dosare i singoli componenti e allestire le terapie finali in siringhe, sacche ed elastomeri. Il sistema gestisce in modo automatico lo smaltimento dei rifiuti in contenitori certificati ed ermeticamente chiusi. Il sistema è gestito da un software dedicato che presiede a tutte le attività di carico, preparazione, scarico e validazione finale del preparato, che è stato interfacciato con il sistema prescrittivo pre-esistente, costituendo un unicum, che presiede a tutte le fasi della terapia. Il farmacista sceglie quali preparazioni inviare al robot e quali inviare alla cappa.

RISULTATI Il numero totale di preparazioni/anno è pari a circa 20000. Il sistema robotizzato è entrato in produzione a metà novembre e gestisce attualmente circa il 40% delle preparazioni. La prescrizione, validata dal farmacista, viene trasmessa dal sistema informativo al sistema di gestione della macchina, che elabora una lista di materiali da caricare e la propone all'operatore. L'operatore provvede al carico del materiale, in modalità guidata. Il sistema controlla il materiale caricato attraverso sensori ottici e lettura dei codici a barre. I materiali non correttamente riconosciuti vengono rifiutati e scaricati dall'operatore. La preparazione avviene in ambiente controllato attraverso un dosaggio volumetrico del farmaco e del solvente e i relativi controlli gravimetrici, in accordo con la Farmacopea Europea (doppio controllo). La validazione del prodotto finale avviene attraverso lettura del codice a barre. Il software calcola la percentuale di errore del dosaggio e chiede l'accettazione da parte dell'operatore. Il robot è stato inserito nel sistema complessivo senza richiedere modifiche all'organizzazione dei reparti clinici e della farmacia, conseguendo l'obiettivo di completare la tracciabilità del farmaco e della sua preparazione in un ciclo totalmente gestito dal punto di vista del rischio clinico. Il robot ha richiesto per la sua messa in opera circa un mese di tempo.

CONCLUSIONI IST ha realizzato un modello organizzativo che pone al centro il paziente oncologico e si pone come obiettivo la riduzione di errori attraverso la gestione totalmente informatizzata dei dati relativi al paziente e alla prescrizione, preparazione e somministrazione delle terapie antiblastiche. L'adozione di un sistema robotizzato per l'allestimento delle terapie ha completato la realizzazione di tale percorso garantendo la tracciabilità, l'accuratezza, la precisione e la ripetitività della preparazione, non più legata alla soggettività dell'operatore.

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	16132
E-mail	sabrina.beltramini@istge.it	Città	Genova

9. CAUSE DI ERRORE IN RADIOLOGIA TORACICA

Bertuzzi L, Marchi M, Stasi G

AUSL Bologna

BACKGROUND L'esame radiologico del torace rappresenta un'indagine molto richiesta dai medici curanti, di semplice e rapida esecuzione e molto preziosa per la qualità e la molteplicità di informazioni che è in grado di fornire. Tuttavia la metodica è, tuttora, gravata da importanti errori metodologici ed interpretativi che spesso sono fonte di conclusioni diagnostiche errate.

OBIETTIVI Lo studio ha avuto una importante finalità formativa, rappresentata dalla possibilità di identificare, classificare e ricercare le più comuni cause di errore in Radiologia toracica e proporre alcune ipotesi di soluzione.

METODI Nello studio è stato considerato il volume prestazionale annuo di esami radiologici del Torace (circa 3200 esami), effettuati presso l'ospedale Bellaria; in particolare, di questi studi sono stati analizzati: la tecnica e metodica di esecuzione la loro conformità alle linee guida europee la correttezza della diagnosi radiologica.

RISULTATI Le cause di errore più importanti sono state suddivise in 3 gruppi: 1. limiti della metodica 2. insidie interpretative e pseudo errori 3. errori veri e propri e loro cause. Sono state proposte alcune soluzioni.

CONCLUSIONI La verifica effettuata ha permesso: • la conoscenza precisa di tutte le variabili tecniche, alcune ignote e sorprendenti, in grado di alterare la corretta ripresa radiografica • l'adozione di una tabella di taratura specifica, per ciascun apparecchio usato • l'utilizzo da parte di tutti i radiologi di una sequenza univoca di valutazioni semiologiche e di identiche espressioni lessicali, allo scopo di rendere universale e riproducibile l'interpretazione diagnostica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bertuzzi Lorenzo	Istituzione	AUSL Bologna
Telefono	051 6225545	Indirizzo	Via Altura, 3
Fax	051 6225736	CAP	40100
E-mail	lorenzo.bertuzzi75@alice.it	Città	Bologna

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA CHECK LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA: NOSTRA ESPERIENZA

Biancani M

AUSL Modena

BACKGROUND Nel 2008 la W.H.O. ha iniziato la promozione e la diffusione del programma “Safe Surgery Saves Lives”, finalizzato a porre attenzione rispetto alla sicurezza in ambito sanitario e facilitare lo sviluppo di azioni volte al miglioramento dei processi di cura in tutti gli stati membri. Lo scopo del programma è di ridurre la mortalità e le complicanze associate alle procedure chirurgiche, attraverso il rispetto di standard minimi di sicurezza definiti in singoli obiettivi all’interno del documento. Questi obiettivi sono stati recepiti dal Ministero della salute che ha emanato il “Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria” (ottobre 2009) e dalla regione Emilia Romagna, in febbraio 2010, nelle “Raccomandazioni per la Sicurezza in Sala operatoria”. In tutti i documenti sopracitati, viene raccomandato l’utilizzo di uno strumento per il controllo e la verifica degli standard di sicurezza, rappresentato dalla “Surgical safety check list”, quale strumento di prevenzione che prevede il controllo delle fasi e dei passaggi critici delle procedure chirurgiche. L’Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena, in collaborazione con l’Azienda sanitaria di Modena, lancia un progetto che si prefigge l’implementazione della check list all’interno delle sale operatorie di tutta la regione E.R., la costruzione di una rete regionale per il monitoraggio e la valutazione delle ricadute sulla sicurezza del processo chirurgico. L’adozione e l’implementazione della check list all’interno della nostra realtà ospedaliera di Vignola, diventa a questo punto un obbligo etico e morale nei confronti dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

OBIETTIVI Aumentare la sicurezza delle procedure chirurgiche attraverso la diffusione delle raccomandazioni e degli standard di sicurezza volti a definire e migliorare i processi pre, intra e post-operatori; Adottare la check list per implementare gli standard di sicurezza in sala operatoria.

METODI Sono stati condotti degli incontri ripetuti sul tema della sicurezza con i professionisti clinici coinvolti (chirurghi ed ortopedici) e con gli infermieri dell’area chirurgica (sala operatoria, reparti di chirurgia, ortopedia e day surgery), per porre le basi di una cultura condivisa su azioni da intraprendere per migliorare il risk management in queste situazioni, coordinati dalla direzione sanitaria aziendale e di stabilimento. Sono stati revisionati tutti i documenti inerenti le principali procedure da utilizzare per permettere una preparazione del paziente all’intervento chirurgico in sicurezza (a titolo esemplificativo: valutazione del rischio trombo – embolico, del rischio emorragico e relativa richiesta di emocomponenti, antibiotico profilassi da eseguire). È stato rivisitato il percorso clinico - assistenziale che il paziente dovrebbe seguire dal momento in cui entra in contatto con le strutture del SSN fino alla sua dimissione. È stata effettuata una revisione di letteratura per cercare di colmare eventuali lacune su procedure e raccomandazioni obsolete, soprattutto in merito alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Contemporaneamente sono stati effettuati degli incontri con i professionisti coinvolti a vario titolo nell’intervento chirurgico in sala operatoria (medici e infermieri) per visionare un video redatto ad hoc per capire come e quando somministrare la check list di sala operatoria.

RISULTATI È stato rivisto e modificato il percorso clinico – assistenziale del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico, in quanto deficitario in alcuni aspetti soprattutto documentali. È stata fatta una revisione delle procedure esistenti e formalizzate quelle non presenti in riferimento agli obiettivi posti dalle Raccomandazioni regionali e dal Manuale della sicurezza in sala operatoria.

CONCLUSIONI La revisione della qualità dell’assistenza erogata in reparti a così alta specializzazione come la sala operatoria ed i reparti chirurgici (più in generale) può indurre a pensare che non ci siano spazi di miglioramento evidenti. Eppure la sicurezza in sala operatoria dovrebbe essere qualcosa da pretendere, data la complessità globale del contesto (dal numero di persone e professionalità coinvolte alle quantità di informazioni richieste, all’elevato livello tecnologico). Molti sono i punti critici del sistema e del percorso del paziente che possono provocare gravi danni (dalla identificazione del paziente alla correttezza del sito chirurgico, ecc.). Nell’ottica di una “presa in carico” del paziente va visto complessivamente il progetto, onde poter assicurare cure più sicure ed evidence based, abbandonando livelli di sicurezza non più condivisibili.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Biancani Maura	Istituzione	AUSL Modena
Telefono	059 777863	Indirizzo	Via Papa Giovanni II
Fax	059 777876	CAP	41058
E-mail	m.biancani@ausl.mo.it	Città	Vignola

11. ISTITUZIONE DI UNA GRIGLIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PSICHIATRICO PER GLI UTENTI IN CARICO AL CSM FINALIZZATA ALL'ADEGUAMENTO DEL PROGRAMMA DI FOLLOW-UP TERRITORIALE

Bisogno A, Gaietta A, Armenante A, Gentile S

ASL Salerno (ex-ASL SA1)

BACKGROUND Una premessa a quanto verrà formulato è l'opportunità di individuare criteri che consentano di graduare l'intensità e il timing dei programmi di intervento territoriale in base alla "valutazione del rischio psichiatrico", che inquadri il paziente secondo specifiche tipologie di rischio.

OBIETTIVI Un primo obiettivo è che le modalità di presa in carico territoriale di pazienti psichiatrici gravi vanno differenziate in base alla fase specifica della patologia (prodromica, subacuta, acuta, post-critica o cronica), alle variabili extra-cliniche ambientali e al grado di funzionamento personale e sociale degli stessi. Contestuale è la pianificazione razionale, condivisa in equipe multiprofessionale, delle attività di monitoraggio territoriale dei follow-up periodici per gli utenti del CSM dell'Unità Operativa di Salute Mentale (UOSM) di Cava de' Tirreni-Costa d'Amalfi - DSM dell'ASL Salerno.

METODI A tal fine è stato predisposto il data-base, prodotto da un gruppo di lavoro ad hoc, che ha raccolto dall'archivio delle cartelle le informazioni di base utili all'individuazione degli utenti in oggetto, per ciascuno dei quali sono stati specificati gli operatori di riferimento (medici, infermieri, etc.), selezionati in relazione alla storicità del rapporto di affidamento e degli ulteriori bisogni, e caratterizzati in termini di "mini-équipe" dedicata. Ad essa compete l'elaborazione della specifica scheda di PTRI recante la rilevazioni dei bisogni e delle criticità, gli specifici obiettivi terapeutico-riabilitativi, le azioni programmate, le modalità e i tempi di realizzazione e verifica, etc., da allegarsi alla cartella clinica, anche al fine del miglioramento della qualità della comunicazione interna al CSM. È stata introdotta una griglia di Valutazione del Rischio Psichiatrico per gli utenti del CSM e la conseguente modulazione dell'intensità dell'intervento territoriale viene determinata in base ai seguenti criteri: • gravità della diagnosi (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS) • fase della malattia a giudizio del clinico (Clinical Global Impression - CGI) • presenza o meno di specifiche dimensioni psicopatologiche, accertate attraverso strumenti di valutazione ad hoc (Osservazione dello Stato Psicico, Emotivo-affettivo e del Comportamento), anche a cura di personale infermieristico dell'UOSM specificamente formato • distanza temporale intercorsa dall'ultimo episodio critico, con o senza ricovero in TSO • fattori di rischio ambientali (Valutazione del Funzionamento Personale e Sociale - PSE).

RISULTATI Il data-base dei pazienti in carico portatori di diagnosi maggiori ha incluso, ad oggi, 1150 cartelle dall'esame di 2256 cartelle territoriali provenienti dall'archivio dell'UOSM, dalle quali ne sono state selezionate 20 per la definizione di schede personalizzate di PTRI, grazie alle quali, a cura delle équipes di riferimento, è stato possibile precisare situazioni tipologiche che possono costituire punti di riferimento operativo per la programmazione dei follow-up territoriali specifici. Tutta l'operatività programmata e le attività di raccordo tra le professionalità presenti nelle équipes territoriali hanno previsto specifiche e regolari riunioni di audit clinico tra gli operatori implicati e con gli operatori del CSM, onde favorire la coerenza di realizzazione ed il costante monitoraggio dei progetti personalizzati per ciascun utente. Ai fini della verifica periodica e della condivisione più ampia degli esiti di tale programma sistematico di seguimiento territoriale degli utenti del CSM, è stato prodotto un primo report trimestrale di aggiornamento dello stato di realizzazione e avanzamento dello stesso, al fine di valutare l'effettiva produttività nell'aver messo in campo un maggior impegno di risorse dedicate e di stimare il vantaggio della formalizzazione del PTRI nella presa in carico da parte dell'équipe curante.

CONCLUSIONI Tale attuazione di programma, rispondendo più pienamente al nostro mandato istituzionale specifico, relativamente alla realizzazione delle attività di prevenzione secondaria e terziaria delle ricadute psicopatologiche e di riduzione/contenimento delle manifestazioni critiche di ordine clinico e socio-relazionale dei nostri utenti, nonché all'adeguatezza dei progetti personalizzati in termini di obiettivi e di risorse impiegate, consentirà di trarre le risultanze produttive attese, fissate anche dal documento di budget dell'UOSM.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bisogno Alfredo	Istituzione	ASL Salerno (ex-ASL SA1)
Telefono	089 4455438	Indirizzo	Piazza Marco Galdi, 1
Fax	089 4455440	CAP	84013
E-mail	alfredo.bisogno@tin.it	Città	Cava de' Tirreni

12. ISTITUZIONE DEL REGOLAMENTO GENERALE DI FUNZIONAMENTO DI STRUTTURA RESIDENZIALE PER PAZIENTI PSICHIATRICI

Bisogno A, Vozzi F, Del Sorbo G, Buondonno L

ASL Salerno (ex-ASL SA1)

BACKGROUND I PP.OO. Salute Mentale nazionale e regionale prevedono che le UU.OO. di Salute Mentale dispongano di Strutture Residenziali al fine di attuare l'intervento terapeutico e riabilitativo di salute mentale nelle sue varie graduazioni ed articolazioni con forme di protezione differenziate e flessibili, in rapporto alle condizioni di salute degli utenti e secondo piani personalizzati d'intervento. Il Regolamento regionale del 2007 definisce i requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime residenziale.

OBIETTIVI La SR "Villa Agnetti" si individua quale struttura socio-riabilitativa facente parte delle articolazioni dell'Unità Operativa di Salute Mentale (UOSM) Cava de' Tirreni del DSM dell'ASL Salerno. Essa si caratterizza per un livello di intensità assistenziale medio-basso e può accogliere fino a 10 ospiti. Le indicazioni legislative prevedono che siano definite le modalità di organizzazione, funzionamento, inserimento e dimissione degli ospiti nelle strutture residenziali e la determinazione di uno specifico Regolamento da parte del DSM aziendale, orientato, tra l'altro, a riconvertire le strutture esistenti in moduli più flessibili che accolgano attività residenziali e semiresidenziali e per programmi riabilitativi personalizzati di durata e complessità variabile.

METODI L'elaborazione del Regolamento di Funzionamento della SR è stata realizzata a partire dalla costituzione di un gruppo di lavoro formalizzato nel 2008, che ha potuto riferirsi alla normativa nazionale e regionale vigente e partecipare a corsi di formazione sostenuti dal DSM avvalendosi del contributo di esperti esterni all'ASL, e a processi di audit clinico con esperti aziendali. La sua stesura definitiva è stata realizzata dopo essere stata sottoposta a revisioni ed integrazioni ulteriori, prodotte attraverso 3 riunioni di consenso, partecipate con gli operatori sanitari dell'UOSM e quelli sociali del Piano di Zona Sociale (PdZ) e adottata, infine, da parte della Direzione del DSM con determina specifica di approvazione ed estensione dello stesso alle altre Strutture.

RISULTATI È stato regolamentato che 8 posti siano riservati per ospiti che svolgono un PTR residenziale a medio-lungo termine (6 m-2 a) e che gli altri 2 posti siano destinati invece ad un ospite in fase di inserimento o di dimissione oppure ad utente del Centro Diurno con specifiche e transitorie esigenze di ospitalità e ad un ospite che necessita di un PTR a breve termine (< 6 m), per necessità di natura preminentemente socio-relazionale o abitativa. La gestione degli ospiti prevede la stretta cooperazione del CDR e del CSM per gli aspetti progettuali, clinici e riabilitativi, avvalendosi anche del contributo di operatori di specifico profilo professionale di cooperative sociali, associazioni professionali ONLUS o di volontariato. Attraverso le articolazioni del Regolamento di Funzionamento sono stati definiti ed esplicitati: 1. i requisiti personali e clinico-disfunzionali per l'ammissibilità degli ospiti; 2. le modalità di inserimento e condivisione del PTRI residenziale; 3. i contenuti informativi previsti dalla domanda di inserimento; 4. le caratteristiche della valutazione iniziale finalizzate alla pianificazione del PTRI, condiviso con l'ospite e i familiari, gli operatori di riferimento del CSM inviante, il MMG e i servizi sociali del Comune di residenza e del PdZ; 5. le aree funzionali oggetto del programma riabilitativo personalizzato, precisandone gli obiettivi, le modalità e i tempi di raggiungimento e le valutazioni periodiche standardizzate di ordine clinico-funzionale; 6. la regolarità del rapporto con le famiglie degli ospiti, quale parte attiva ed integrante del programma riabilitativo; 7. la formalizzazione del rapporto con il MMG rispetto alle esigenze di salute dell'ospite-assistito e alla funzione integrativa al PTRI; 8. la tutela economica degli ospiti e l'orientamento alla gestione responsabile del denaro per le personali esigenze; 9. il progetto di dimissione dalla SR verso altri contesti abitativi, con i caratteri di gradualità, raccordo costante con le figure di riferimento istituzionali e non, di delimitazione temporale, di flessibilità e sostegno.

CONCLUSIONI Le risultanze dell'adozione del Regolamento di struttura si sono potute verificare dal numero di PTRI condotti a termine, dalla formalizzazione del PTRI per ciascun ospite e dalla sottoscrizione partecipata degli stessi da parte delle Unità di Valutazione Integrata socio-sanitarie; dalla capacità di monitorare e contenere i costi di gestione a fronte della piena ricettività della struttura sia per progetti riabilitativi a medio-lungo termine che per programmi sperimentali di ospitalità temporanea, in stretta connessione con il CSM di riferimento e gli altri partner istituzionali e sociali.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bisogno Alfredo	Istituzione	ASL Salerno (ex-ASL SA1)
Telefono	089 4455438	Indirizzo	Piazza Marco Galdi, 1
Fax	089 4455440	CAP	84013
E-mail	alfredo.bisogno@tin.it	Città	Cava de' Tirreni

13. UN MODELLO DI FORMAZIONE SUL CAMPO SULLE TEMATICHE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Bocchetti I, Capuozzo V, Rea T, Totaro AM, Totaro A, Totaro P

Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, Napoli

BACKGROUND L'Ufficio Formazione dell'AOU Federico II, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e le competenze dei propri professionisti sulle tematiche del rischio clinico e delle infezioni ospedaliere, ha avviato, tra il 2009 ed il 2010, un capillare programma di formazione sul campo.

OBIETTIVI Indagare la fattibilità di un processo "a cascata" di formazione a cascata sul rischio clinico e sulle infezioni ospedaliere Indagare l'efficacia di un tale processo sulle procedure oggetto della formazione.

METODI • Elaborazione di 10 procedure per la gestione del rischio clinico e la prevenzione delle ICA, che sono state raccolte in un Manuale Aziendale "ad hoc"; • Corso residenziale di 3 giorni per 50 formatori aziendali, da parte di esperti in gestione del rischio infettivo e metodologie didattiche; • Formazione "a cascata", nei 24 DAS dell'AOU, da parte dei formatori aziendali e distribuzione del manuale di procedure a tutti gli operatori; • Per il 2011, è prevista un'attività capillare di monitoraggio e di valutazione dell'adozione delle procedure promosse.

RISULTATI • I formatori hanno incontrato i colleghi delle unità operative in piccoli gruppi; complessivamente, essi hanno svolto una media di 4 incontri al mese per circa 9 mesi. I partecipanti agli incontri sono stati finora 1962 (sui circa 2700 operatori dell'AOU). Le ore di formazione erogate sono state 992. Sono disponibili i dati relativi alle singole procedure ed a ciascuna Unità Operativa dell'Azienda; • È in corso di progettazione il calendario per il 2011, che prevederà la frequenza di tutti i professionisti agli incontri relativi a ciascuna procedura; • Un gruppo di formatori parteciperà all'esercizio di monitoraggio previsto, nell'ambito di un corso aziendale, che avrà come proprio obiettivo quello di mettere a punto strumenti agili per valutare la qualità degli audit effettuati, l'adozione delle varie procedure e, a più lungo termine, l'impatto della formazione eseguita sulla pratica clinica.

CONCLUSIONI • Nella nostra esperienza una formazione sul campo sulle tematiche in oggetto è possibile, anche in un momento di grave crisi economica della Regione ed in un momento in cui, per le esigenze del Piano di rientro finanziario, il numero di operatori sanitari è notevolmente inferiore agli standard raccomandati; • La valutazione che sarà eseguita nel 2011 ci mostrerà anche se un modello organizzativo, quale quello da noi proposto, è efficiente ed efficace.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Rea Teresa	Istituzione	Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
Telefono	081 7463022	Indirizzo	Via Sergio Pansini, 5
Fax	081 7463022	CAP	80131
E-mail	teresa.rea@unina.it	Città	Napoli

14. VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA RELATIVE ALLA PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA

Bogni D, Bucaneve G, Morcellini R, Truffarelli O, Pioppo M

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND La profilassi antibiotica è oggi da considerare uno degli strumenti codificati ed efficaci per la prevenzione delle infezioni della ferita in chirurgia. La scelta degli schemi e delle modalità di esecuzione devono però tenere conto delle evidenze cliniche oggi disponibili e che sempre più spesso sono riassunte in "linee-guida". Infatti, perché la profilassi sia realmente efficace, è necessario che sia correttamente applicata scegliendo gli antibiotici più appropriati nonché rispettando tempi e durata della loro somministrazione. Presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, è stato eseguito un percorso di validazione interna delle Linee Guida del PNLG sull'Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto – (2008). Le nuove raccomandazioni sono "attive" dal mese di Giugno 2009. Dopo circa un anno dalla loro approvazione, allo scopo di verificare quale impatto le stesse Linee Guida abbiano avuto nelle U.U.O.O. Chirurgiche, è stata organizzata, una valutazione retrospettiva su un campione di cartelle riferite ad interventi chirurgici programmati.

OBIETTIVI 1. Valutare l'accordo con le indicazioni delle linee guida nell'esecuzione della profilassi antibiotica; 2. Implementare contemporaneamente un sistema Aziendale di sorveglianza delle infezioni nosocomiali in chirurgia.

METODI È stata effettuata una revisione delle cartelle cliniche relative agli interventi chirurgici eseguiti nel mese di Febbraio 2010. L'analisi è stata condotta utilizzando come supporto informatico i programmi Microsoft Access, Excel e Word. Per ogni intervento si è proceduto al riscontro dell'avvenuta esecuzione della profilassi antibiotica in accordo con le linee guida approvate dall'Azienda nel Marzo 2009. A questo scopo è stata valutata la documentazione clinica (cartella clinica) disponibile con particolare attenzione a: scheda della terapia, diario clinico medico, scheda anestesiologicala, verbale dell'intervento chirurgico stesso. Per ogni intervento chirurgico esaminato è stata compilata una scheda di raccolta dati specificatamente approntata. In particolare è stato valutato: 1) se la profilassi fosse o meno stata eseguita in accordo con le indicazioni delle linee guida; 2) se, nel caso di esecuzione della profilassi, il farmaco scelto e la posologia utilizzata, fossero quelle indicate dalle linee guida; 3) se e come si era provveduto al rispetto dei tempi di esecuzione della profilassi (30-60 minuti prima dell'intervento). Veniva inoltre valutato se il trattamento antibiotico utilizzato in profilassi era protratto per più giorni dopo l'intervento o comunque se dopo l'intervento era iniziato un ciclo di antibiotico terapia con farmaci diversi da quelli usati in profilassi.

RISULTATI Nel mese di Febbraio 2010, nelle UU.OO. valutate sono stati eseguiti 128 interventi programmati di cui 104 in regime ordinario e 24 in regime di "day surgery". Le cartelle cliniche valide valutate sono state 115, in 50 casi (43%), le linee guida risultavano rispettate mentre nei restanti 65 (57%) i comportamenti non erano conformi. Considerando i 50 casi in cui i comportamenti sono stati conformi alla linea guida, va sottolineato che in 22 casi la profilassi era raccomandata, mentre in 28 casi questa non è stata eseguita in quanto la tipologia d'intervento non lo richiedeva. Al contrario, nei casi in cui le linee guida non sono state applicate correttamente solo in 3/65 casi (29%) la profilassi non è stata eseguita anche se raccomandata. In particolare la principale causa di errore è risultata essere la scelta di un antibiotico diverso da quello previsto (55% dei casi) seguito rispettivamente dal non rispetto dei tempi di esecuzione (40%) e dal dosaggio non adeguato (18%). Nel 30% dei casi, il trattamento veniva comunque proseguito oltre le 24 ore con lo stesso farmaco utilizzato per la profilassi ovvero un antibiotico diverso.

CONCLUSIONI I risultati dimostrano come, in ambito chirurgico, rimane ancora alto il livello di non aderenza alle linee guida della profilassi antibiotica nella chirurgia programmata nella maggior parte delle UU.OO. valutate. Le cause di inapproprietezza sono fondamentalmente riassumibili in due principali categorie di errori: a) errori da non conoscenza/non voluta applicazione delle linee guida; b) errori da non corretta applicazione delle linee guida. Il ricadere in una delle due classi (o in tutte e due) ha avuto risvolti diversi sull'approccio istituito con le UU.OO. da parte della Direzione Sanitaria. Infatti, nel primo caso, è stato necessario ridiscutere in "toto" con gli operatori la proposta della linea guida cercando di individuare se esistano motivazioni concettuali alla sua non applicazione e trovando contemporaneamente possibili soluzioni anche alternative a quelle già proposte ed approvate. Invece, nel secondo caso, si è trattato di definire in maniera più precisa e condivisa percorsi organizzativi comuni che sono concretizzati nella elaborazione, di Istruzioni Operative per la somministrazione dell'antibiotico profilassi nei blocchi operatori. I risultati di questa rilevazione, per quanto limitati, sono stati utilizzati come base iniziale di discussione con tutte le UU.OO. coinvolte.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bogni Donatella	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5781	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5784076	CAP	06156
E-mail	donatella.bogni@ospedale.perugia.it	Città	Perugia

15. IMPARARE DAGLI ERRORI PER ACCRESCERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA

Bogni D, Pioppo M, Zuconi M, Morcellini R, Moretti E, Lucarini G, Severini D, Paglicci Reattelli L

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND La stima della morbosità e mortalità associata all'attività chirurgica, che in Italia rappresenta un terzo della totalità dei ricoveri, giustifica la crescente preoccupazione per il problema della sicurezza dei pazienti e qualità dell'assistenza in ambito chirurgico. Nonostante le difficoltà metodologiche nella misurazione degli eventi avversi correlati agli interventi chirurgici, i risultati degli studi internazionali riportano un'incidenza compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite sui pazienti ricoverati, con un tasso di mortalità compreso tra 0,4% e 0,8%. Quasi la metà di tali eventi avversi sono considerati prevenibili e tra questi la dimenticanza di corpi estranei nel sito chirurgico, che è stimata verificarsi in 1-3 casi per ogni mille interventi. Si è ritenuto quindi necessario attivare nelle sale operatorie dell'Azienda Ospedaliera di Perugia misure preventive per contrastare il verificarsi di tale evento sentinella (materiale estraneo nel sito chirurgico).

OBIETTIVI Diffondere la cultura del rischio clinico e la sicurezza in sala operatoria per migliorare la qualità delle procedure chirurgiche. Far conoscere a tutti gli operatori interessati le nuove istruzioni operative per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.

METODI Durante il percorso di accreditamento che nel 2009 ha interessato il nuovo Blocco Operatorio si è verificato un evento sentinella: "strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure". Il centro di gestione del rischio clinico attraverso la metodologia dell'audit ha evidenziato alcune criticità per la cui correzione, insieme al centro formazione ha realizzato un'apposita Istruzione operativa e un percorso formativo che ha coinvolto tutto il personale afferente al blocco operatorio e ne ha facilitato l'implementazione. L'adesione all'istruzione operativa è stata monitorata attraverso l'osservazione e la verifica della apposita documentazione.

RISULTATI La diffusione della cultura della sicurezza tra gli operatori del blocco operatorio e l'applicazione dell'istruzione operativa nel corso del 2010 ha permesso in tre situazioni di evitare un nuovo evento sentinella.

CONCLUSIONI L'intervento presentato è stato condotto nell'ottica della sperimentazione, negli specifici ambiti assistenziali, di nuovi strumenti per orientare la pratica professionale verso l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Moretti Elide	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5781	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5784076	CAP	06156
E-mail	elide.moretti@ospedale.perugia.it	Città	Perugia

16. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE CADUTE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO (IST)

Bonvento MC, Vassallo F

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

BACKGROUND Le cadute dei pazienti sono tra le principali cause di sinistri denunciati nelle aziende italiane. All'interno del nostro istituto è attiva una sorveglianza dal 2006 per comprendere il fenomeno ed attuare misure di prevenzione. Tutto il personale delle strutture di degenza è stato coinvolto; sono stati programmati dei seminari per incrementare la loro formazione ed informazione rispetto a: - modalità di valutazione del rischio di cadute, - gestione del paziente a rischio, - interventi da adottare in caso di caduta, - comportamenti da tenere per prevenire le cadute, - educazione dei caregivers che prestano assistenza. Inoltre, in itinere si è deciso di attuare una root case analysis all'interno delle strutture, dove si ha avuto un incremento d'incidenza e definire quali strategie più opportune potessero essere più adeguate per le stesse.

OBIETTIVI -Ridurre l'incidenza di cadute - aumentare l'empowerment degli operatori - condivisione di strumenti per la prevenzione.

METODI - Programma di formazione attraverso seminari ripetuti nell'arco dell'anno - raccolta delle denunce arrivate in direzione sanitaria - valutazione ed analisi della descrizione dell'evento - root case analysis all'interno di specifiche strutture - utilizzo delle carte di controllo per il monitoraggio - diffusione e analisi dei dati con il personale interessato.

RISULTATI I risultati che emergono sono che la percentuale di pazienti che cadono sono gli uomini (57.5%) rispetto alle donne (42.5%) su un totale di 87 (100%) pazienti caduti dal 2006 al 31/10/2010 con età media 70.5; rapportando il totale dei ricoveri dal 2008 ad oggi (7711) e tot. pazienti caduti per ricovero (57) si ha una % del 0.74 d'incidenza di cadute. Le Strutture dove si ha il maggior numero di pazienti caduti sono st. A e st. H (Tabella 1). Tabella 1 2006 2007 2008 2009 2010 St A 5 8 5 7 8 St B 1 3 3 4 3 St C 6 5 2 5 3 St D 1 1 St E 1 St F 1 St H 6 6 Missing 2 St I 1. I periodi dove si ha avuto una maggiore incidenza di cadute sono evidenziati dai punti rossi nella carta di controllo U.

CONCLUSIONI L'evento cadute è spesso correlato alle condizioni psico-fisiche del paziente e studi evidenziano come il numero e la competenza degli operatori ne diminuisca l'incidenza. Risulta fondamentale così, diffonderne i dati attraverso seminari e audit, migliorando la compliance dell'operatore che prende coscienza dell'entità e delle caratteristiche dell'evento favorendo ordinariamente nella pratica clinica assistenziale l'introduzione di misure di prevenzione. L'utilizzo di strumenti come le carte di controllo, inoltre, permettono di sottolineare l'evoluzione del fenomeno ed intervenire più rapidamente per capirne le motivazioni ed implementare progetti di miglioramento osservandone il risultato.

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 56001	CAP	16100
E-mail	francesca.vassallo@virgilio.it	Città	Genova

17. PERCORSO INTEGRATO DI SALA OPERATORIA FRA GOVERNO E GESTIONE DEL RISCHIO

Buccioli M, Grementieri P, Dal Monte D, Signani R, Vetri E, Gambale G

AUSL Forlì

BACKGROUND La piattaforma logistica delle Sale Operatorie si evidenzia come uno degli ambienti sanitari su cui focalizzare l'attenzione in termini di gestione del rischio. Nel 2009 le "guidelines for safe surgery" pubblicate dall'O.M.S. si qualificano come il manifesto internazionale di tale tema.

OBIETTIVI Creare un sistema in grado di ridurre il rischio per il paziente associato al percorso chirurgico e governare le fasi del percorso stesso garantendo un'analisi strutturata dei dati che consenta di identificare eventuali criticità e proporre interventi di miglioramento organizzativo.

METODI All'interno dell'AUSL di Forlì è stato sviluppato un sistema tecnologico che permette la registrazione di 16 step sequenziali tramite l'utilizzo di un dispositivo palmare per tracciare ogni fase del percorso in termini di operatore responsabile, luogo in cui viene svolta l'azione, tipo di azione svolta sul paziente, tempo richiesto allo svolgimento dell'azione. Il sistema permette oltre alla rilevazione degli step la tracciabilità della somministrazione dell'antibiotico terapia, in termini di richiesta di somministrazione da parte del medico e modalità di somministrazione. Le componenti del sistema sono: • hardware; • software; • logistica; • infrastruttura di rete; • algoritmo di elaborazione. Il percorso informatizzato è strutturato come una checklist, ovvero è il sistema che richiede all'operatore incaricato della rilevazione il dato che deve essere inserito per poter accedere allo step successivo del processo, in questo modo è possibile garantire oltre alla continua e corretta identificazione del paziente un perentorio controllo delle operazioni eseguite sul paziente. Al momento dell'ingresso in sala operatoria è previsto un controllo della corrispondenza fra il paziente e il numero di sala operatoria rispetto al programma. L'elaborazione delle 16 rilevazioni fornisce 22Δ di tempo che identificano le differenti fasi del processo chirurgico. Tali dati vengono processati in tempo reale attraverso l'algoritmo di analisi dati e l'output finale è costituito da: 1. analisi dettagliata delle fasi del processo attraverso indicatori statistici quali la media, la Dev.Std., la mediana e il range); 2. indicatori di performance espresso in minuti, o starting-time (scostamento fra l'orario di inizio intervento previsto e quello reale); o over-time (ritardo di fine seduta operatoria rispetto alla programmazione); o turnover-time (clean-up time + set-up time, tempo necessario alla pulizia ed al ripristino della sala operatoria, definito come tempo di cambio); 3. valutazione della performance organizzativa (report dettagliato in grado di valutare la costruzione lista operatoria, indice di utilizzo di sala); 4. intercettazione real-time di eventuali errori di corretta identificazione paziente, sala operatoria, intervento e antibiotico terapia.

RISULTATI Il sistema attivo da gennaio 2009 ha permesso la registrazione di 8683 interventi nel periodo gennaio 2009 – novembre 2010. L'analisi ha permesso di estrapolare 8683 interventi chirurgici di cui il 23% in regime di urgenza e il 77% in elezione. Gli interventi ad alta complessità sono il 25% mentre a bassa complessità sono il 75% (intervento ad alta complessità se la durata del tempo chirurgico puro inteso come inizio incisione – fine sutura è maggiore di 120 minuti). Lo starting-time ha una media di 41±15minuti, l'over-time 62±45minuti e il turnover-time 32±24minuti. Al momento è in corso di sviluppo l'algoritmo di valutazione della corretta somministrazione dell'antibiotico profilassi in sala operatoria, al fine di valutare le performance e l'eventuale correlazione con il successivo consumo di farmaci in reparto allo scopo di migliorare l'appropriatezza di prescrizione, somministrazione e stoccaggio. L'algoritmo fornisce al responsabile del blocco operatorio pannelli di controllo attraverso i quali è possibile visualizzare le informazioni sopra descritte sia in modo globale sia scendendo nel dettaglio delle differenti UU.OO. chirurgiche. Quindi è possibile estrapolare indici di criticità legati al rischio per il paziente, quali: • percentuale di cambio sala operatoria rispetto alla pianificazione; • percentuale di procedure chirurgiche diverse da quelle pianificate; • percentuale di profilassi antibiotica somministrata correttamente rispetto al prescritto; • percentuale di aderenza dell'operatore al percorso formalizzato.

CONCLUSIONI In conclusione il sistema si è dimostrato completo perché, tra l'altro, consente una corretta e semplice registrazione dati ed una restituzione strutturata degli stessi agli users.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dal Monte Donata	Istituzione	AUSL Forlì
Telefono	0543 731696	Indirizzo	Via Carlo Forlanini, 34
Fax	053 731668	CAP	47121
E-mail	d.dalmonate@ausl.fo.it	Città	Forlì

18. SEZIONE DI "WEEK HOSPITAL" IN UN CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE DI ONCOLOGIA MEDICA SEZIONE: VALUTAZIONE ED ANALISI DELL'ATTIVITÀ DOPO UN'ANNO DALL'APERTURA**Canu C, Mascia L, Putzu R, Pusceddu C, Argiolas F, Angelucci E***P.O. Armando Businco, Cagliari*

BACKGROUND "Armando Businco" è l'Ospedale di riferimento regionale di Oncologia Medica in Sardegna ed è attualmente protagonista di una riorganizzazione che si basa prevalentemente sull'intensità di cura. È stata analizzata l'attività dei primi 13 mesi dall'apertura della corsia di Week Hospital all'interno della struttura complessa di Oncologia Medica (3 corsie per 44 posti letto totali), che comprende 16 posti letto, aperta dal lunedì alle 7.00 fino al venerdì alle 20.00. la maggior parte degli interventi in questa corsia riguardano l'esecuzione di chemioterapia (o terapia di supporto) e altri brevi trattamenti che richiedono l'ospedalizzazione, ottimizzando l'organizzazione delle risorse in maniera più appropriata.

OBIETTIVI Ottimizzare le risorse umane e garantire il percorso clinico, terapeutico ed assistenziale ai pazienti afferenti alla struttura.

METODI L'analisi della casistica dei pazienti assistiti in Oncologia Medica e potenzialmente eleggibili per l'ospedalizzazione in W.H. (< 5 giorni/4 notti di ospedalizzazione) è stata fatta attraverso i criteri della proposta di ricovero e le SDO. L'appropriatezza dei ricoveri in WH è basata sulla aderenza a specifici criteri definite e codificati da alcuni membri della Direzione Sanitaria e una rappresentanza di dirigenti medici della struttura, in osservanza delle linee guida nazionali. Questi criteri di inclusione e i motivi di esclusione vengono documentati dall'oncologo e riguardano aree specifiche: necessità di ospedalizzazione, condizioni del paziente, programma di intervento e dimissione. Due dei 16 letti della WH sono dedicati alle procedure di Radiologia Interventistica e altri due sono attribuiti alla struttura semplice di Medicina del Dolore.

RISULTATI Da aprile 2009 ad Aprile 2010 sono stati eseguiti 1313 ricoveri ordinary, 53.7% donne e 46.3% maschi, età media 60 anni. I ricoveri della sola WH nello stesso periodo sono stati 665, equivalenti al 50.6% del totale. I giorni di occupazione dei posti letto sono mediamente di 4,3 per paziente. 63% dei pazienti vengono ricoverati per 4 notti o meno, per un totale di 9365 dei 14865 giorni totali di ospedalizzazione del periodo in analisi. Sono state eseguite 160 procedure di Radiointerventistica (termoablazione polmonare, epatica, crioablazione polmonare, cemento plastiche). 7% dei pazienti ricoverati in WH è stato giudicato inappropriato in quanto violavano i criteri di ammissione della proposta di ricovero. La causa di inapproprietezza più frequente è l'ospedalizzazione prolungata rispetto a quanto pianificato: questi pazienti sono stati trasferiti nelle corsie di ricoveri ordinari dell'OM (28 posti letto) dopo la chiusura della corsia di WH (venerdì ore 20.00).

CONCLUSIONI Pensiamo che questo modello organizzativo applicato ad una struttura complessa come quella di Oncologia medica possa rispondere alle necessità di: 1) Rispettare il programma terapeutico dei pazienti garantendo la disponibilità dei posti letto per brevi terapie come nel caso di trattamento chemioterapico o procedure di radiointerventistica, infatti grazie a questa organizzazione è stata azzerata la lista d'attesa. 2) Ottimizzare le risorse umane attraverso una redistribuzione del personale infermieristico che dà origine ad un risparmio di ora lavoro grazie alla chiusura del fine settimana. 3) Specializzazione dell'infermiere attraverso l'utilizzo di protocolli e procedure standardizzate. 4) Creazione di modello organizzativo esportabile (contesto chirurgico). Per poter accedere alla corsia di WH è necessario il rispetto di due requisiti fondamentali: 1) buone condizioni del paziente (ASA 1-2), complessiva autosufficienza e bassa probabilità di complicazioni; 2) alta probabilità di ospedalizzazione pari a 5 giorni/4 notti con una ragionevole certezza di dimissione programmabile.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Canu Claudia	Istituzione	P.O. Armando Businco
Telefono	070 6095465	Indirizzo	Via Jenner
Fax	070 6095443	CAP	09121
E-mail	claudiacanu@asl8cagliari.it	Città	Cagliari

19. I CONTROLLI NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI): L'INDICE DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (ICA) COME STRUMENTO PER VALUTARE L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

Casati O, Garau L, Mazzei M, Bertolaia P

ASL Milano

BACKGROUND Le prestazioni di Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), erogate da Enti Gestori accreditati con ASL, consentono di portare al domicilio del paziente interventi di cura e di riabilitazione caratterizzati da una sempre maggiore intensità e complessità assistenziale. Il costante incremento di pazienti ad elevata complessità sia clinica che assistenziale hanno indotto ad introdurre strumenti specifici per valutare l'appropriatezza di questi complessi interventi domiciliari.

OBIETTIVI L'obiettivo principale del lavoro è stato quello di sperimentare un sistema di controllo di appropriatezza, rivolto in modo specifico agli interventi di alta complessità assistenziale, in grado di valutare l'adeguatezza del profilo assistenziale erogato, l'adeguatezza delle figure professionali coinvolte e la presenza di un adeguato turn over degli operatori.

METODI La sperimentazione di un sistema di controllo di appropriatezza per l'alta complessità è passata attraverso diverse fasi: 1) definizione di linee guida specifiche per l'erogazione delle attività ad alta complessità; 2) identificazione di criteri di appropriatezza; 3) identificazione degli obiettivi/oggetti del controllo; 4) identificazione di strumenti per i controlli di appropriatezza in tale ambito. Per le prestazioni ADI di alta complessità sono stati identificati come criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa e quindi come oggetto di controllo: 1) l'applicazione di idonei protocolli di cura (in particolare protocolli di gestione delle medicazioni e protocolli riabilitativi); 2) la tempestività dell'intervento; 3) il raggiungimento degli obiettivi di cura (è stato messo a punto a tale scopo uno strumento per il monitoraggio delle lesioni cutanee); 4) l'adeguatezza del profilo assistenziale assegnato rapportato alla complessità assistenziale del caso; 5) l'adeguato Turn-over degli operatori. Tra gli strumenti utilizzati si è rilevato significativo l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA) domiciliare. La definizione dell'ICA domiciliare è stata possibile attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro formato da operatori ASL ed operatori degli Enti Gestori Pattanti. Il gruppo ha proceduto ad identificare le prestazioni erogabili nell'ambito dell'assistenza domiciliare ed ha quindi attribuito ad ogni singola prestazione un "peso" assistenziale.

RISULTATI L'effettuazione dei controlli di appropriatezza da parte di ASL sui casi di alta complessità gestiti dagli erogatori ha permesso una maggiore "razionalizzazione" delle risorse impiegate, una maggiore attenzione nell'applicazione dei protocolli di cura ed una maggiore attenzione al carico assistenziale cui gli operatori impegnati nella cura di casi complessi sono sottoposti, assicurandone così un adeguato Turn-over al fine di evitarne il burn-out. L'applicazione dell'ICA e la sua sperimentazione nei controlli di appropriatezza ha inoltre indicato la necessità di evidenziare prestazioni specifiche nell'ambito della cura ai pazienti terminali ed ai minori e conseguentemente l'identificazione di tre ICA specifici: ICA di base, ICA pediatrico, ICA terminalità.

CONCLUSIONI Dato il positivo riscontro dei controlli di appropriatezza effettuati sui casi ad alta complessità e soprattutto l'elevata utilità dell'ICA domiciliare quale strumento fondamentale per la definizione di appropriatezza delle prestazioni si è previsto di: 1) implementarne l'utilizzo; 2) sviluppare l'analisi, in modo particolare, dell'ICA pediatrico e terminale; 3) adeguarne la rilevazione alle emergenti esigenze di personalizzazione delle cure e di controllo di appropriatezza delle stesse.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Casati Ornella	Istituzione	ASL Milano
Telefono	02 85782624	Indirizzo	Piazzale Giovanni dalle Bande Nere, 3
Fax	02 85782629	CAP	20146
E-mail	ocasati@asl.milano.it	Città	Milano

20. UTILITÀ DELLE RIUNIONI DI AUDIT IN RADIODIAGNOSTICA DEL TORACE

Cirillo M, Dalpiaz G, Stasi G

AUSL Bologna

BACKGROUND Con il termine audit (dal latino audire, ascoltare) si intendono quelle iniziative di controllo e verifica delle attività sanitarie atte a misurare la conformità dei processi agli standard di riferimento e di modificare, se necessario, tali processi, sottoponendo gli esiti di tali modifiche a nuove verifiche.

OBIETTIVI Il sistema di archiviazione elettronica e di consultazione indiscriminata delle Immagini radiologiche (PACS) presenta numerosi vantaggi e un'importante limitazione: disincentiva la collaborazione interdisciplinare e rischia la formulazione arbitraria di diagnosi non confermate, per effetto di una più comoda ed "universale" fruibilità delle immagini. Obiettivo delle riunioni è stato quello di diffondere l'adozione di un metodo standardizzato di analisi dei reperti e di verifica delle diagnosi radiologiche, scoraggiando le diverse discrezionalità interpretative delle condizioni morbose visibili sui radiogrammi.

METODI Gli strumenti utilizzati si sono basati sulla realizzazione di riunioni di lavoro, una al mese, negli anni 2006-2010, articolate, costantemente, in due fasi, così concepite: 1. letture magistrali di elevato valore didattico, effettuate da esperti di patologia polmonare/toracica (radiologo, clinico, patologo), con sollecitazione al ricorso, in tutti i casi osservati, a ricerche mirate sotto forma di consultazione di review e topics fondamentali; 2. revisione critica e multidisciplinare dei casi clinici con diagnosi radiologica incerta e controversa, tardiva od errata. Le verifiche "ex-post" sono state prese in considerazione anche in casi con diagnosi corretta.

RISULTATI I 5 anni di meeting sulla Radiologia toracica hanno migliorato le performances professionali dei singoli, abituando gli specialisti all'uso di un metodo interpretativo univoco e di valore universale che si fonda sulla verifica costante delle diagnosi (chirurgica, endoscopica, anatomo-patologica o evolutiva clinica).

CONCLUSIONI I numerosi step di audit interna effettuati hanno prodotto un migliore outcome del risultato sanitario in ciascun paziente per: l'incentivazione della collaborazione interdisciplinare; l'adozione di criteri univoci nella interpretazione delle lesioni, indipendentemente dalla estrazione "specialistica" dei vari operatori; una riduzione effettiva e misurabile degli errori diagnostici.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Cirillo Maria	Istituzione	AUSL Bologna
Telefono	051 6225545	Indirizzo	Via Altura, 3
Fax	051 6225736	CAP	40100
E-mail	m.cirillo@ausl.bologna.it	Città	Bologna

21. VALUTAZIONE DI FOLLOW-UP DEL CAMBIAMENTO PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVO COME RISULTATO DI UN CORSO ISS

Coclite D, Ferrelli RM, Napoletano A, De Virgilio G

Istituto Superiore di Sanità

BACKGROUND Negli anni '60 Kirkpatrick e poi Hamblin hanno fornito un contributo considerevole alla definizione di modelli teorici per la valutazione dell'efficacia della formazione. Questi vedono una sequenza logica e incrementale nel processo di apprendimento, con conseguenti effetti sullo sviluppo dell'organizzazione in cui il discente opera. I risultati di un intervento formativo, quindi, possono essere valutati da diverse angolature, che partono dalla reazione dei partecipanti, dall'apprendimento e cambiamento riscontrato nei singoli partecipanti e interessano, infine, il cambiamento dell'organizzazione. Molteplici strumenti e tecniche sono disponibili per la valutazione dell'apprendimento, differenziate anche in base alla dimensione temporale relativa all'evento formativo, quali le scale di reazione (in itinere), diari e liste di osservazioni (in itinere), questionari e giornate di valutazione a fine corso (ex-post), valutazione delle aspettative (ex-ante ed ex-post), valutazione delle percezioni del corso (a distanza). L'Istituto Superiore di Sanità, organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, svolge compiti di formazione, documentazione e ricerca in salute pubblica. Nell'ambito delle attività formative svolte, l'ISS si è affidato a moderni principi di andragogia ed ha associato la valutazione dell'apprendimento al follow-up delle attività formative. Una prima tappa del percorso di follow-up è rappresentata dalla percezione dei partecipanti al corso, in relazione al cambiamento professionale e organizzativo riferito a sei mesi dalla fine del corso.

OBIETTIVI Rilevare la percezione dei partecipanti rispetto al cambiamento professionale e organizzativo avvenuto a sei mesi dalla conclusione del Corso introduttivo di farmaco-epidemiologia, tenuto in ISS dal 30 marzo al 3 aprile 2009.

METODI Per la raccolta dati è stato utilizzato un questionario di tipo semi-strutturato, costituito da domande a scala tipo Likert e da domande aperte. Le domande a scala hanno consentito ai partecipanti di esprimere la loro percezione rispetto ai risultati raggiunti su una scala da 1 a 5, dove 1 = non sono affatto d'accordo, 2 = non sono d'accordo, 3 = ne d'accordo ne in disaccordo, 4 = sono d'accordo, 5 = sono decisamente d'accordo. Le domande aperte hanno offerto ai partecipanti l'opportunità di descrivere in dettaglio il tipo di cambiamento intervenuto nella pratica professionale e nell'assetto organizzativo della struttura di appartenenza. I dati raccolti con il questionario sono stati integrati con i dati anagrafici e socio-professionali desunti dalle domande di iscrizione al Corso al fine di verificare eventuali correlazioni tra caratteristiche individuali e tipo di risposta e comparare le aspettative espresse dai partecipanti all'atto di iscrizione con la percezione dei risultati raggiunti.

RISULTATI Dal punteggio medio (media: 4; DS: 0,85; n=27) assegnato dai partecipanti all'affermazione "Quanto appreso durante il corso ha modificato la mia pratica professionale", si evince che essi ritengono di aver potuto applicare le conoscenze/competenze tecnico-professionali acquisite durante il corso nella loro pratica professionale. Inoltre, dal confronto tra aspettative e percezioni emerge un elevato grado di soddisfazione in relazione all'acquisizione di capacità di lettura critica della letteratura scientifica e dei dati epidemiologici. Secondo gli stessi partecipanti, l'intervento formativo non ha avuto una ricaduta sulla struttura e il funzionamento dell'organizzazione (media: 2,8; DS: 1,07; n=27) poiché "le modifiche organizzative richiedono il coinvolgimento di più attori e non possono derivare unicamente dal mutamento di un singolo individuo".

CONCLUSIONI L'esperienza svolta presso l'ISS mostra che la valutazione del cambiamento professionale deve essere effettuata a breve distanza dalla fine del corso. Successivamente, il contributo di un intervento formativo si va mescolando con quello delle altre esperienze continuamente realizzate dagli operatori. Il mancato impatto del Corso sugli aspetti organizzativi potrebbe essere ricondotto al breve intervallo di tempo intercorso tra la fine dell'intervento formativo e la somministrazione del questionario di valutazione. I cambiamenti nella struttura e nel funzionamento di un'organizzazione possono richiedere tempi molto più lunghi (anche più di un anno). Normalmente questi cambiamenti sono previsti non come diretta conseguenza della formazione, ma nell'ambito di progetti di intervento più articolati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Coclite Daniela	Istituzione	Istituto Superiore di Sanità
Telefono	06 49904144	Indirizzo	Viale Regina Elena, 299
Fax	06 49904134	CAP	00161
E-mail	daniela.coclite@iss.it	Città	Roma

22. LA LINEA GUIDA EVIDENCE-BASED “SINDROME DEMENZA. DIAGNOSI E TRATTAMENTO” DELLA REGIONE TOSCANA**Consiglio Sanitario Regionale***Regione Toscana*

BACKGROUND Nell’ambito della programmazione dei servizi per la popolazione anziana fragile, di fronte all’evidenza del progressivo diffondersi della Sindrome Demenza, la Regione Toscana ha ritenuto opportuno dotarsi di uno strumento rigorosamente costruito sulla base dell’evidence-based Medicine e rivolto primariamente all’Area delle Cure Primarie. Il Consiglio Sanitario Regionale, strumento per il Governo Clinico, ha costituito una Commissione dove fossero rappresentate le Professioni che si occupano del problema “Demenze” e le eccellenze culturali regionali. La Commissione, composta da 25 esperti, ha sintetizzato in 16 Raccomandazioni le indicazioni derivate dalla migliore letteratura scientifica. Fondamento della Linea Guida è la ricerca di una diagnosi precoce. Per questo specifico motivo la Linea Guida si rivolge soprattutto all’Area delle Cure Primarie, dato che il Medico di Medicina Generale è il primo professionista che può percepire eventuali modificazioni cognitivo-comportamentali dell’assistito. Per consentire l’appropriatezza di eventuali interventi specialistici viene consigliato al Medico di Medicina Generale un percorso clinico, strumentale e psicometrico. Viene puntualizzata la relativa efficacia dei trattamenti farmacologici per i sintomi “core” e vengono indicati i limiti della terapia farmacologia sui sintomi associati. Analogamente ad altre Linee Guida internazionali viene posta attenzione sui cosiddetti trattamenti non farmacologici. Per il mese di Gennaio 2011 è previsto l’avvio dello Studio di Implementazione, prospettico con architettura “before - after”. Viene arruolato un campione di Medici di Medicina Generale, a ciascuno dei quali viene indicato il numero atteso di assistiti affetti da Demenza, viene valutato il numero degli assistiti già con diagnosi e viene descritto il loro trattamento farmacologico e/o non farmacologico. In parallelo è stato individuato un “team” di Medici specialisti Neurologi e Geriatri che si recano nello studio di ciascun singolo Medico di Medicina Generale arruolato (outreach visits) per esporre la Linea Guida e discuterne l’applicazione nella popolazione assistita.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Tonelli Luigi	Istituzione	Regione Toscana
Telefono	055 4383332	Indirizzo	Via Taddeo Alderotti, 26/N
Fax	055 4385221	CAP	50139
E-mail	luigi.tonelli@regione.toscana.it	Città	Firenze

23. LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEGLI UTENTI NELL'ESPERIENZA DI ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA DEGLI OSPEDALI DELL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 6 "FRIULI OCCIDENTALE"

Corona S, Garbo E

Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 Friuli Occidentale

BACKGROUND Nel 2008, per garantire livelli maggiori di qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza sanitaria, è stato intrapreso un impegnativo processo di accreditamento all'eccellenza delle strutture ospedaliere secondo gli standard della Joint Commission International. L'articolato processo volontario di valutazione (381 standard specifici e oltre 1000 elementi misurabili) ha comportato l'elaborazione di numerose politiche e procedure, molte delle quali richiedevano un'attiva partecipazione degli utenti e dei loro familiari nei processi di cura.

OBIETTIVI Nell'intento di affinare il sistema per lo studio e lo sviluppo della qualità dal punto di vista del cittadino utente, nella primavera del 2010, è stata così realizzata, secondo gli standard di accreditamento, una particolare indagine sulle persone ricoverate negli ospedali aziendali.

METODI Sulla base dei risultati dell'esperienza di alcune Aziende Sanitarie italiane in collaborazione con il Picker Institute Europe, è stato inviato un questionario a un campione di 950 persone, di età superiore ai 17 anni, dimesse nell'arco temporale compreso tra 15 e 90 giorni. Il campionamento è consistito in una selezione "all'indietro" a partire dal ricovero più recente per data di dimissione. Ai destinatari è stato chiesto di esprimersi su diversi aspetti della loro esperienza: l'ammissione, la qualità dell'assistenza, la gestione del dolore, la comunicazione con i medici e gli infermieri, le informazioni ricevute, i farmaci, il coinvolgimento nell'assistenza, il cibo, la pulizia e la dimissione. L'invio del questionario con busta pre-affrancata è stato preceduto da una campagna di comunicazione interna/esterna accompagnata dall'affissione di una locandina nei principali luoghi di accesso dell'utenza. L'invio e la raccolta del questionario si sono svolti nell'arco temporale di tre mesi.

RISULTATI Sono pervenute 472 buste preaffrancate contenenti questionari compilati e validi per l'analisi, corrispondente ad un tasso di adesione pari 49,4%. Il campione di rispondenti è composto per il 53% da persone di sesso femminile e il 94% è di nazionalità italiana; il 75% dei ricoverati è rappresentato da persone con più di 50 anni. Con riguardo alla scolarizzazione: il 40% elementari, il 26% e 21% medie inferiori e superiori, l'8% laurea. Il primo importante punto di forza è il giudizio complessivo espresso rispetto all'esperienza di ricovero: il 93% valuta l'assistenza ricevuta eccellente, molto buona o buona, solamente il 2% esprime un giudizio chiaramente negativo. Il giudizio complessivo appare strettamente collegato alla fiducia e professionalità riconosciute a medici e infermieri, espressa rispettivamente dall'86% e dal 75%. Solo il 3% dichiara di non aver avuto nessuna fiducia. Il riconoscimento della professionalità degli operatori sanitari è ulteriormente confermato dal giudizio molto positivo sulla collaborazione tra medici e infermieri: il 91% dei pazienti la giudica eccellente, molto buona o buona contro solo un 3% che la giudica scadente. Le persone, nel ripercorrere le diverse tappe della loro esperienza di ricovero, hanno apprezzato: il rispetto della privacy e della dignità della persona, la pulizia delle stanze e dei bagni; la comprensibilità delle risposte da parte di medici e infermieri, la gestione del dolore; la consegna di informazioni scritte per il post dimissione. Le più importanti aree di miglioramento sono: l'informazione al Pronto Soccorso, sui risultati dell'intervento, sugli effetti indesiderati dei farmaci, su chi contattare dopo la dimissione in caso di dubbi o preoccupazioni, su come presentare un reclamo; la qualità dei pasti; l'igiene delle mani; il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni relative al trattamento e alla dimissione; la possibilità di parlare delle proprie paure e preoccupazioni; il ritardo nella dimissione.

CONCLUSIONI È un'iniziativa che ha avuto un tasso di partecipazione dell'utenza molto incoraggiante in quanto è simile al tasso di risposta registrato nelle più recenti indagini realizzate secondo la stessa metodologia ed è, in ogni caso, superiore a quella registrata in indagini con questionario postale realizzate in Italia, che non va al di là del 25-30%. Costituisce una base dati importante che, incrociata con le informazioni provenienti da altre fonti (es. gestione reclami, audit civici e clinici) diventa un punto di partenza importante per pianificare azioni di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure per garantire la realizzazione di un sistema orientato sempre più al servizio all'utente e posto a garanzia dei cittadini.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Corona Silvana	Istituzione	Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 Friuli Occidentale
Telefono	0434 369784	Indirizzo	Via della Vecchia Ceramica, 1
Fax	0434 523011	CAP	33170
E-mail	silvana.corona@ass6.sanita.fvg.it	Città	Pordenone

24. LA COMUNITÀ DI PRATICA IN EMATOLOGIA: COME NASCE LA CONSAPEVOLEZZA SULLE BUONE PRATICHE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE AI DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI

Darelli G, Raffaele B, Scafati V, Squaglia S

Azienda USL Roma C

BACKGROUND La gestione dei dispositivi intravascolari, fenomeno in crescita nella pratica clinica e che espone il paziente ad un elevato rischio infettivo, costituisce un problema operativo concreto che può essere affrontato con una metodologia che si interroga e si fa interrogare dall'esperienza come quella della Formazione Sul Campo (FsC). I Dispositivi intravascolari, in particolare i Cateteri Venosi Centrali (CVC), interessano una proporzione elevata di pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive (fino all'80%), ma vengono utilizzati anche in altri contesti, come i reparti di Medicina Interna, Oncologia, Ematologia. La letteratura americana riporta una frequenza di infezioni correlate a CVC pari a 5,3 per 1.000 giorni/catetere in terapia Intensiva, con una mortalità attribuibile intorno al 18%, un prolungamento medio della degenza pari a 7 gg e un costo compreso tra 3.700 e 29.000\$. L'utilizzo del CVC viene indicato da più fonti come una delle procedure prioritarie a cui dedicare attenzione nei programmi di prevenzione delle infezioni correlate a pratiche assistenziali (ICPA). In particolare, alcune componenti del percorso di utilizzo del CVC vengono considerate determinanti di maggior rilievo nell'insorgenza delle infezioni: a) l'igiene delle mani; b) le precauzioni di massima barriera di sterilità; c) l'antisepsi della cute con clorexidina; d) la selezione appropriata del sito di inserzione; e) la revisione quotidiana della effettiva necessità di mantenere in sede il CVC. La messa in atto di azioni di miglioramento per queste componenti si è dimostrata efficace nel ridurre il tasso di infezioni correlate.

OBIETTIVI Revisionare le conoscenze e le pratiche infermieristiche nell'assistere i pazienti ricoverati nella UOC Ematologia portatori di dispositivi intravascolari (CVC) e motivare l'applicazione di misure per la prevenzione delle infezioni correlate al loro uso, attraverso la discussione, la riflessione in gruppo e la produzione di strumenti utili.

METODI Materiali e metodi: - analisi dei bisogni formativi; - costruzione progetto formativo; - condivisione con DAP e staff UOC Ematologia; - ridefinizione degli obiettivi; - applicazione della metodologia della FsC; - centralità della figura del tutor.

RISULTATI ATTESI/OTTENUTI: - consapevolezza del rischio infettivo in area critica; - revisione delle pratiche in uso; - costruzione del protocollo per la medicazione dell'exit-site da cui ne è derivato un Poster della UOC; - conoscenza delle modalità e dei tempi dell'Igiene delle Mani; - adozione di Buone Pratiche. **RISULTATI IMPREVISTI:** - produzione di un data base per le medicazioni dell'exit-site; - raccolta delle schede e delle procedure presenti nella UOC Ematologia; - conoscenza della disponibilità presso il Servizio di Farmacia dei prodotti a base alcolica per l'igiene delle Mani.

CONCLUSIONI L'esperienza pilota realizzata in ambito ematologico vuole estendersi, su mandato del Dipartimento di Assistenza alla Persona, ad altre aree critiche ospedaliere della ASL RMC generando così un movimento di idee e materiali tra un dipartimento e l'altro con l'esportazione di originali strumenti di data-base. La FsC si sviluppa e si realizza mentre si lavora, occasione di crescita, efficace per il cambiamento culturale ed organizzativo del gruppo infermieristico richiede investimenti in termini di professionalità dedicate e di coordinamento con l'organizzazione ospedaliera. La FsC genera consapevolezza e attiva percorsi di riflessione individuali e di comunità nell'area cognitiva, psicomotoria, e affettivo relazionale del personale coinvolto, possiede un'ampia prospettiva di apprendimento "a spirale". Poiché come insegna M. Polany "...Ciò che il professionista sa è più di quello che egli saprebbe dire".

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Darelli Gianna	Istituzione	Azienda USL Roma C
Telefono	06 51005413	Indirizzo	Via Casale de Merode, 8
Fax	06 51005413	CAP	00147
E-mail	darelli.gianna@aslrmc.it	Città	Roma

25. L'ANALISI PROATTIVA DEL RISCHIO CON IL METODO FMEA/FMECA DI UN PROCESSO ASSISTENZIALE: LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA NEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Degli Esposti C, Bisognin R

AUSL Bologna

BACKGROUND La Azienda USL di Bologna, nell'ambito del Piano di Azioni per la gestione della sicurezza delle cure nelle attività clinico-assistenziali per il triennio 2009-2011, ha individuato l'obiettivo di introdurre e sviluppare strumenti di risk management. Contestualmente il Dipartimento Oncologico dell'Azienda ha individuato alcuni Processi assistenziali da sottoporre ad analisi proattiva del rischio in ragione della loro criticità od innovazione. Lo strumento di analisi scelto è stato quello della FMEA/FMECA, in seguito utilizzato per tutti i Processi individuati. In particolare, per la innovazione e vulnerabilità tecnologica/organizzativa che rappresenta, per la criticità costituita dalla patologia neoplastica inerente e per l'essere inserito nell'ambito di uno studio multicentrico (IRMA) avviato dalla Agenzia Sanitaria Regionale, è stato scelto per primo il Processo di Radioterapia Intraoperatoria, utilizzata come sovradosaggio anticipato nel trattamento del tumore della mammella.

OBIETTIVI Gli obiettivi individuati sono: 1. adempiere alle indicazioni aziendali di sviluppare strumenti di risk management; 2. far comprendere la necessità di analizzare preventivamente i rischi connessi alle attività assistenziali; 3. favorire il lavoro di gruppo multi professionale; 4. diffondere la cultura del miglioramento e del suo monitoraggio.

METODI È stato dapprima intrapreso un breve percorso formativo sulle caratteristiche del metodo di analisi e sul suo corretto utilizzo. Le fasi metodologiche dell'analisi FMEA/FMECA hanno previsto poi la costituzione del team multiprofessionale di analisi, l'analisi del processo scomposto nelle varie fasi di attività, la identificazione dei potenziali inconvenienti/guasti per ogni attività, la determinazione delle possibili conseguenze, la individuazione delle possibili cause con stima della gravità e probabilità di accadimento e la relativa rilevabilità, la definizione ed intrapresa delle azioni di miglioramento ed, infine, la valutazione dell'efficacia degli interventi.

RISULTATI Sono state selezionate le prime sei attività risultate ad Indice di Priorità del Rischio più alte, riferite sostanzialmente a quanto eseguito singolarmente dai vari Professionisti coinvolti nelle diverse fasi in Sala Operatoria. La successiva definizione delle azioni di miglioramento ha permesso di identificare alcune azioni correttive, come ad esempio l'introduzione della ecografia intraoperatoria e la implementazione di un percorso addestrativo per la acquisizione della "technical competence" necessaria. Sono infine stati individuati, per ogni azione di miglioramento, i relativi strumenti di monitoraggio riferiti a standards attesi.

CONCLUSIONI L'analisi proattiva del rischio FMEA/FMECA eseguita sul Processo assistenziale di Radioterapia intraoperatoria ha permesso di identificare alcune criticità sulle quali impostare un percorso di miglioramento. Inoltre ha permesso di migliorare la conoscenza del Processo, la capacità di confronto e l'abitudine a lavorare in gruppo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Degli Esposti Claudio	Istituzione	AUSL Bologna
Telefono	051 6225812	Indirizzo	Via Altura, 3
Fax	051 6225631	CAP	40139
E-mail	claudio.degliesposti@ausl.bo.it	Città	Bologna

26. RIFLESSIONI SULLE CAUSE DEL MANCATO RITIRO DEI REFERTI RADIOLOGICI

Di Folca P, La Palombara C, Stasi G

AUSL Bologna

BACKGROUND Presso la UO di Radiologia dell'Ospedale Bellaria risulta costantemente in giacenza un certo numero di referti non ritirati, dopo un intervallo di 30-45 giorni dalla data di effettuazione dell'esame.

OBIETTIVI Lo studio si propone di prendere in considerazione il fenomeno del mancato ritiro dei referti radiologici, di cui valuta l'incidenza e tenta di precisarne le cause e gli effetti radioprotezionistici ed amministrativi.

METODI Sono stati raccolti i referti di 57 casi (35 M, 22 F; età media: 51 aa) relativi ad esami effettuati presso l'U.O. di Radiologia dell'Ospedale Bellaria nel secondo quadrimestre 2010 e non ritirati dopo un mese dall'esecuzione. Per ognuno di essi sono stati considerati i seguenti elementi: - tipologia di esame; - provenienza del paziente; - valore clinico della diagnosi; - esenzione ticket.

RISULTATI Più della metà dei referti (56%) hanno riguardato esami radiologici di II livello: TC (28) e RM (4); 22 referti (39%) erano relativi a pazienti seguiti da ambulatori dell'Ospedale Bellaria. Nella maggior parte dei casi esaminati si è trattato di reperti di normalità o di patologia poco importante (solo in 2 casi è stata formulata una diagnosi clinicamente rilevante). 31 referti (54%) riportavano informazioni clinicamente rilevanti (1 frattura patologica pluriframmentaria del bacino). 46/57 pazienti (81%) hanno regolarmente pagato il ticket.

CONCLUSIONI Le ipotesi prese in considerazione per spiegare le cause del fenomeno sono state le seguenti: anticipazione verbale del risultato da parte degli operatori; visualizzazione e lettura diretta delle immagini e del referto radiologico dal curante abilitato all'uso del PACS; onerosità del ticket.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Di Folca Patrizia	Istituzione	AUSL Bologna
Telefono	051 6225545	Indirizzo	Via Altura, 3
Fax	0516225736	CAP	40100
E-mail	patriziadifolca@yahoo.it	Città	Bologna

27. L'INTEGRAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ E DEI SERVIZI NELLA GESTIONE DELL'URGENZA PSICHIATRICA

Di Munzio W, Bisogno A, Pellegrino F

ASL Salerno (ex-ASL SA1)

BACKGROUND Con la legge 180/78 la gestione delle urgenze in psichiatria è stata disciplinata in modo puntuale determinando un cambiamento culturale fondamentale per l'assistenza psichiatrica. Viene sancito con chiarezza che il trattamento in psichiatria, al pari di ogni altra branca specialistica, avviene su base volontaria e che solo in casi particolari ed eccezionali, disciplinati ex legis, è possibile adottare misure terapeutiche senza il consenso del paziente. In particolare sono state definite le condizioni per l'Accertamento ed il Trattamento Sanitario (ASO/TSO). Ad oggi le difficoltà operative sono notevoli e comportano un rilevante dispendio di energie e di risorse, oltre che costituire un terreno fertile per il rischio clinico.

OBIETTIVI Il Dipartimento di Salute Mentale, che per legge deve farsi carico di coordinare le urgenze e le emergenze in psichiatria, ha inteso adoperarsi, attraverso specifici corsi di formazione, per favorire una conoscenza adeguata della normativa in oggetto, creando altresì un ponte con altre agenzie sanitarie e territoriali, come le forze di polizia municipale, per la definizione di procedure univoche e condivise.

METODI Attraverso percorsi formativi ECM che hanno coinvolto operatori dei Servizi per l'Urgenza Territoriale, della Continuità Assistenziale e della Salute Mentale sono state illustrate e discusse le principali problematiche inerenti la gestione dell'urgenza psichiatrica. Ciò al fine di arrivare a definire un protocollo operativo integrato in cui le diverse professionalità e competenze concorrono sinergicamente nella gestione della specifica situazione sanitaria. Sono stati altresì organizzati eventi formativi con il coinvolgimento di figure istituzionali esterne al Dipartimento ed ai Servizi dell'ASL, come il presidente della Commissione tematica della Conferenza Stato-Regioni che ha redatto il recente documento di "Raccomandazioni in merito all'applicazione di ASO e TSO per malattia mentale" e i magistrati della giustizia civile e penale del Tribunale per favorire l'ulteriore conoscenza e il confronto sull'argomento in oggetto. È stato anche sollecitato l'intervento della Prefettura con l'obiettivo di coinvolgere coerentemente le forze di Polizia e la Pubblica Amministrazione.

RISULTATI I progetti formativi hanno coinvolto 316 operatori sanitari (suddivisi in moduli didattici di max 30 partecipanti per n. 11 edizioni), che hanno partecipato ai corsi con una buona adesione e apportando il proprio contributo culturale ed esperienziale; ciò ha sicuramente favorito una migliore prassi professionale, come testimoniato dai rilievi dei questionari di gradimento (punteggio medio di 3.2 su scala 1-4). Per alcune operatività particolari è stato possibile già in questa fase procedere alla riorganizzazione dei servizi, procedendo alla definizione di specifici protocolli che, se da un lato hanno consentito di superare situazioni organizzative di criticità, dall'altro hanno consentito di riorganizzare funzionalmente il servizio di emergenza su specifiche realtà territoriali, grazie proprio all'integrazione dei servizi preposti. Inoltre, grazie a tali processi formativi, è stato possibile redigere un protocollo di base per la riorganizzazione dell'emergenza in psichiatria estesa a tutto l'ambito del Dipartimento di Salute Mentale. Tale protocollo prevede la centralizzazione dell'emergenza presso la sede ospedaliera del DSM dell'ASL, il contributo attivo del Servizio 118 nella prima risposta alla richiesta, con l'intervento dell'équipe psichiatrica quale azione di II livello; ciò in linea con le indicazioni della normativa sia nazionale che regionale. Il protocollo tende anche a razionalizzare in modo efficace per l'intero bacino dell'ASL le risorse disponibili, analogamente a quanto già avvenuto per specifiche realtà operative territoriali.

CONCLUSIONI Il percorso formativo sinora evidenziato, avviato nel 2008, ha avuto il pregio di sensibilizzare gli operatori del SAUT verso le problematiche dell'emergenza psichiatrica, andando anche a superare lo stigma relativo rispetto al pregiudizio di considerare tali urgenze esclusiva prerogativa degli operatori della salute mentale. Ciò ha consentito di realizzare, già in alcuni ambiti territoriali, fattivi protocolli di collaborazione operativa ed aprire la strada alla riorganizzazione dei servizi di emergenza psichiatrica, considerata la necessità di una forte preparazione e competenza gestionale delle diverse professionalità concorrenti, ivi incluse quelle proprie di altre Istituzioni.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bisogno Alfredo	Istituzione	ASL Salerno (ex-ASL SA1)
Telefono	081 9212126	Indirizzo	Via G. Falcone, 60
Fax	081 9212126	CAP	84014
E-mail	alfredo.bisogno@tin.it	Città	Nocera Inferiore

28. IL RISK MANAGEMENT NEL PROCESSO TC: PROGETTO I RADAR

Doratiotto S, Vecchiato N, Maso C, Morana G

Azienda ULLS 9, Treviso

BACKGROUND Presso la Struttura Complessa di Radiologia Diagnostica dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso è stata effettuata un'analisi proattiva dei rischi connessi al processo TC nell'ambito di un Progetto Multicentrico di Risk management con altre quattro Strutture Complesse di radiologia (Como, Roma, Napoli e Catania) denominato "Progetto I Radar".

OBIETTIVI Identificare, attraverso uno strumento di analisi proattiva denominato FMECA (Failure Mode Effects and Criticality Analysis), i rischi legati alla gestione di tutte le fasi del processo TC, di misurarli e prevenirli.

METODI In un periodo di 21 mesi sono state raccolte 186 schede di segnalazione spontanea di criticità durante il processo TC alle quali è stato assegnato l'indice di priorità di rischio (IPR) che è lo strumento di analisi quantitativa nel modello della FMECA.

RISULTATI Le criticità con maggiore IPR nel processo TC sono state: le informazioni incomplete per la preparazione anti allergica del paziente; gli esami svolti e salvati in PACS con l'anagrafica di un omonimo; la mancata visualizzazione immagini al PACS; i protocolli non sempre standardizzabili e il reflusso di MdC all'interno del deflussore.

CONCLUSIONI L'applicazione della FMECA ha permesso: di giungere ad un'adeguata analisi delle priorità di rischio, di fornire una serie di informazioni rilevanti nel contesto del processo TC permettendo di adottare immediatamente delle azioni di miglioramento per ridurre il più possibile i rischi di errore, di creare degli Audit interni e gruppi di lavoro permanenti per consentire delle azioni correttive efficaci monitorandole nel tempo, di progettare e gestire un'organizzazione in grado di sensibilizzare tutte le figure professionali e migliorare la formazione individuale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Doratiotto Stefano	Istituzione	Azienda ULSS 9
Telefono	0422328363	Indirizzo	Piazza Ospedale, 1
Fax	0422322202	CAP	31100
E-mail	sdoratiotto@ulss.tv.it	Città	Treviso

29. IL PROGETTO DI INFORMATIZZAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA PER RIDURRE L'ERRORE IN TERAPIA PRESSO L'ASL TO3

Dore M¹, Minniti D¹, Papalia R², Giacometti M¹, Sacco R¹, Marforio P¹

¹ASLTO3, ²Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

BACKGROUND La catena dell'attività terapeutica è costituita dalla prescrizione, dalla trascrizione e dalla somministrazione. All'interno di esse, i punti di rischio sono tanto più numerosi quanto maggiore è la complessità organizzativa nonché il numero, la qualifica e i tempi diversi di operatività del personale coinvolto. Gli errori nelle terapie farmacologiche, tra cui quelli legati alla trascrizione ed interpretazione della prescrizione, possono avere importanti ripercussioni oltre che sulla salute del paziente anche sulla spesa sanitaria in quanto spesso richiedono ospedalizzazione o prolungamento della degenza a seguito del peggioramento delle condizioni cliniche del paziente. Diversi studi hanno sottolineato come l'utilizzo di sistemi informatici possa ridurre significativamente tali errori e migliorare la sicurezza nella somministrazione dei farmaci. La cartella informatizzata origina dalla necessità di predisporre uno strumento informativo utile non solo per la pianificazione e la documentazione dell'assistenza, ma anche per supportare in modo ottimale un modello organizzativo basato sulla razionalizzazione dei percorsi clinico-assistenziali del proprio ambito operativo.

OBIETTIVI Effettuare un'indagine pilota per la riduzione del rischio di errori nella somministrazione della terapia al fine di implementarlo nel percorso relativo all'informatizzazione della cartella clinica.

METODI Lo studio presentato riguarda le Strutture Complesse afferenti al Dipartimento di Area Medica del presidio Ospedaliero di Rivoli, che afferisce all'ASL TO3. La complessità del problema rende necessaria un'analisi con diversi approcci che permettano di studiare il fenomeno sia in termini oggettivi, con definizione dei processi interni, sia soggettivi come la percezione degli operatori addetti. L'indagine verrà condotta attraverso approcci oggettivi (analisi della documentazione mediante comparazione della cartella clinica con la scheda di terapia), e percettivo-soggettivi (intervista strutturata ai coordinatori infermieristici e ad un medico di ciascuna Struttura Complessa con quesiti riguardanti la prescrizione, la trascrizione, la scheda di terapia e la percezione del problema) sia per confrontare i modelli organizzativi, sia per indagare la loro percezione del problema sulle modalità di prescrizione e di trascrizione, sulla validità della scheda della terapia in uso, su eventuali suggerimenti e proposte. Nella seconda fase verrà effettuata un'analisi delle risorse umane, tecnologiche, formative e logistiche sarà contestualmente formulata un'ipotesi di spesa. L'approfondimento dello studio avverrà nella fase di prescrizione e di trascrizione poiché un errore in queste fasi iniziali porta sicuramente ad un errore nella somministrazione della terapia.

RISULTATI Dalla nostra indagine ci attendiamo che la trascrizione manuale della prescrizione sulla scheda, a cura di un operatore non medico, prassi comune nelle strutture organizzative sanitarie, rappresenti la causa maggiore di errore nel Dipartimento oggetto di studio. Ci aspettiamo altresì che la somministrazione di farmaci rappresenti un aspetto importante della pratica professionale infermieristica e che le possibili modalità per affrontare il problema evidenziato passino necessariamente attraverso: - la modifica e creazione dello strumento "scheda unica di terapia" con l'eliminazione di fogli, cartellini e quaderni vari; - la ridefinizione dell'organizzazione interna che prevede percorsi chiari e condivisi nel processo; - la partecipazione degli infermieri e dei medici nell'approfondimento circa la tematica oggetto di studio ed la ricerca di modalità operative e strumenti utili per la riduzione del rischio.

CONCLUSIONI L'implementazione di questo strumento rappresenta una semplice ma valida innovazione tecnologica, utile per prevenire l'errore soprattutto nelle fasi di trascrizione e somministrazione; tuttavia è bene considerare che, ancor prima rispetto all'Information Communication Technology, è determinante sia la multidisciplinarietà sia la ridefinizione dell'organizzazione interna che preveda percorsi chiari e condivisi nel processo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Papalia Riccardo	Istituzione	Università degli Studi di Torino
Telefono	011 9551400	Indirizzo	Strada Rivalta, 27
Fax	011 9551070	CAP	10098
E-mail	riccardo.papalia@unito.it	Città	Rivoli

30. STUDIO DI COORTE PROSPETTICO SUL CONTROLLO DEL DOLORE POST-OPERATORIO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CHIRURGICO MAGGIORE MEDIANTE L'APPLICAZIONE DI UN PROTOCOLLO AZIENDALE

Fantuzzi GM¹, Ferri P², Montemaggiori V¹, Pignedoli P¹, Lemmi M¹, Fantesini N¹

¹ASMN Reggio Emilia, ²Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Medicina e Chirurgia

BACKGROUND Il dolore è un'esperienza fisica e psichica spiacevole dovuta ad un danno reale o potenziale dei tessuti o descritta in termini di tale danno. Indipendentemente dal suo successo o dalla tecnica esecutiva, ogni intervento chirurgico provoca un danno ai tessuti e il rilascio di potenti mediatori dell'infiammazione e del dolore. I rischi fisiologici e psicologici associati al dolore non trattato sono massimi nei pazienti debilitati, così come nei soggetti sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore. La prevenzione del dolore ed il suo trattamento, oltre a rappresentare un dovere etico possono perciò conferire vantaggi a breve e lungo termine. Nonostante le conoscenze acquisite, il dolore post-operatorio è ancora largamente sottotrattato. La misurazione del dolore è un momento fondamentale da cui dipende l'adeguato trattamento.

OBIETTIVI 1) Ridurre l'incidenza e la gravità del dolore post-operatorio. 2) Migliorare il benessere e la soddisfazione del paziente. 3) Contribuire a ridurre le complicanze post-operatorie. Tali obiettivi sono stati perseguiti attraverso: a) un approccio interdisciplinare che ha coinvolto più professionisti: chirurghi, anestesisti, infermieri; b) una strategia di trattamento farmacologico del dolore messa a punto attraverso un protocollo aziendale prodotto dal comitato ospedale senza dolore.

METODI Le strutture scelte per la sperimentazione sono state: chirurgia toracica, day surgery, ortopedia e urologia. In tali strutture sono stati arruolati 100 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico maggiore: • il personale medico ed infermieristico è stato coinvolto e formato sull'utilizzo del protocollo aziendale per il trattamento del dolore post-operatorio; • i pazienti sono stati informati e prima dell'intervento hanno ricevuto un depliant a supporto ed hanno acconsentito allo studio; • Il paziente nel post chirurgico, ha ricevuto il trattamento secondo protocollo scelto dall'anestesista a cui tutto il personale medico ed infermieristico ha aderito; • L'infermiere ha registrato l'intensità del dolore attraverso l'uso della scala INR che è lo strumento scelto per questa valutazione; • È stata registrata la mobilitazione del paziente in cartella infermieristica; • Sono state considerate le complicazioni registrate in cartella clinica.

RISULTATI Lo studio ha dimostrato una costante del dolore nella maggior parte dei casi trattati senza ricorrere ad ulteriori interventi, e mantenendo un INR medio < 4. Ciò ha prodotto un migliore controllo del dolore con conseguente inizio della riabilitazione precoce e quindi una riduzione della durata della degenza. Si è dimostrato molto efficace l'utilizzo dello strumento per la valutazione dell'intensità del dolore. Infine come risultato ulteriore per l'organizzazione si è ottenuta la diffusione della conoscenza e quindi dell'applicazione della procedura aziendale. Migliorato il benessere e la soddisfazione del paziente rilevato attraverso i questionari di soddisfazione aziendali. I pazienti sono stati in grado di riprendere le attività quotidiane attraverso la mobilitazione precoce registrata in cartella infermieristica, e si sono ridotte le complicanze post operatorie legate alla immobilizzazione.

CONCLUSIONI Il miglioramento nel controllo del dolore post-operatorio porta molti vantaggi per il paziente, che può intraprendere più precocemente la riabilitazione e quindi ridurre la degenza, ma soprattutto benefici di ordine psicologico e con un ritorno più precoce alla "normalità" del ruolo sociale e professionale svolto dalla persona. Inoltre ne trae un miglioramento tutta l'organizzazione che trovando di uso semplice ed efficace la scala di valutazione, uniforma le modalità di trattamento del dolore, implementando una pratica basata sulle migliori evidenze scientifiche a disposizione, rispondendo anche ad un dovere etico del professionista nei confronti del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Fantuzzi Gian Maria	Istituzione	ASMN Reggio Emilia
Telefono	0522 295876	Indirizzo	Viale Risorgimento, 80
Fax	0522 295839	CAP	42100
E-mail	fantuzzi.gianmaria@asmn.re.it	Città	Reggio nell'Emilia

31. "INRCA: MODELLO DI ATTUAZIONE DI PROCESSI PER L'INTEGRAZIONE DEL SISTEMA GESTIONE QUALITÀ E DEL GOVERNO CLINICO"

Ferrara L, Di Stefano G, Spazzafumo L, Santoiemma P, Marzocchi C, David S, Lattanzio F

INRCA

BACKGROUND L'INRCA è l'unico IRCCS che opera nell'area della Geriatria e Gerontologia, con Sedi in 5 regioni italiane, garantendo assistenza e progresso scientifico attraverso prodotti di ricerca trasferibili al Servizio Sanitario. Il progetto nasce dalla necessità di riformulare l'attuale Sistema Gestione Qualità (SGQ) inglobando gli aspetti del governo clinico, al fine di consentire una vera integrazione tra ricerca/assistenza e certificazione /governo clinico.

OBIETTIVI 1.Sperimentazione di un "Ufficio qualità" virtuale, che comprenda gli aspetti del Governo Clinico, con l'individuazione e formazione di figure professionali che garantiscano al SGQ autonomia, efficacia ed efficienza nella gestione della qualità dell'Istituto; 2.Pianificazione obiettivi di qualità 2010-2011 e modulazione degli strumenti del governo clinico; 3.Attivazione di sistemi per coadiuvare/favorire la comunicazione interna all'Istituto e garantire un monitoraggio costante del livello di attuazione degli strumenti di governo clinico.

METODI La realizzazione del Progetto avviene tramite la costituzione del gruppo Project Team (gruppo multidisciplinare e multiprofessionale) e la formazione di gruppi di lavoro funzionali. Il conseguimento di obiettivi in tempi e modi stabiliti dal piano di Progetto permetterà la definizione di indicatori di processo e di esito, che potranno essere fondamentali per il monitoraggio e miglioramento continuo del Sistema Gestione Qualità/Governo Clinico. Il punto di partenza (T0) è stato la somministrazione di un questionario informatico con una batteria di domande a modalità dicotomica di risposta, finalizzato a valutare il livello di conoscenza di tutto il personale sanitario dell'Istituto sui punti del governo clinico. Tale questionario, inserito nell'intranet aziendale è stato strutturato in maniera tale da stratificare la Sede INRCA, il profilo professionale, età e sesso. Il percorso della certificazione è stato armonizzato con la pianificazione delle verifiche ispettive interne e l'introduzione strutturata di strumenti di governo clinico, come l'AUDIT inserito sia nel "Progetto Cartella Clinica" sia nel monitoraggio dei profili-percorsi assistenziali intraospedalieri attivati. È in fase di attivazione un FORUM di discussione sulle tematiche della qualità, uno spazio su intranet per il confronto e per il supporto quotidiano agli operatori. La gestione del forum sarà curata da un Moderatore individuato in collaborazione con la Direzione Scientifica e la Direzione Sanitaria d'Istituto. Il Moderatore fungerà da filtro ed attivatore del Project Team (PT) e monitorerà le new calls segnalando alla/e "professionalità del PT il messaggio a cui rispondere. La realizzazione del Forum sull'intranet aziendale sarà a cura dei Sistemi informativi dell'INRCA. Il Forum sarà "aperto a tutti gli operatori" ed avviato in via sperimentale individuando 4 stanze per il confronto e la discussione: Ricerca, Assistenza, Certificazione e SGQ, Gestione Risorse (Economiche, Umane e Strumentali). • È stato attivato un DESK Settimanale, una postazione gestita dai RAQ di Sede e finalizzata ad incontrare direttamente gli operatori e rispondere alle problematiche inerenti il SGQ. Il Forum e il Desk Settimanale permetteranno di monitorare il grado di formazione/coinvolgimento degli operatori e di fornire strumenti/informazioni utili per individuare dei punti di eccellenza.

RISULTATI Sulla base della pianificazione delle verifiche ispettive interne, i team di auditor identificati stanno concludendo gli audit come da calendario e la Direzione Sanitaria d'Istituto sta raccogliendo ed elaborando gli esiti delle verifiche stesse. In considerazione della data di inizio progetto (seconda metà di ottobre 2010), i dati attualmente disponibili sull'intranet aziendale mostrano una buona adesione del personale dell'Istituto a rispondere alle domande del questionario sulle conoscenze del governo clinico.

CONCLUSIONI La sperimentazione di un sistema qualità virtuale permette di integrare gli strumenti del governo clinico nella realizzazione multiprofessionale di progetti, aree di attività e conoscenze.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ferrara Letizia	Istituzione	INRCA
Telefono	071 8003528	Indirizzo	Via Montagnola, 81
Fax	071 8003564	CAP	60121
E-mail	l.ferrara@inrca.it	Città	Ancona

32. RICERCA QUALITATIVA E FARMACO EQUIVALENTE: L'ESPERIENZA DELL'AUSL VITERBO IN UN PERCORSO DI APPROPRIATEZZA, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI

Ferrelli RM¹, Nulvesu ML², Proietti A², Tosini ML²

¹Istituto Superiore di Sanità, ²AUSL Viterbo

BACKGROUND L'Unità Operativa Formazione dell'AUSL Viterbo dal 2000 ha adottato una strategia formativa basata sui principi dell'apprendimento organizzativo in sistemi adattativi complessi, capace di autogenerare l'aggiornamento dei propri componenti. Il percorso ha previsto la valorizzazione delle risorse professionali interne e di metodiche di ricerca qualitativa in grado di approfondire dimensioni che il dato quantitativo non sa delineare, soprattutto quando si pensa alla componente relazionale dei contesti organizzativi. La scelta di condurre una ricerca-azione qualitativa con focus group su attitudini e opinioni di cittadini e operatori sanitari sul farmaco equivalente origina sia dalla necessità di contribuire al contenimento della spesa farmaceutica, in linea con il piano di rientro della spesa sanitaria della Regione Lazio, sia dall'importanza di utilizzare strumenti di indagine in grado di cogliere le molteplici sfumature che caratterizzano le dinamiche comportamentali dei singoli, le loro opinioni ed aspettative, nella consapevolezza che la conoscenza di ciò rappresenta il primo passo per un efficace cambiamento organizzativo, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali di salute del cittadino e di rispetto delle esigenze di bilancio. Nella selezione degli attori per la ricerca-azione si è tenuto conto dei molteplici livelli cui il farmaco equivalente fa riferimento: Medici Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti, Farmacie convenzionate e Consumatori, puntando sulla partecipazione sia dei prescrittori che dei cittadini e sulla corresponsabilità tra cittadino e sistema sanitario nel riequilibrio dell'asimmetria informativa. Di fatto, alcune delle Associazioni partecipanti ai focus group erano già inserite nello Sportello delle Associazioni presente presso il Punto Unico di Accesso del Distretto di Viterbo, a conferma di una continuità della "strategia della partecipazione" nella realtà distrettuale.

OBIETTIVI La ricerca qualitativa condotta era finalizzata a descrivere opinioni, attitudini e percezioni dei consumatori sull'uso e il non-uso del farmaco equivalente, a descrivere le opinioni dei professionisti sugli aspetti di qualità ed economicità del farmaco equivalente e ad identificare possibili motivazioni al basso uso dei farmaci equivalenti.

METODI Nel 2009 sono stati condotti due focus group con rappresentanti di associazioni di consumatori e due focus group con professionisti delle "Commissioni Appropriatelyzza", attive nei cinque distretti aziendali. Il campionamento è stato di tipo selettivo. La preparazione e conduzione dei focus group è stata effettuata sulla base delle indicazioni della letteratura scientifica e di un protocollo condiviso, che ha previsto la costruzione di una scaletta di domande per il moderatore e linee guida per l'osservatore e il note-taker. I dati raccolti sono stati trascritti e analizzati per mezzo del software N-Vivo. I risultati sono stati validati dai partecipanti ai focus group e alla plenaria svolta nell'ambito del percorso formativo ECM specifico. Sono state utilizzate tecniche specifiche per incrementare il rigore scientifico dello studio (triangolazione dell'approccio analitico, revisione dei risultati da parte dei partecipanti allo studio).

RISULTATI Lo studio ha evidenziato un clima tendenzialmente di sfiducia nei confronti del farmaco equivalente, principalmente collegato alla mancanza di informazione al riguardo. L'attitudine dei consumatori verso il farmaco equivalente è positiva ed è fondamentalmente mediata dalla figura del medico di famiglia, cui i pazienti delegano la responsabilità terapeutica e la scelta del farmaco. I professionisti a conoscenza dell'iter certificativo del farmaco sono maggiormente propensi all'uso del farmaco equivalente. Mancanza di informazione e di fiducia nella qualità ed efficacia del farmaco sono tra le principali cause del basso uso di farmaci equivalenti, cui si aggiunge una maggior fiducia nel farmaco di marca e l'abitudine alla prescrizione di quest'ultimo. Infine, sia i consumatori che i professionisti sono consapevoli delle dinamiche di mercato che sottendono la problematica del farmaco, sottolineando l'importanza di un approccio integrato e la creazione di una rete e sinergie per promuovere l'uso del farmaco equivalente.

CONCLUSIONI L'esperienza dell'AUSL Viterbo mostra come la ricerca qualitativa, attraverso la caratterizzazione di realtà complesse, possa occupare un posto di rilievo sia nell'implementazione di un governo clinico in cui il principio di appropriatezza governa la buona pratica clinica e i comportamenti professionali, sia nel pieno coinvolgimento del cittadino e del personale sanitario, in un'ottica di apprendimento e sviluppo organizzativo all'interno di sistemi sanitari complessi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ferrelli Rita Maria	Istituzione	Istituto Superiore di Sanità
Telefono	06 49904136	Indirizzo	Viale Regina Elena, 299
Fax	06 49904134	CAP	00161
E-mail	rita.ferrelli@iss.it	Città	Roma

33. STUDIO PILOTA SULLA VARIABILITÀ INFERMIERISTICA NELLA SOMMINISTRAZIONE SOTTOCUTANEA DI EPARINA SODICA

Ferri P¹, Davolio F², Corradini L¹, Scacchetti D³, Panzera N²

¹Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, ²Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, ³Azienda Usl di Modena

BACKGROUND La somministrazione sottocutanea di eparina sodica è un intervento infermieristico frequentemente eseguito. Vi sono molte ricerche redatte in Italia e all'estero che parlano delle cause e delle problematiche legate alla somministrazione dell'eparina sottocute, ma nessuna che si occupi di come viene eseguita la tecnica dal personale infermieristico nelle varie unità operative, ed è proprio da questa mancanza che nasce l'idea di questa ricerca.

OBIETTIVI L'obiettivo principale dell'indagine è di osservare come l'infermiere effettua la somministrazione di eparina sottocute, verificare l'uniformità di esecuzione della tecnica ed evidenziare quali siano le differenze.

METODI Studio osservazionale. Lo strumento: - griglia osservazionale che ripercorre le fasi principali della somministrazione sintetizzandole in 10 domande. - scheda raccolta dati per le variabili socio-anagrafiche. Il campione: 36 infermieri presso una azienda sanitaria modenese. Periodo di osservazione ed intervista: Settembre 2010.

RISULTATI Punto 1, tra la disinfezione e la puntura intercorre un tempo >5 sec? NO=89% SI=11% Punto 2, la bolla d'aria presente nella siringa viene portata verso l'alto? NO=17% SI=83% Punto 3, qual è la sede d'iniezione? Addome=86% Deltoide=14% Sovra gluteo e coscia = 0% Punto 4, Viene fatta una valutazione della sede d'iniezione? NO=0% SI=100%* Punto 5, viene sollevata una plica cutanea per l'iniezione? NO=31% SI=69% Punto 6, viene mantenuta la plica durante la manovra? NO=61% SI=39% Punto 7, viene eseguita la manovra di Lesser? NO=94% SI=6% Punto 8, qual è l'angolo di iniezione? 90°=66% 45°=28% 30°=6% Punto 9, quanto tempo viene impiegato per l'iniezione del farmaco? t<t10 sec=0% Punto 10, dopo l'iniezione viene massaggiata la sede di iniezione? NO=100% SI=0% Alla domanda se vi fosse nell'unità operativa una procedura aziendale di riferimento è emerso che non fosse disponibile in nessuno degli ambiti analizzati.

CONCLUSIONI Dall'analisi dei dati si evince la necessità di omogeneizzare l'esecuzione della tecnica osservata, anche se le ridotte dimensioni del campione non permettono di generalizzare questo tipo di conclusioni. Sarebbe utile indagare ulteriormente questo aspetto in altri reparti, aumentando la forza dello studio e analizzando la situazione in altre realtà vicine. Altro aspetto da sviluppare è l'educazione sanitaria della persona assistita, poiché moltissimi sono i pazienti dimessi che devono proseguire questa terapia al domicilio. Se esiste una variabilità nell'esecuzione di questa procedura infermieristica anche l'educazione terapeutica al paziente ne risentirà. La nostra proposta è di ampliare lo studio e nel caso questa variabilità fosse confermata costituire un gruppo di lavoro misto Università-Azienda per l'elaborazione di una procedura aziendale evidence based. Successivamente costruire un breve depliant informativo corredato di immagini che possa essere di supporto all'infermiere quando educa il paziente e di sostegno alla persona o al suo care giver quando al domicilio dovrà provvedere da solo all'esecuzione dell'iniezione sottocutanea.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ferri Paola	Istituzione	Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Telefono	059 2055456	Indirizzo	Via G. Campi, 287
Fax	059 4222520	CAP	41121
E-mail	paola.ferri@unimore.it	Città	Modena

34. APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA E DEGLI STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO AD UNA EPIDEMIA DI ACINETOBACTER BAUMANNII IN UNA TERAPIA INTENSIVA SPECIALISTICA

Francone C¹, Catalani V¹, Massei V², Porretta A¹

¹Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, ²Università degli Studi di Pisa

BACKGROUND L'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana ha attivato una Procedura Aziendale riguardante il sistema di segnalazione volontaria degli eventi potenzialmente dannosi come strumento prezioso con cui raccogliere una serie di informazioni fondamentali per tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'evento avverso, rilevare i rischi presenti nella realtà aziendale e realizzare azioni di miglioramento mirate a prevenire il verificarsi di altri eventi. È pervenuta all'Unità Integrata per la Gestione del Rischio Clinico e del Contenzioso (UGIRCC) la Scheda di segnalazione in cui si evidenziava che in una Terapia Intensiva Specialistica (T.I.S.), 4 pazienti ricoverati su 5 risultavano positivi per *Acinetobacter baumannii* resistente agli antibiotici.

OBIETTIVI Applicare la metodologia e gli strumenti per la gestione del rischio clinico ad un episodio epidemico di infezione ospedaliera da *Acinetobacter baumannii* al fine di individuare misure di controllo atte a contrastarne la diffusione e una futura ricolonizzazione.

METODI La segnalazione raccolta dall'UGIRCC è stata sottoposta ad una prima valutazione mediante una scheda di analisi, allo scopo di rilevare le cause che possono aver contribuito al verificarsi dell'evento. L'UGIRCC ha organizzato e coordinato le azioni necessarie affidando alla UO Igiene ed Epidemiologia Universitaria l'analisi per l'identificazione degli errori e con la Direzione Sanitaria, il Dipartimento Infermieristico e la U.O. Malattie Infettive le azioni necessarie per la soluzione della problematica. Gli interventi di analisi attivati sono stati: a) ricostruzione epidemiologica di movimenti, ammissioni e dimissioni dei pazienti, oltre ad un cronogramma dei dati microbiologici risultanti dalle indagini effettuate ai fini diagnostici e di sorveglianza nel periodo marzo-luglio 2006. b) indagine osservazionale sui comportamenti degli operatori sanitari c) intensificazione delle culture di sorveglianza nei pazienti presenti nella T.I.S. d) effettuazione di culture ambientali per riconoscere una eventuale persistenza del microrganismo nell'ambiente inanimato. Gli interventi di miglioramento proposti alla Direzione al fine di evitare la trasmissione dei microrganismi implicati sono stati: a) stretto isolamento dei pazienti e identificazione di due team di personale infermieristico dedicato all'assistenza dei pazienti colonizzati/infetti e non colonizzati b) rivalutazione degli interventi di terapia degli episodi infettivi c) effettuazione di una Mortality e Morbidity Review (M&M Review) con tutto il personale per una condivisione e rimodulazione dei comportamenti di prevenzione (igiene delle mani, uso di appropriate precauzioni di barriera, igiene ambientale) d) misure organizzative con un aumento del personale infermieristico e la chiusura temporanea dell'accettazione di nuovi casi, per prevenire ulteriori casi secondari.

RISULTATI Dall'analisi effettuata, risulta che l'episodio epidemico ha coinciso con un momento di difficoltà organizzativa, legato alla diminuzione del personale infermieristico presente nella T.I. (dalle 18 unità effettive alle 13 presenti a metà luglio) e all'aumentato turnover di pazienti (più di 10 nel solo mese di luglio), con conseguente incremento del carico di lavoro e una riduzione del rapporto infermieri/pazienti e una verosimile ridotta attenzione alle procedure di isolamento. Tra le diverse ipotesi sulle pratiche o procedure che possono aver contribuito alla trasmissione del microrganismo tra i pazienti ricoverati, spiccano un inadeguato lavaggio delle mani e un mancato utilizzo delle normali barriere di protezione, oltre ad una ridotta (2volte/die) frequenza di pulizia ambientale. A seguito della M&M Review effettuata, si è osservato una maggiore attenzione alle misure fondamentali di prevenzione, quali il lavaggio delle mani, portando alla negativizzazione di alcuni pazienti presenti.

CONCLUSIONI La rilevazione dei quasi eventi non è fine a se stessa, ma è il punto di partenza per valutare interventi e promuovere la qualità e la sicurezza dell'assistenza e degli operatori nell'effettivo contesto in cui operano; l'effettuazione tempestiva di una M&M Review ha portato alla rapida identificazione dei rischi e modificato il comportamento della pratica clinica, oltre ad aver orientato le decisioni della Direzione Aziendale circa l'allocazione delle risorse necessarie per l'implementazione di misure prioritarie di prevenzione rispetto ai rischi rilevati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Francone Concetta	Istituzione	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Telefono	050 996821	Indirizzo	Via Roma, 67
Fax	050 996822	CAP	56100
E-mail	c.francone@o-pisa.toscana.it	Città	Pisa

35. LA GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE: L'AUDIT CLINICO STRUMENTO METODOLOGICO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA

Lorenzini A, Guindani M, Borinato F

Azienda Ospedaliera Desenzano del Garda

BACKGROUND L'infezione delle vie urinarie (I.V.U.) è la tipologia più comune fra le infezioni ospedaliere (circa il 40% di tutte le infezioni nosocomiali). Si stima che tra il 15 e il 25% dei pazienti ospedalizzati riceva una cateterizzazione short-term che passa al 25% nel caso di cateterizzazione a permanenza. L'incidenza delle I.V.U. associata ad una cateterizzazione singola varia dall'1 al 3% nei diversi studi anche se, in particolari gruppi di pazienti (anziani, donne in gravidanza, soggetti debilitati), il rischio può essere molto più elevato. La durata media e mediana di posizionamento complessivo del C.V. è tra i 2 e i 4 giorni. L'incidenza delle I.V.U. nei soggetti cateterizzati aumenta progressivamente in relazione alla persistenza della cateterizzazione: anche utilizzando sistemi di drenaggio chiuso, l'incidenza d'infezione è mediamente del 5 - 10% per giorno/catetere; circa il 50% dei soggetti cateterizzati per più di 7 - 10 giorni sviluppa una batteriuria che raggiunge il 100% dopo 30 giorni di cateterismo. È stato stimato che, tra il 17% e il 69% delle I.V.U. catetere-associate, sono prevenibili con misure di controllo delle infezioni raccomandate. Molti studi hanno dimostrato che una quota consistente delle I.V.U. (il 40% circa) è prevenibile migliorando l'aderenza a standard assistenziali per quanto concerne sia il ricorso al cateterismo urinario sia l'assistenza prestata alla persona cateterizzata.

OBIETTIVI Ottenere dati riguardanti l'adesione di un campione di infermieri al Protocollo dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano d/G per una corretta gestione del catetere vescicale (C.V.) e per valutare l'incidenza della sintomatologia positiva, con probabile infezione delle vie urinarie (I.V.U.), dei soggetti portatori di C.V. attraverso alcuni indicatori specifici.

METODI Per questo studio prospettico è stato approntato un approccio rigoroso e metodologico di rilevazione, analisi e valutazione dei dati osservati nelle Unità Operative di Rianimazione, U.T.I.C., Chirurgia, Medicina Maschile e Femminile, Ortopedia Maschile e Femminile, Nefrologia e Ostetricia/Ginecologia. Complessivamente sono stati valutati 156 soggetti portatori di C.V. per un totale di 362 rilevazioni dall'1 Maggio al 25 Giugno 2010.

RISULTATI Il maggior numero di C.V. posizionati si è verificato in Ortopedia Femminile (33). La media complessiva delle giornate di permanenza del C.V. è di 8 giorni (Deviazione Standard 4,7). I dati suggeriscono una bassa dispersione del campione ed una sua buona significatività. L'Ostetricia spicca positivamente dalle medie specifiche per U.O. con una media di permanenza del C.V. di 2 giorni. La Nefrologia ha la media di permanenza più elevata (18 giorni), dovuta sia alle patologie presenti nell'U.O. sia all'esiguo numero di pazienti campionati che non ha conferito significato al dato. I degenti della Chirurgia e della Medicina rientrano nella fascia a rischio di sviluppare una batteriuria nel 50% dei casi. L'adesione al Protocollo è stata mantenuta nella quasi totalità dei casi evidenziando solo alcuni bias che potranno essere eliminati attraverso dei correttivi mirati. L'incidenza della sintomatologia positiva dei soggetti è risultata essere in linea con quella presente in letteratura (incidenza del 25% - media 4,33 – Deviazione Standard 2,6).

CONCLUSIONI Per questo argomento sarebbe interessante studiare le indicazioni cliniche adottate non solo per l'inserimento del C.V. ma anche per la stima del periodo di permanenza in sede del C.V. poiché la durata della cateterizzazione deve essere la minima possibile per ridurre il disagio del paziente ed il rischio di I.V.U.. Inoltre la sintomatologia positiva riscontrata nei degenti potrebbe diminuire se l'équipe assistenziale adottasse la metodologia univoca presente nelle indicazioni del Protocollo aziendale fondata sulle più recenti evidenze scientifiche, attuando un aggiornamento continuo della pratica e una verifica periodica del grado della sua applicazione. A conclusione dell'audit, sono stati evidenziati in un incontro effettuato il 19 Ottobre 2010 dei correttivi essenziali e semplici da applicare, che verranno indagati e valutati a seguito di un periodo di implementazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Borinato Francesca	Istituzione	Azienda Ospedaliera Desenzano del Garda
Telefono	030 9929419	Indirizzo	Via Lungomella, 5
Fax	030 9929647	CAP	25025
E-mail	francesca.borinato@aod.it	Città	Manerbio

36. APPLICAZIONE OPERATIVA DELLA RILEVAZIONE PRESSO UN'AREA RESIDENZIALE DELLA DIPENDENZA IN UN GRUPPO DI ANZIANI RICOVERATI

Makil E

Casa di Riposo Bacherhof di Tires

BACKGROUND Le case di riposo e cura sono strutture caratterizzate da una forte presenza di soggetti over 65 anni e dal numero crescente delle loro necessità assistenziali. Inoltre l'assistenza è particolarmente condizionata dagli alti livelli di dipendenza assistenziale. In letteratura il concetto di dipendenza trova la sua definizione: è lo stato in cui viene a trovarsi un individuo che deve fare affidamento sull'aiuto altrui per soddisfare i suoi bisogni riconosciuti. La possibilità di quantificare l'autosufficienza tramite le abilità funzionali permette di avere un metro comune, un punto di partenza dal quale progettare e definire gli interventi assistenziali e verificarne l'efficacia. In letteratura sono presenti, e ampiamente utilizzate, numerose scale di valutazione per misurare la disabilità nelle attività della vita quotidiana nel soggetto anziano. Questa iniziativa di ricerca affronta il concetto di dipendenza in un gruppo di anziani, in particolare l'aiuto richiesto per portare a termine attività caratterizzate da un grado diverso di complessità. Alla luce di queste riflessioni abbiamo deciso di intraprendere uno studio presso l'area residenziale Casa di Riposo Bacherhof di Tires (Bz). L'ipotesi è quella di costruire e introdurre uno strumento di rilevazione e valutazione della dipendenza in un gruppo di anziani ricoverati, di provarlo e validarlo, verificando se, utilizzata da più operatori, produce risultati analoghi e quindi vicini alla realtà.

OBIETTIVI Lo scopo principale di questo lavoro è quello di valutare e analizzare il grado di dipendenza dei nostri ospiti utilizzando la Griglia Analisi Dipendenze, costruita sulla base dei 14 bisogni fondamentali dell'uomo, ricavati dalla teoria di Virginia Henderson, e in relazione a questo, costruire un secondo indice di dipendenza II dell'anziano dalla struttura in cui è ospitato, veloce da calcolare, prendendo come criterio guida il consumo di tempo giornaliero dedicato dall'operatore al singolo ospite e quindi il grado di dipendenza dell'ospite. L'altro scopo è quello di evidenziare l'eventuale relazione statistica tra la Griglia Analisi Dipendenze e alcune caratteristiche frequentemente correlate alla perdita di autonomia come, ad esempio, l'età, le difficoltà di esecuzione delle attività della vita quotidiana e, quindi, le capacità funzionali. L'obiettivo dello studio è quello di sviluppare un metodo per creare una fonte iniziale standardizzata, valida e documentata in equipe, che permette di sviluppare un linguaggio comune, nonché di gestire e riorganizzare meglio l'assistenza infermieristica legata ai 14 bisogni fondamentali.

METODI - Ricerca bibliografica (parole chiave: Dipendenza, Anziani, Nursing), - il periodo di studio dall'1 gennaio 2009 al 15 gennaio 2010, - 26 ospiti di entrambe i sessi sono inseriti nello studio; l'età media è di 87 anni, - per ogni ospite, sono state compilate tre schede raccolte dati: *scheda Griglia Analisi Dipendenze per la classificazione del grado di dipendenza in base alle 14 variabili di Virginia Henderson *scheda Rilevazione Indice di dipendenze II per la rilevazione del secondo indice di dipendenze (Tempo Totale dedicato dall'operatore al singolo ospite al giorno) *scheda Scala Katz ADL considerato il GOLD STANDARD per il confronto con la Griglia Analisi Dipendenze; lo scopo è quello di verificare eventuale correlazione tra i due strumenti. Il metodo parte dalla classificazione del grado di dipendenza delle persone assistite utilizzando la Griglia Analisi Dipendenze, in relazione a questo, costruire il secondo indice di dipendenze II.

RISULTATI *La distribuzione delle persone assistite per classe di dipendenza alle due rilevazioni è: rilevazione al 30.04.2009, classe 1 (46%), classe 2 (31%), classe 3 (12%) e classe 4 (12%). *la distribuzione delle persone assistite al 30.07.2009, classe 1 (38%), classe 2 (31%), classe 3 (12%) e classe 4 (19%) * tempo medio di assistenza giornaliero è di 437 min +/- 258,005 *la comparazione tra scala Katz ADL è stata eseguita mediante il test di Pearson di correlazione lineare e il test di Spearman. È stata riscontrata una correlazione fortemente positiva tra scala Katz ADL e la Griglia Analisi Dipendenze, con R di Pearson pari a 0,886.

CONCLUSIONI La Griglia proposta nel presente lavoro, oltre alla semplicità e rapidità di somministrazione, ha mostrato il vantaggio di poter dare informazioni preziose ed affidabili sull'incapacità e sulla necessità di assistenza dell'ospite della casa di riposo e cura. Attraverso lo studio si è potuto verificare la validità e la riproducibilità della Griglia utilizzata.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Makil Elhassan	Istituzione	Casa di Riposo e Cura Bacherhof di Tires
Telefono	0471 642330	Indirizzo	Via S. Giorgio, 22
Fax	0471 640108	CAP	39050
E-mail	elhassan.makil@gemeinde.tiers.bz.it	Città	Tires

37. GESTIRE E PREVENIRE GLI EVENTI SENTINELLA: PRESENTAZIONE DI UN PROGETTO FORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE AVANZATE

Malinverno E

AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese

BACKGROUND Il tema della sicurezza dei pazienti nelle organizzazioni sanitarie è di enorme attualità. Gli incidenti e gli errori che possono verificarsi durante le cure sono oggetto di grande attenzione da parte della letteratura scientifica e dei mass media. Le cure vengono progettate, proposte e offerte da sistemi organizzativi complessi e nello stesso tempo ad alta affidabilità, che si relazionano con i pazienti, attraverso uomini (professionisti della salute) competenti e in buona fede, ma fallibili. Il sistema organizzativo che governa le modalità di erogazione delle cure è molto strutturato e articolato; le competenze sono specializzate, l'integrazione fra i saperi è complessa, la comunicazione fra le persone non sempre facile e basata su una fitta rete di relazioni. Molti studi sull'argomento e numerose linee guida, prodotte a livello internazionale dalle principali banche dati di revisioni sistematiche, comprendono la formazione del personale sanitario come parte integrante dei programmi di prevenzione e gestione del rischio clinico. La formazione rappresenta, infatti, una leva strategica al cambiamento organizzativo e del comportamento umano, nonché una barriera utile a ridurre tale rischio nelle strutture ospedaliere e deve essere progettata con riferimento a specifiche competenze.

OBIETTIVI Questo lavoro nasce dall'esigenza di elaborare un manuale didattico, relativo alla progettazione di un corso per la formazione dei formatori, in una specifica tematica del rischio clinico: la gestione e la prevenzione degli eventi sentinella con una declinazione esemplificativa al rischio di caduta dei pazienti in ospedale. Il lavoro, che ha l'obiettivo di fare acquisire competenze avanzate su questa tematica, si articola in due parti principali. La prima esplora l'inquadramento teorico di riferimento; la seconda parte, invece, approfondisce la progettazione formativa illustrandone il percorso metodologico orientato al modello pedagogico proposto da Guilbert e in riferimento ai principi di apprendimento dell'adulto approfonditi da Knowles.

METODI L'orientamento concettuale e metodologico di riferimento per questo corso di formazione, dalla definizione delle competenze attese alla progettazione, è quello rappresentato dal Modello andragogico che, ponendo lo studente (adulto) al centro del processo di apprendimento, permette lo sviluppo della sua capacità di risoluzione dei problemi e di presa di decisioni, così da facilitare l'assunzione completa delle responsabilità da esse derivanti. Il progetto formativo si è orientato ai problemi prioritari di safety e ai modelli tassonomici di apprendimento di Guilbert a partire dalle competenze attese. L'identificazione degli obiettivi formativi classificati in generali, intermedi e specifici, ha permesso, sul piano formativo, di circoscrivere l'ambito di applicazione delle competenze professionali (cognitive, comunicative-relazionali e gestuali), di definire i contenuti e di scegliere appropriati metodi e strumenti di valutazione.

RISULTATI La formazione attiva ruoli differenti e fortemente integrati per le persone coinvolte: da un lato, gli operatori destinatari del processo formativo diventano protagonisti attivi e responsabili del proprio percorso formativo, partecipando alla rilevazione dei bisogni di formazione ed alla valutazione degli obiettivi formativi raggiunti; dall'altro lato i formatori ed i docenti, oltre a fornire il proprio contributo di conoscenza e ad organizzare la offerta formativa, agiscono essenzialmente quali facilitatori di processi di apprendimento. Studi sull'apprendimento degli adulti dimostrano che non è possibile un reale apprendimento senza la spinta di un bisogno, che motiva la partecipazione attiva ed il protagonismo diretto del soggetto in formazione.

CONCLUSIONI Qualsiasi progetto formativo deve nascere, pertanto, da una analisi dei bisogni formativi del singolo individuo e della organizzazione nel suo complesso. In questa fase propedeutica alla progettazione formativa, che, secondo l'OMS, è il fattore più rilevante per la qualità dell'intervento, si definiscono gli obiettivi, i percorsi, i partecipanti, i ruoli, i risultati attesi e gli strumenti di valutazione degli stessi. Un processo formativo così inteso non può prescindere dalla verifica della sua efficacia attraverso la valutazione degli esiti, in base a standard predefiniti, nell'ambito dell'apprendimento individuale e dell'impatto sulla organizzazione. Il ruolo strategico della formazione in una organizzazione complessa quale quella sanitaria presuppone un "clima" di collaborazione, di intesa e di condivisione fra tutti i soggetti coinvolti: le direzioni, i dirigenti, i lavoratori, i pazienti, i cittadini, considerati singolarmente oppure associati o rappresentati da organismi di tutela.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Malinverno Enrico	Istituzione	AO Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi
Telefono	0332 278976	Indirizzo	Viale L. Borri, 132
Fax	0332 278983	CAP	21100
E-mail	enrico.malinverno@ospedale.varese.it	Città	Varese

38. IL PROFILO DELL'INFERMIERE DI COLLEGAMENTO: UNA PROPOSTA APPLICATIVA DISEGNATA SECONDO LE VALUTAZIONI DEI POTENZIALI E DELLE PRESTAZIONI

Mantovani M

AUSL Bologna

BACKGROUND La complessità clinico-assistenziale esige di essere gestita con modelli di network e con approccio di governo clinico. Tuttavia, se è vero che il management sanitario degli ultimi anni ha dato alla luce numerosi modelli di rete, all'interno dei quali, per altro, alcuni nodi rappresentano realmente delle eccellenze per effetto dell'iper-specializzazione, è anche vero che questi numerosi network a fatica dialogano fra loro efficacemente, sviluppandosi al massimo all'interno della propria area "omogenea-assistenziale". È necessario quindi pensare, non solo all'introduzione di nuovi modelli organizzativi ma anche allo sviluppo di professionisti in grado di implementare questi modelli e fornire risposte concrete ai problemi quali-quantitativi di produzione di beni di merito (quanti e quali servizi erogare e nei confronti di quali categorie di pazienti?) ed alla vorticoso revisione dei ruoli professionali.

OBIETTIVI Ricercare in letteratura l'esistenza di un professionista sanitario con competenze avanzate in grado di inserirsi a collante fra i nuclei di cure primarie da un lato e l'assistenza ospedaliera all'interno delle ICU (Intensive Care Units) dall'altro per permettere, in termini di miglioramenti organizzativi e prognostici, il governo delle acuzie nei pazienti cronici: tematica solo parzialmente sviluppata nel Chronic Care Model. Una volta identificato il professionista redigerne un profilo di posto tenendo presente l'esperienza internazionale.

METODI Eseguita revisione sistematica identificando una "foreground question" sviluppando il seguente protocollo di ricerca: 1. definizione del quesito di revisione. Costruita con l'acronimo PICO una "foreground question": P (pazienti assistiti nel "primary care" e nelle ICU), I (introduzione organizzativa di un sanitario con "advanced competencies"), C (comparazione con modelli organizzativi esistenti), O (miglioramenti organizzativi e/o prognostici); 2. strategia di ricerca degli studi (consultati database elettronici (MedLine, Cinahl, Trip database, Cochrane Library, Joanna Briggs Institute) e ricerca manuale su riviste specializzate (BMJ, British Geriatrics Society, Oxford Journals, Anaesth Intensive Care, AORN Journal, Injury, The European Cardiologist) con le seguenti key-words (home care organization, advanced practice nurse (APN), discharge nurse, primary care, acute care, nursing homes, first line nurse manager); 3. criteri inclusione ed esclusione: l'inclusione ha rispettato l'applicazione del PICO e per i disegni di studio si è utilizzata la piramide delle evidenze rispetto alla disponibilità degli studi. Impostati, quando possibile, i seguenti limiti: humans, publ in last 10 years, italian or english language); 4. valutazione della qualità degli studi: negli RCT è stata utilizzata la "Checklist for Assessing Validity of Experimental Studies" e la griglia di valutazione critica delle revisioni sistematiche adattata dal Joanna Briggs Institute (Best Practice Systematic Reviews, vol.1, n.1, 2000); 5. Eseguita analisi economica consultando, con la key word "liaison nurse", l'area NHS EED del Center for Reviews and Dissemination; 6. analisi dei dati e commento finale.

RISULTATI La ricerca, inizialmente condotta non sempre grazie l'ausilio di operatori booleani, ha ottenuto 1358 studi in possesso dei criteri di inclusione, così suddivisi n. 825 RCT (61%), n. 296 Review (22%), n. 237 altri (17%). Successivamente si è scelto di selezionare solamente studi in full text contenenti almeno 3 delle sopra citate key words. I risultati di uno studio pubblicato su Anaesth Intensive Care nel 2006 dimostra come sia statisticamente significativo l'intervento del L.N. nell'abbattere i tempi di dimissione dalle ICU (OR 2.5 (1.2-5.2)).

CONCLUSIONI Gli studi sul Liaison Nurse, non scervri da alcuni bias, dimostrano come questo professionista riesca ad erogare assistenza clinica avanzata, coordinare e pianificare il management dei posti letto, svolgere funzione di advocacy per famigliari e pazienti, prestare attività di consulenza per i colleghi e sviluppare leadership professionale (Green & William, 2006). Il Liaison Nurse è inoltre in grado di sviluppare strategie di marketing: riconosce nell'attrattività della struttura un punto di forza in grado di fidelizzare i principali stakeholders (portatori di interessi) interni ed esterni.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mantovani Massimo	Istituzione	AUSL Bologna
Telefono	051 4132244	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax	051 6757745	CAP	40124
E-mail	m.mantovani@118er.it	Città	Bologna

39. INDAGINE SULL'APPROPRIATEZZA DELLA PRESCRIZIONE DI COLONSCOPIE NELLA ZONA DI ANCONA: RISULTATI PRELIMINARI

Marcosignori M¹, Lorenzini I¹, Mosca P¹, Tomarelli LM², Benedetti A¹, Gabrielli B¹, Pomponio G¹

¹Ospedali Riuniti di Ancona, ²Ospedale di Osimo

BACKGROUND La colonscopia è una delle procedure di riferimento per lo studio del tratto intestinale inferiore ed è ampiamente utilizzata, con finalità diagnostiche e terapeutiche, in molteplici condizioni morbose. Questa sua versatilità può portare ad un impiego inappropriato, fonte di spreco di risorse e possibile causa di un consistente allungamento delle liste d'attesa. La letteratura scientifica mette a disposizione documenti guida da cui estrarre indicatori e standard per valutare l'appropriatezza nella prescrizione ed esecuzione tecnica della colonscopia. Nella zona di Ancona non è mai stato condotto un audit clinico con questi obiettivi e, dato l'imminente avvio di un programma di screening del cancro del colon retto appare ancora più necessario implementare un sistema di monitoraggio di tale procedura.

OBIETTIVI Analizzare l'appropriatezza nella prescrizione di colonscopie come passo preliminare per: 1. Migliorare l'appropriatezza prescrittiva; 2. Ridurre le liste di attesa; 3. Contenere i costi.

METODI Setting: tre Unità operative (U.O) di gastroenterologia della zona di Ancona. Disegno dello studio: audit clinico prospettico condotto nel periodo novembre 2008-Febbraio 2009. Gruppo di lavoro: multidisciplinare, composto da professionisti appartenenti a medicina generale, gastroenterologia, medicina interna, oncologia e chirurgia; gruppo arricchito da un rappresentante della Direzione Sanitaria e un esperto di audit clinici. Raccolta dei dati: la raccolta ha impiegato un apposito database elettronico ed è durata 4 mesi. Individuazione documento di riferimento: nel periodo Agosto-Ottobre 2008 è stata condotta una revisione della letteratura scientifica alla ricerca di linee guida, HTA o statements relativi all'appropriatezza della colonscopia in se e alle principali patologie in cui è abitualmente impiegata. Un documento dell'ASGE (American Society For Gastrointestinal Endoscopy) è stato individuato come documento guida. Definizioni operative: esami appropriati eseguiti secondo le indicazioni ed i tempi riportati nel documento guida; esami con riscontri endoscopici rilevanti, nel cui referto compaiono anomalie morfologiche o cromatiche della parete e/o del lume colico ad eccezione di emorroidi, diverticoli senza segni di flogosi, melanosi colica o anastomosi senza segni di flogosi. Analisi dei costi: è stato considerato come costo unitario medio di un esame il valore di 111,00 €. Analisi statistica: test statistici non parametrici. Tempi: la prima fase dell'audit è iniziata ad Agosto 2008 con la creazione del gruppo di lavoro e la ricerca bibliografica. Attualmente siamo alla fase di implementazione del documento guida, cui seguirà la fase di re-audit.

RISULTATI 1313 colonscopie consecutive registrate nel database. 231 escluse perché inserite in fase di training. 1082 analizzate pari al 65% degli esami eseguiti nello stesso periodo. Il tasso di appropriatezza complessiva è stato del 58.4% con oscillazioni che andavano dal 65.4% per gli internisti, fino al 47.8% per i gastroenterologi i quali costituivano insieme ai medici di famiglia e ai chirurghi i principali prescrittori. Le più frequenti indicazioni non appropriate sono state: "sorveglianza dopo rimozione di polipi adenomatosi a intervalli troppo ravvicinati rispetto a quelli raccomandati", "dolore addominale acuto", "stipsi cronica", "screening per cancro del colon-retto in pazienti asintomatici effettuato ad una età inferiore a quella stimata valutando il rischio di base" e "sindrome dell'intestino irritabile/dolore addominale conico stabile". Le colonscopie eseguite per una indicazione considerata appropriata sono risultate a maggiore probabilità di riportare riscontri endoscopici rilevanti.

CONCLUSIONI Il progetto è ancora in corso ma molte appaiono le aree di inappropriata prescrizione spesso riguardanti gli stessi specialisti gastroenterologi. Avendo però individuato le principali aree di inappropriata prescrizione ed i prescrittori, è ora possibile intervenire sul problema con interventi mirati e tramite un profilo di cura condiviso e basato sulle evidenze. L'obiettivo è di ridurre del 50% in 12 mesi il numero di colonscopie eseguite secondo le 3 principali indicazioni inappropriate (pari a circa 900 esami) con un risparmio stimato di 100.000 €/anno e una sensibile riduzione dei tempi di attesa. Per questo lavoro non sono stati percepiti finanziamenti e gli autori negano la presenza di alcun conflitto di interesse.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Marcosignori Matteo	Istituzione	Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 5964209	Indirizzo	Via Conca, 71
Fax	071 5964209	CAP	60100
E-mail	matteo.marcosignori@libero.it	Città	Ancona

40. EBM E CLINICAL GOVERNANCE. SONDAGGIO SULLA CONSAPEVOLEZZA DI UN'OPPORTUNITÀ TRA GIOVANI CHIRURGHI ITALIANI

Maritati G¹, Baglio G¹, Panuccio G², De Pasquale F¹, Daddi N³, Coscarella C¹, Bartolucci R¹, Pogany G¹, Cao P¹

¹AO San Camillo-Forlanini, Roma, ²St Franziskus Hospital, Munster, ³AO S. Maria della Misericordia, Perugia

BACKGROUND Da un decennio la Clinical Governance (CG) rappresenta nel nostro Paese la strategia di politica sanitaria di riferimento per il raggiungimento e la salvaguardia di elevati standard qualitativi all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Essa rappresenta la "mission" del SSN e presume il coinvolgimento uniforme ed equo di tutte le categorie professionali che operano ai diversi livelli dell'organizzazione sanitaria. Al centro della Clinical Governance si colloca l'Evidence-based Medicine (EBM), che rappresenta da quasi due decenni il modello di pratica clinica più appropriato nell'ambito della medicina tradizionale. Essa offre il metodo più idoneo alla selezione e all'utilizzo dei migliori dati scientifici che, all'interno di ogni processo decisionale clinico-assistenziale, vanno adattati al contesto locale e calibrati sulle caratteristiche individuali dei pazienti.

OBIETTIVI Il presente sondaggio (patrocinato dalla Società Polispecialistica Italiana Giovani Chirurghi, SPIGC) ha misurato all'interno di un campione italiano di giovani specialisti o senior specializzandi in chirurgia: 1) il grado di conoscenza sull'EBM e la CG 2) il grado di rilevanza, all'interno della propria prospettiva professionale, da essi riconosciuta su EBM e CG.

METODI Il sondaggio è stato inviato via e-mail a un campione di chirurghi il cui indirizzo era incluso nella mailing-list della SPIGC. Il sondaggio è stato inoltre inviato a chirurghi non conosciuti direttamente dagli autori, ma segnalati a livello nazionale da altri colleghi per aver ottenuto ottimi risultati in termini di voto di laurea e specializzazione e perché dediti al loro lavoro "senza prestare attenzione" all'orario di servizio. I chirurghi eleggibili per il sondaggio dovevano essere specialisti da non più di 4 anni o iscritti all'ultimo anno di specialità. L'adesione al sondaggio è stata anonima.

RISULTATI Il sondaggio è stato inviato a 1077 chirurghi (1020 inclusi nella mailing list della SPIGC e 57 raggiunti mediante segnalazione). I rispondenti sono stati 254 (24%). Di questi, 137 erano specialisti da massimo 4 anni o iscritti all'ultimo anno di una specialità. Il 96% del campione di riferimento ha riferito di conoscere il termine "Evidence-based Medicine" e il 54% quello della "Clinical Governance". Solo il 62% ha riferito di conoscere una definizione dell'EBM della cui correttezza era certo; tale percentuale cala al 18% in merito alla Clinical Governance. Il 90% ha ritenuto che l'EBM condizionerà in maniera significativa la propria attività nei prossimi 15 anni; tale percentuale si riduce al 72% in merito alla CG. Inoltre, il 41% del campione di riferimento si è ritenuto inadeguato nella valutazione critica della letteratura scientifica.

CONCLUSIONI I risultati del sondaggio inducono a ritenere che il training post-lauream in Italia sia insufficiente a formare i giovani chirurghi in materia di EBM e CG. Tale carenza formativa permarrebbe negli anni successivi al training post-lauream. I giovani chirurghi sembrano riconoscere, all'interno della propria prospettiva professionale, l'EBM come più rilevante della CG. La portata dei risultati potrebbe essere condizionata dai limiti sopraindicati. Tuttavia, la bassa rispondenza e le caratteristiche del campione (in termini di rappresentatività) si potrebbero tradurre in una sovrastima dei livelli di conoscenza dei temi trattati: il quadro generale potrebbe quindi esser peggiore di quello emerso dallo studio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Maritati Gabriele	Istituzione	AO San Camillo Forlanini
Telefono	06 58301564	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 55552455	CAP	00151
E-mail	gabrielemaritati@libero.it	Città	Roma

41. L'ESPERIENZA DI UN AUDIT MULTIPROFESSIONALE NEL GOVERNO CLINICO NELLA AREA STROKE CARE DELLA UO GERIATRIA BENTIVOGLIO

Masina M, Malservisi S, Cenconi PF, Domenichini E, Mingolini N

AUSL Bologna

BACKGROUND Le più recenti revisioni sistematiche della letteratura hanno confermato che fornire ai professionisti informazioni circa la loro performance sotto forma di un Audit permette di migliorare lo standard di qualità della attività quotidiana. Il completamento della Rete Stroke Metropolitana rivolta ad ottimizzare il percorso del paziente con ictus prevede la attivazione di un'Area Stroke Care Spoke a Bentivoglio. La UO di Geriatria che la ospiterà ha sviluppato un percorso di formazione mirata attraverso la organizzazione/partecipazione di geriatri, infermieri e fisioterapisti a corsi dedicati Aziendali. Dopo il completamento della formazione si è ritenuto di implementare il Governo clinico dell'Area Stroke Care attivando un percorso strutturato di Audit, specifico della UO ma integrato con l'audit interaziendale. L'Audit Stroke della UOC Geriatria Bentivoglio si è strutturato secondo il modello del ciclo sistematico di Benjamin di cui si sono già realizzate: fase 1) Preparazione (2008); fase 2) Selezione dei criteri di revisione, definizione di uno standard minimo e condivisione con i componenti dell'equipe (2008); fase 3) Misurazione del livello di performance di base, degli scostamenti dallo standard e indicazione degli obiettivi in ottica multiprofessionale (2009-2010); fase 4) Valutazione dei miglioramenti: verifica dei risultati e del raggiungimento degli obiettivi dopo attivazione Area Stroke Care (in corso 2010). Le fasi 3 e 4 dell'Audit sono state approvate nel Piano Formazione Aziendale per la UOC Geriatria Bentivoglio (n. 7750/2009 n.8742/2010).

OBIETTIVI La Assistenza al paziente con ictus riesce a minimizzarne gli effetti invalidanti e la mortalità quando rispetta le indicazioni Evidence Based in tema di monitoraggio, di intervento diagnostico-terapeutico e di prevenzione delle complicanze. Per garantire al paziente con ictus acuto il migliore livello di assistenza possibile è necessario basare il Governo clinico della Area Stroke Care su dati obiettivi forniti da un monitoraggio sistematico. Gli obiettivi dell'Audit Stroke Bentivoglio sono: a) Confrontare la Area Stroke Care Bentivoglio con la Stoke Unit (SU) della AUSL di Bologna, utilizzando indicatori derivati da LG internazionali e dallo SPREAD (condivisi dagli operatori) e dalla SDO; b) Valutare la qualità dell'assistenza dell'ictus cerebrale identificando e pianificando il miglioramento e il superamento delle criticità emerse.

METODI I riferimenti per la definizione degli standard assistenziali e i relativi indicatori sono stati i documenti aziendali ed interaziendali alla base del percorso stroke, il progetto Stroke Care Area Bentivoglio, a sua volta strutturato a partenza dalla letteratura scientifica (Linee Guida SPREAD) e dai documenti regionali. L'Audit ha riguardato le sei Aree di seguito elencate con specifici indicatori. • Area "standard diagnostico". • Area "Standard di presa in carico diagnostico-terapeutica in fase acuta". • Area "Standard di risultato clinico". • Area "Standard di percorso di dimissione". • Area "Standard di prescrizione alla dimissione". • Area "Standard di safety". Lo slittamento al giugno 2010 della attivazione dei letti della Area Stroke care ha permesso di riprogettare la fase 4 rivolta agli interventi di miglioramento estendendola anche al personale assistenziale (infermieri, OSS, fisioterapisti) nell'ambito del modello di assistenza multi professionale. Gli standard di performance hanno quindi interessato non solo parametri di competenza medica ma anche assistenziale infermieristica e dei fisioterapisti. È stato realizzato un database condiviso fra geriatri, fisiatristi e fisioterapisti nel quel vengono registrati i parametri consentendo sia la analisi dei dati che in futuro il monitoraggio e il periodico riesame.

RISULTATI La valutazione preliminare dopo tre mesi dall'inizio dell'attività della Area Stroke Care della UO Geriatria Bentivoglio mostra il raggiungimento dello standard prefissato o il miglioramento dei parametri rispetto alla rilevazione dei pazienti ricoverati in UO Geriatria Bentivoglio nel 2009. Inoltre quando confrontabili i dati non si discostano significativamente da quelli che l'Audit Regionale 2007-2009 ha rilevato nella Stroke Unit già attiva. Nonostante il dato confortante si sono evidenziate alcune aree di potenziale miglioramento su cui si concentreranno gli sforzi di adeguamento nella fase 5 di monitoraggio prevista per il 2011.

CONCLUSIONI Uno dei settori dove l'Audit ha ottenuto i migliori risultati è rappresentato dall'Audit nazionale inglese sullo Stroke. La Regione Emilia Romagna si è impegnata nel Governo Clinico della Rete Stroke con uno specifico Audit interaziendale e regionale. La nostra esperienza di Audit di UO ha consentito di verificare la adozione dei corretti comportamenti clinico-assistenziali e la qualità della assistenza al paziente con ictus acuto nella difficile fase di attivazione di una Area Stroke Care.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Masina Marco	Istituzione	AUSL Bologna
Telefono	051 6644394	Indirizzo	Via Marconi, 35
Fax	051 6644491	CAP	40010
E-mail	marco.masina@ausl.bo.it	Città	Bentivoglio

42. TECNOLOGIE INFORMATICHE NELLA SICUREZZA DEL PROCESSO DI GESTIONE CLINICA DEI FARMACI

Mastrangelo S, Zoboli D, Ranza E, Bianchi G, De Matteis V, Farris S, Catellani S, Sassi F, Stelluto V, Busani C, Riccò D

Azienda USL Reggio Emilia

BACKGROUND Gli ADEs (Adverse Drug Events) incidenti correlati al processo di gestione clinica dei farmaci costituiscono un problema rilevante delle organizzazioni sanitarie al fine di garantire la sicurezza dei percorsi di cura dei pazienti. Negli ultimi anni si sono ottenuti notevoli progressi nella prevenzione degli errori di terapia grazie all'impiego di tecnologie informatizzate, distribuzione dei farmaci in dose unitaria, partecipazione attiva dei farmacisti nel processo clinico. La AUSL di Reggio Emilia, dal 1996, ha sviluppato un progetto di prescrizione e somministrazione computerizzata dei farmaci (PSC) la cui tracciabilità è garantita dall'impiego di barcode. Definito il processo di gestione informatizzata, messi a punto gli strumenti tecnologici (pc, terminali di lettura barcode portatili, software, ecc.), l'attenzione è orientata sulla identificazione delle aree di debolezza del sistema e sulle barriere di sicurezza applicabili. Il PSC, per il quale è prevista la registrazione informatizzata dei parametri vitali del paziente, sarà utilizzato in tutte le UU.OO. dei 5 ospedali aziendali.

OBIETTIVI Identificare i principali punti critici del processo di gestione clinica dei farmaci con PSC e della preparazione monodose; rilevare tipologia e frequenza degli eventi e near miss; Implementare modelli di buona pratica clinica degli operatori sulla sicurezza della gestione clinica dei farmaci nella U.O. Neuroriabilitazione dell'Ospedale di Correggio (Azienda USL Reggio Emilia).

METODI Tramite un percorso di formazione sul campo, un gruppo di professionisti (medici, infermieri, farmacista) del Reparto di Riabilitazione Intensiva Neurologica dell'Ospedale di Correggio con prevalenza di pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite (GCLA), coordinato dal Risk manager infermieristico, ha applicato lo strumento FMECA (failure mode effects and criticality analysis), metodologia proattiva di gestione del rischio, al processo di gestione farmaci con PSC. L'impiego successivo, per 40 giorni, di una scheda mirata di incident reporting (IR), ha permesso di rilevare tipologia e frequenza dei principali eventi e near miss osservati. I dati sono stati successivamente analizzati e classificati in 4 categorie per gravità e probabilità con assegnazione di codice colore in base al potenziale rischio per il paziente. In un successivo passaggio, in base a considerazioni di priorità e fattibilità, si è definito un piano delle azioni di miglioramento, con indicazione delle azioni correttive, dei tempi e delle risorse necessarie, del responsabile della implementazione e del monitoraggio, degli indicatori di risultato.

RISULTATI L'analisi FMECA ha fatto emergere aree critiche del processo relative alla identificazione del paziente, alla prescrizione e alla somministrazione dei farmaci. I dati raccolti durante la successiva osservazione con incident reporting hanno confermato la criticità di queste fasi del processo. L'I.R. ha permesso di collezionare 230 records (189 near misses e 41 events). Le fasi più rappresentate sono state la prescrizione dei farmaci (98), la fornitura alla unità operativa (45), la somministrazione dei farmaci (33), avarie del sistema informatico, difetti o malfunzionamento degli strumenti (20), altre aree (34). Dei 41 eventi segnalati, 8 erano relativi ad errori di prescrizione, 9 ad errori di somministrazione e 24 ad inconvenienti di somministrazione (ritardi, ecc). Il lavoro di analisi e riflessione ha permesso di acquisire alcuni risultati: miglioramento della comunicazione e della integrazione fra medici e infermieri della U.O., farmacisti e tecnici informatici, con maggiore consapevolezza e condivisione dei problemi, delle situazioni di rischio e con identificazione di possibili soluzioni; utilizzo, per tutti i pazienti, dei braccialetti identificativi con nome, cognome e barcode; inserimento, sui terminali di lettura, di segnali sonori diversificati a seconda che la prescrizione si riferisca a dose intera o a frazioni del farmaco (es. mezza compressa); potenziamento del segnale Wireless con migliore ricezione in tutta la U.O.; una maggiore personalizzazione dei profili di terapia, adeguando ed ottimizzando la forma farmaceutica alla tipologia del paziente (pazienti con PEG in GCLA); l'acquisizione di altri terminali di lettura, consentendo l'inserimento nel database dei parametri vitali e di altri indici (temperatura, glicemia, INR) in tempo reale, ha permesso una totale informatizzazione anche per la gestione dei farmaci con dosaggio personalizzato (anticoagulanti, insuline) con abolizione di schemi cartacei; "refresh" formativi rivolti ai professionisti sull'uso corretto del PSC e degli strumenti.

CONCLUSIONI FMECA ed Incident reporting si sono rivelati efficaci strumenti per l'identificazione delle maggiori criticità all'interno del processo di gestione clinica dei farmaci. Il coinvolgimento dello staff nella definizione del percorso, nella identificazione delle aree critiche e nella ricerca delle azioni di miglioramento, ci hanno permesso di aumentare il livello di sicurezza per i pazienti e di consapevolezza di tutto lo staff.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mastrangelo Stefano	Istituzione	Azienda USL Reggio Emilia
Telefono	0522 335216	Indirizzo	Via Amendola, 2
Fax	0522 335200	CAP	42100
E-mail	stefano.mastrangelo@ausl.re.it	Città	Reggio nell'Emilia

43. AUDIT CIVICO PIEMONTE 2009-2010. LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELL'ASL TO3 REALIZZATA DAI CITTADINI

Minniti D¹, Giacometti M¹, Papalia R², Battaglio T¹, Dore M¹, Sacco R¹, Marforio P¹

¹ASL TO3, ²Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

BACKGROUND Con l'Audit Civico le organizzazioni civiche e di volontariato promuovono la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende Sanitarie e possono cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali della pianificazione sanitaria, perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza. L'aspetto che caratterizza maggiormente l'Audit Civico è il ruolo assunto dal cittadino. Nella maggior parte delle metodologie di valutazione della qualità in sanità, il cittadino è in qualche modo "interrogato", "ascoltato"; in questo caso ricopre un ruolo attivo partecipando alla rilevazione dei dati ed alla valutazione dei risultati.

OBIETTIVI Promuovere la valutazione partecipata relativa agli aspetti di assistenza sanitaria in particolare dal punto di vista dei cittadini. Promuovere il confronto locale (benchmarking) e la diffusione di buone pratiche cliniche.

METODI L'Audit Civico integra tre approcci metodologici: l'analisi civica, le normative volte a sostenere la partecipazione dei cittadini alla valutazione dei servizi e le procedure della qualità. L'esperienza dell'Audit Civico condotto da Cittadinanzattiva in Italia nasce nel 2000. Il totale delle aziende coinvolte è stato pari a 134 e rappresenta un terzo delle aziende sanitarie italiane. Nel giugno 2009 Cittadinanzattiva Regione Piemonte ha siglato una convenzione con l'AReSS per l'utilizzo dello strumento dell'Audit Civico nella Regione Piemonte in tutte le Aziende sanitarie locali e Ospedaliere, la cui applicazione è terminata nel mese di dicembre 2009. A febbraio 2010 è stata completata l'elaborazione informatica e la relativa analisi dei dati. A marzo sono iniziati i rapporti a livello di singola azienda e, in Sede Regionale, è stato prodotto un report definitivo. Per ottenere una valutazione oggettiva delle attività dell'ASL, si è proceduto ad individuare una serie di componenti che, per le loro caratteristiche, sono state in grado di effettuare una valutazione multidimensionale della qualità assistenziale, tramite unità di misura che hanno così permesso di esplorare le varie dimensioni della qualità. Tali componenti sono: A. L'orientamento ai cittadini da parte delle aziende sanitarie B. L'impegno dell'Azienda Sanitaria nel promuovere alcune "politiche" di particolare rilievo sociale e sanitario. C. Il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali. Attraverso il calcolo dell'indice di adeguamento agli standard (IAS) è stato possibile fornire informazioni di carattere più generale sui fattori e sulle componenti presi in considerazione. L'IAS esprime (con una scala dal 0 a 100) in quale misura i valori raccolti per gli indicatori raggruppati in un fattore di valutazione corrispondono ai "valori attesi".

RISULTATI L'ASL TO3 nel suo insieme ha ottenuto un risultato eccellente, in quanto si è attestata a livello "OTTIMO". La componente che ha raggiunto i risultati migliori è stata la terza, "Il coinvolgimento dei cittadini nelle politiche aziendali", con un indice di IAS pari a 100. All'interno della prima componente ha ottenuto i valori più elevati il fattore "Personalizzazione delle cure, il rispetto della privacy, e l'assistenza ai degenti" con un indice di IAS pari ad 87. Nella seconda componente il fattore "Malattie Croniche e Oncologia" ha ottenuto il valore massimo (IAS=100), seguito dal fattore Sicurezza dei pazienti (IAS=96). Nella terza componente entrambi i fattori in esame hanno riportato il valore massimo (IAS=100), sia per quanto riguarda il "Funzionamento degli Istituti di Partecipazione" sia per quanto attiene ad "Altre forme di partecipazione dei cittadini e di interlocuzione cittadini/Azienda".

CONCLUSIONI L'iniziativa di Audit Civico conferma che è possibile integrare gli aspetti tradizionali di mobilitazione e di intervento delle organizzazioni di cittadini con uno sviluppo "disciplinare" delle capacità di elaborare dati e di produrre interpretazioni e valutazioni. Grazie anche al contributo dato dal benchmarking, le informazioni raccolte dall'Audit Civico hanno permesso di fare luce su una serie di fenomeni poco conosciuti o trascurati e di promuovere diffuse azioni di miglioramento, tra le quali, all'interno dell'ASL TO3, è stato possibile: • potenziare la capacità delle organizzazioni dei cittadini di interloquire con le Direzioni delle Aziende Sanitarie; • promuovere cambiamenti concreti e, spesso, a basso costo; • rendere più "trasparente" la gestione delle Aziende Sanitarie e degli ospedali nei confronti dei cittadini.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Papalia Riccardo	Istituzione	Università degli Studi di Torino
Telefono	011 9551400	Indirizzo	Strada Rivalta, 27
Fax	011 9551070	CAP	10098
E-mail	riccardo.papalia@unito.it	Città	Rivoli

44. STRESS LAVORO-CORRELATO: INDAGINE CONOSCITIVA SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Minnozzi A, Maccari C, Contigiani F, Illuminati Pietrella M, Foresi R, Calvigioni MM

ASUR Marche - Zona Territoriale 9 Macerata

BACKGROUND Benessere Organizzativo, salute e qualità della vita negli ambienti di lavoro sono temi di sempre maggiore interesse e centralità nella società. Il miglioramento del benessere organizzativo, e più in generale la valorizzazione delle risorse umane, può significare un concreto salto di qualità nell'efficienza della struttura lavorativa. Quando si rilevano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano fenomeni quali diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento della conflittualità nel rapporto con i pazienti e con i suoi familiari. Il concetto di salute organizzativa suggerisce che le organizzazioni potrebbero progredire e trovare beneficio nel tutelare la relazione con le persone che vi lavorano. Il modello della relazione lavoratori-organizzazione nelle "organizzazioni in salute" vede i lavoratori come adulti che possono ampiamente contribuire al successo della loro organizzazione, a patto che si creino le condizioni per la loro sicurezza, per il soddisfacimento dei bisogni di significato e di riconoscimento, per la considerazione delle esigenze di apprendimento, informazione e giustizia. Partendo da questi presupposti, tenendo conto della specificità assistenziale della professione di Infermiere e dell'esposizione ai rischi di stress e di burn-out, dovuti alle caratteristiche dell'utenza e dei bisogni di cui questa è portatrice ed anche all'attuale contesto sociale e professionale, si è creduto opportuno avviare una indagine sul benessere lavorativo ed organizzativo dei professionisti infermieri, partendo dall'analisi della letteratura nazionale ed internazionale prodotta sul tema.

OBIETTIVI Gli obiettivi di questa indagine conoscitiva sono molteplici: - conoscere processi e fenomeni che vanno ad incidere sul benessere organizzativo - ascoltare, valorizzare e far partecipare gli operatori - aumentare la conoscenza degli operatori sulla propria percezione delle variabili organizzative - permettere ai ruoli organizzativi di predisporre un eventuale piano di interventi.

METODI La metodologia di rilevazione, elaborata in collaborazione con la Facoltà di Scienze della Comunicazione e Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Macerata, è stata mutuata da esperienze condotte con successo in diverse realtà sanitarie del Centro Italia. Il processo di ricerca ha previsto le seguenti fasi: 1. predisposizione degli strumenti di ricerca; 2. individuazione dei referenti e della popolazione coinvolta nell'indagine; 3. coinvolgimento delle varie componenti dell'organizzazione; 4. utilizzo di un questionario già utilizzato e validato con piccoli adattamenti al contesto della Zona Territoriale 9; 5. organizzazione delle modalità di consegna e di restituzione dei questionari; 6. raccolta dei dati; 7. elaborazione dei dati con programma realizzato in sede; 8. redazione del report finale.

RISULTATI L'indagine è stata effettuata nel mese di gennaio 2009, sono stati raggiunti 617 tra infermieri ed ostetriche che prestano servizio nelle diverse strutture della Zona Territoriale 9: · Presidio ospedaliero di Macerata · Presidio ospedaliero di Tolentino · Presidio ospedaliero di Treia · Macrostruttura Territoriale. Dei 617 questionari consegnati sono stati restituiti ed utilizzati per l'elaborazione dei dati 511 questionari, raggiungendo così una percentuale assolutamente significativa per la valutazione dei dati stessi (83%). La scelta di operare a livello di unità operativa e tutta la parte descrittiva sulle caratteristiche e sulle opinioni che gli infermieri hanno del lavoro, mettono in evidenza una notevole complessità. Sicuramente emergono differenze che alcune volte possono essere lette in base all'area di appartenenza, alla specificità dell'attività sanitaria svolta; ma nella stessa area possono anche esistere unità operative con dinamiche interne differenti.

CONCLUSIONI Il grado di coinvolgimento degli infermieri ha dimostrato l'interesse che queste problematiche rivestono all'interno della professione, ma costituisce anche un buon predittore rispetto ai risultati rilevati: laddove vi è buona partecipazione ad iniziative del genere i livelli di interesse per la propria professione sono ancora elevati, così come non prevale ancora il "sentirsi bruciati". Questo interesse era già rilevabile anche dagli scambi di opinioni sia formali che informali tra gli operatori è l'indagine ha effettivamente dimostrato con modalità scientifiche, quello che è il sentire diffuso della professione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Minnozzi Alba	Istituzione	ASUR Marche - Zona Territoriale 9 Macerata
Telefono	0733 2573732	Indirizzo	Via Santa Lucia, 1
Fax	0733 2573770	CAP	62100
E-mail	alba.minnozzi@sanita.marche.it	Città	Macerata

45. PRELIMINARI PER L'IMPOSTAZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO DEI PAZIENTI AFFETTI DA POLMONITE DI COMUNITÀ (CAP) NELL'ASL CN2

Mittone E, Recalenda V, Dutto P, Infante L, Castellino L, Riella F

ASL CN2

BACKGROUND Nel 2007 nell'ASL-CN2 (169039-abitanti) sono stati registrati 1615 ricoveri per malattie dell'apparato respiratorio (ICD9-CM:460-519) di cui 215 (13.3%) per malattie croniche delle basse vie aeree (ICD9-CM:490-496). Migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli antibiotici ospedalieri e territoriali, ricopre un ruolo importante per aumentarne l'efficacia riducendone l'antibiotico-resistenza.

OBIETTIVI Tracciare un quadro delle prescrizioni di antibiotici ad alto costo (AAC) nei due presidi ospedalieri dell'ASL-CN2 per individuare criticità nel percorso decisionale della scelta del trattamento specialmente empirico al fine di predisporre un percorso assistenziale condiviso ospedale territorio.

METODI Sono state registrate le informazioni contenute nelle richieste motivate per AAC (RMAAC) di marzo-aprile-2010 che necessitano richiesta motivata nominativa; gli antibiotici presenti nel prontuario aziendale che necessitano di RMAAC sono: imipenem+cilastatina, meropenem, teicoplanina, piperacillina+tazobactam, cefepime, levofloxacina. Le informazioni registrate sono: diagnosi, terapia, documentazione microbiologica, motivazione scelta antibiotico. Sono state allestite schede riassuntive di monitoraggio dell'uso dei AAC da utilizzare nella discussione all'interno della commissione farmaceutica interna (CFI).

RISULTATI Le RMAAC per polmonite rappresentano più di un terzo del totale (185 richieste su 518, 107 pazienti su 261). Di queste le più frequenti sono le polmonite nosocomiali (PN) (40%), seguite da quelle acquisite in comunità (CAP) (29%), da quelle nosocomiali da ventilatore (PNV) (10%). Nelle CAP il farmaco utilizzato più frequentemente (80%) è la levofloxacina os ed e.v.(dose media di 500mg/die per 8 giorni). Il 25% dei farmaci sono utilizzati in associazione (piperacillina/tazobactam + levofloxacina). 6 pazienti su 42 presentano shift di terapia: da carbapenemi a levofloxacina o aggiunta di levofloxacina, a piperacillina/tazobactam. Solo nel 12% dei casi è stato richiesto l'antibiogramma. Nelle PN i farmaci utilizzati più frequentemente sono i carbapenemi (imipenem+meropenem: 42%), dose media 170mg/die, durata media 5-6 giorni con 13% di antibiogrammi. Nelle PNV il farmaco più utilizzato è piperacillina/tazobactam (68%), dose media 15 mg/die per 7 giorni. La RMAAC, utile per delineare la tendenza prescrittiva, ha evidenziato la predilezione della terapia empirica, utilizzo in 1°-2° scelta di carbapenemi e piperacillina/tazobactam, normalmente riservati a casi particolari o a terapie mirate su antibiogramma. Dall'analisi dei dati si è notata una variabilità di trattamenti tra i reparti appartenenti ai due ospedali.

CONCLUSIONI I dati sono stati discussi nel gruppo multidisciplinare che mira a condividere raccomandazioni di best-practice per terapia empirica delle infezioni respiratorie, sia a livello ospedaliero che territoriale. Da questo lavoro sono emerse diverse necessità: monitorare il trattamento delle CAP nel percorso ospedale-territorio, valutare l'appropriatezza terapeutica. I prossimi passi saranno l'aggiornamento della RMAAC e la ricerca delle evidenze scientifiche in modo da poter elaborare un percorso terapeutico condiviso tra le figure professionali coinvolte. Inoltre si predisporrà un apposito monitoraggio delle prescrizioni territoriali dei pazienti ricoverati in modo da poter analizzare tutte le terapie precedentemente assunte.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mittone Elena	Istituzione	ASL CN2
Telefono	0172 420283	Indirizzo	Via Ospedale, 4
Fax	0172 420359	CAP	12042
E-mail	sagittamaior@yahoo.it	Città	Bra

46. IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE OPERATIVE EVIDENCE BASED: INTEGRARE I DATI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE

Monacelli E, Morcellini R, Patoia L, Rocchi RE, Naglieri S, Sansolino S, Calabro A

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND Nel corso degli anni l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari sono divenuti valori fondanti i sistemi sanitari; il punto fondamentale rimane però il trasferimento nella pratica assistenziale dei dati scientifici, visto che la letteratura in proposito documenta come, anche in presenza di evidenze scientifiche attendibili, solo in parte esse vengono applicate nelle specifiche situazioni assistenziali.

OBIETTIVI Dimostrare l'efficacia di alcune strategie d'implementazione delle procedure operative negli specifici ambiti assistenziali.

METODI Dopo aver elaborato e prodotto 9 procedure assistenziali attraverso un percorso formativo aziendale si è passati alla fase sperimentale dell'implementazione in alcune strutture ospedaliere. Nella nostra Azienda abbiamo deciso di sperimentare la combinazione delle tre strategie di implementazione dimostrate efficaci nel promuovere il cambiamento: □ La diffusione semplice delle procedure a tutto il personale; □ L'educational outreach visit (riunioni con i professionisti nel loro ambiente di lavoro al fine di presentare e discutere le procedure); □ La Audit and feedback, realizzazione di audit sul grado di applicazione delle procedure e successiva presentazione dei risultati agli operatori. Sono state condotte 40 osservazioni per ogni procedura, allo scopo di dimostrare una differenza significativa della performance, tra prima e dopo la sperimentazione. Una checklist, appositamente elaborata per ogni singola procedura/protocollo, è stata utilizzata per osservare la performance degli operatori e raccogliere i dati prima e dopo la sperimentazione. I dati sono stati raccolti da alcuni rilevatori addestrati ed utilizzati per misurare gli indicatori di processo e di esito definiti dal gruppo.

RISULTATI Il calcolo del campione è stato definito ad un livello significativo del 5% e potenza del 80%. Per le analisi statistiche è stato utilizzato il programma Epi-Info 6.0. Riportiamo alcuni dati relativi ai comportamenti degli operatori per l'adesione alla procedura per la medicazione della ferita chirurgica prima e dopo l'implementazione: i dati integrali saranno presentati in sede di discussione.

CONCLUSIONI La sperimentazione svolta, in linea con la ricerca scientifica, ha dimostrato, per alcune modalità operative, l'efficacia delle strategie utilizzate. È stato osservato per alcuni comportamenti un reale cambiamento dei professionali negli specifici ambiti assistenziali. Pertanto, ipotizziamo che le strategie sperimentate possano aver contribuito a tale miglioramento.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Morcellini Rosita	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5781	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5786135	CAP	06069
E-mail	qualita@ospedale.perugia.it	Città	Perugia

47. UNA PROPOSTA DI PROGETTO FORMATIVO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI DELLA NOSTRA AZIENDA SOTTO FORMA DI LABORATORIO PRATICO SECONDO IL METODO EBJC (EVIDENCE BASED JOURNAL CLUB)**Muci M, Sapuppo NF***AUSL Bologna*

BACKGROUND “Il Journal club è una strategia multifattoriale ed interattiva proposta come programma educativo che utilizza piccoli gruppi [...]” che si incontrano con l’obiettivo generale di formarsi a leggere, criticare ed analizzare i lavori in letteratura recente disponibili, (vedi Gamberoni, Marmo, Loss, 2007), partendo dal problema clinico e andando attraverso la ricerca di letteratura e la validazione critica guidata verso l’applicazione pratica. Attualmente nell’Azienda di riferimento degli autori di questa proposta non risultano essere state realizzate esperienze di lavoro per gruppi di formazione all’Evidence Based Journal Club (EBJC) rivolte a operatori delle professioni non mediche.

OBIETTIVI Attraverso attività di laboratorio pratico di lettura e validazione di articoli di letteratura primaria e secondaria, supportata da strumenti evidence based, i professionisti si avvicinano ai problemi clinico-assistenziali e a possibili risoluzioni, secondo logiche di appropriatezza ed efficacia effettuando esperienze a ponte tra il laboratorio e il setting professionale in quanto approfondiscono mettendo quindi a confronto evidenze prodotte dalla letteratura recente e problemi della pratica quotidiana clinico-assistenziale.

METODI Tale laboratorio di educazione EBJC rivolto ai professionisti sanitari non medici si articola in una serie di incontri (min 3 - max 5) previsti in aula informatica con la presenza di un professionista esperto in evidence based e uno/due esperti clinici, rappresentanti delle professioni a cui il corso è rivolto. Lo sviluppo del percorso formativo si articola in workshops, letture di articoli scientifici e opportunità di consulenza on work.

RISULTATI Dall’analisi della letteratura recente (Coomarasamy A., Khalid Khan, What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything. A systematic review, Ottobre 2004) condotta allo scopo di evidenziare se la pratica del Journal Club Evidence Based ha prodotto risultati per determinati outcome quali conoscenza, abilità, atteggiamento e comportamento ne deriva che: per l’outcome conoscenza tre Trial randomizzati riportano un aumento della conoscenza, per l’outcome abilità un Trial randomizzato riporta un non miglioramento delle abilità e tre Trial non randomizzati riportano un aumento delle abilità. Per l’outcome atteggiamento un Trial randomizzato non modifica l’atteggiamento con il metodo di studio tradizionale, mentre un Trial randomizzato da il risultato contrario. Per l’outcome comportamento 14 studi accertano che il cambiamento si ha dopo aver effettuato un corso di evidence based practice o dopo aver appreso il metodo del critical appraisal. Inoltre il cambiamento include il reperimento delle risorse e la lettura routinaria di articoli scientifici. Ne deriva che EBMJ è “metodo efficace” per educare lo staff sanitario a leggere la letteratura disponibile, in quanto si parte da un problema e non solo dall’esigenza del professionista di aggiornare le proprie conoscenze.

CONCLUSIONI Il progetto proposto è per il miglioramento dell’appropriatezza di utilizzo di evidenze attraverso l’EBMJ e va “evidentemente” ad embricarsi al piano della pratica quotidiana; ha come obiettivi a medio – lungo termine la possibilità di offrire ai professionisti il consolidamento di un atteggiamento reattivo per livelli crescenti di complessità nel rapporto problema-ricerca di soluzioni in campo clinico-assistenziale. Inoltre si potrebbe raggiungere l’obiettivo di una formazione capillare e puntuale di esperti e professionisti di area clinico-assistenziale che promuove continuità tra assistenza sul campo e ricerca.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sapuppo Nunzio Francesco	Istituzione	AUSL Bologna
Telefono	347 8161985	Indirizzo	Via Altura, 3
Fax	051 6225555	CAP	40100
E-mail	nf.sapuppo@gmail.com	Città	Bologna

48. PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELL'OSTEONECROSI DEI MASCELLARI DA BIFOSFONATI

Pacilli L, Minenna P, Cascavilla N, Maiello E, Pepe G

IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo

BACKGROUND I bifosfonati per via endovenosa vengono utilizzati come terapia di riferimento per diverse patologie oncologiche coinvolgenti l'apparato scheletrico, dalle metastasi ossee all'ipercalcemia neoplastica. Nonostante tali farmaci forniscano ottimi risultati, il loro sempre più largo impiego ha portato all'aumento dei casi di una delle più conosciute reazioni avverse: l'osteonecrosi dei mascellari (di seguito ONM), una patologia necrotizzante dell'osso complicata da sovrainfezioni batteriche, con scarsa tendenza alla guarigione che clinicamente si presenta come un'esposizione dell'osso alveolare che insorge spontaneamente o, più spesso, diviene evidente in seguito ad una procedura chirurgica odontoiatrica come avulsioni dentali, interventi di chirurgia parodontale o il posizionamento di impianti dentali. Dal 2003 ad oggi sono stati riportati nella letteratura internazionale circa 1000 casi di ONM. In realtà, la reale prevalenza ed incidenza della patologia non è chiara anche a causa della non uniforme definizione della ONM e della incompleta descrizione dei casi.

OBIETTIVI 1. Ridurre l'incidenza di nuovi casi di Osteonecrosi dei mascellari da bifosfonati in pazienti oncologici. 2. Rilevare e segnalare all'AIFA (mediante la Rete di Farmacovigilanza) i casi di Osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati. 3. Migliorare l'attitudine degli operatori sanitari (medici ed infermieri) di diverse discipline al lavoro di gruppo.

METODI Nel mese di Settembre 2009 il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione n. 10 relativa alla "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati". Pertanto, le Strutture Complesse di Risk Management e Qualità, di Odontostomatologia, di Oncologia, di Ematologia, della Casa Sollievo della Sofferenza hanno predisposto una procedura aziendale condivisa per la prevenzione dell'osteonecrosi dei mascellari nei pazienti affetti da patologie oncologiche in trattamento con farmaci della classe dei bifosfonati. Per i pazienti che devono iniziare la terapia con bifosfonati per via endovenosa, gli ematologi e gli oncologi, nel caso di pazienti sia in regime di ricovero ordinario, sia di Day Hospital che ambulatoriale, richiedono una consulenza odontoiatrica che viene effettuata al massimo entro 48 ore. L'odontoiatra visita il paziente, valuta lo stato di salute orale ed imposta un adeguato programma di prevenzione e/o di trattamento delle patologie locali, al fine di prevenire l'eventuale bisogno futuro di avulsioni dentarie. Una volta concluse le eventuali terapie odontoiatriche, l'odontoiatra concorda con lo specialista l'inizio della terapia, programma le visite periodiche di controllo per il paziente e fornisce le necessarie istruzioni di igiene orale domiciliare. Per i pazienti già in trattamento con bifosfonati per via endovenosa e senza sintomatologia, l'obiettivo del trattamento odontoiatrico è di raggiungere e/o mantenere uno stato di salute dentale e orale ottimali e, così facendo, prevenire il rischio di insorgenza di osteonecrosi dei mascellari. La procedura prevede anche una specifica modulistica comprendente, oltre al modulo informativo per il paziente, alla lettera per il Medico curante, al modulo di farmacovigilanza, anche una "scheda di assistenza odontoiatrica per paziente da sottoporre a terapia con bifosfonati/già in trattamento con bifosfonati" che consente al Medico specialista oncologo/ematologo ed all'odontoiatra di "dialogare" e di seguire il paziente in maniera collaborativa.

RISULTATI Allo stato attuale, non sono ancora disponibili dati sufficienti di processo e/o di esito. Ad oggi sono state inserite sulla rete elettronica di farmacovigilanza dell'AIFA n. 2 segnalazioni di Osteonecrosi da bifosfonati.

CONCLUSIONI Allo stato attuale del progetto, il principale cambiamento evidenziatosi, appare il miglioramento della comunicazione e della integrazione/collaborazione nell'attività professionale ed assistenziale svolta dai diversi specialisti coinvolti nell'assistenza ai pazienti oncologici.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pacilli Luigi	Istituzione	IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza
Telefono	0882 416384	Indirizzo	Viale Cappuccini
Fax	0882 416392	CAP	71013
E-mail	lpacilli@operapadrepio.it	Città	San Giovanni Rotondo

49. FOGLIO UNICO DI TERAPIA: ESPERIENZA DELLA CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA**Pacilli L, Pepe G***IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo*

BACKGROUND Nell'ambito del rischio clinico particolare rilievo riveste quello farmacologico legato alle reazioni avverse da farmaci ed agli eventi avversi da farmaci. In Italia sugli 8 milioni di persone ricoverate ogni anno, circa il 4% sarebbe dimesso con danni o malattie dovuti a errori di terapia o a disservizi e i decessi si aggirerebbero tra i 30.000 e 35.000 (Documento della commissione tecnica sul rischio clinico - 2004). In più durante il ricovero in Ospedale il 3% dei pazienti è esposto ad un evento avverso da farmaci (Farmacovigilanza news - bollettino ufficiale dell'AIFA n. 16/17 Dic 2006). Anche le conseguenze economiche sono gravissime. In ogni caso, è noto che almeno la metà degli eventi avversi da farmaci è prevenibile con la formazione dei professionisti, con adatte misure organizzative e con l'utilizzo corretto dello strumento informatico (Sole 24 Ore - Sanità 8-14 nov 2005 pag. 26). Ebbene, al di là di interventi o procedure o tecnologie per ridurre il rischio clinico che richiedono investimenti maggiori (es. cartella clinica elettronica, sistemi di prescrizione informatizzata, braccialetti identificativi RFID etc), l'adozione del Foglio Unico di Terapia, praticamente a costo zero, appare un intervento con un favorevolissimo rapporto costo/efficacia, visto che gli eventi avversi da farmaco non riguardano solo la fase di somministrazione (38%), ma, soprattutto, la fase di prescrizione (39%), di trascrizione della terapia (12%) e la fase di dispensazione/allestimento del farmaco (11%).

OBIETTIVI Il piano applicativo del Foglio Unico di Terapia in tutte le Unità Operative della Casa Sollievo della Sofferenza si prefigge lo scopo di migliorare progressivamente il processo terapeutico e ridurre, di conseguenza, il rischio clinico da farmaco.

METODI Il progetto di implementazione del Foglio Unico di Terapia in Casa Sollievo della Sofferenza costituisce una specifica implementazione della raccomandazione n. 7 emanata dal Ministero della Salute. È stata effettuata una ricerca in letteratura di modelli di procedure e di fogli unici di terapia già validati. Sono stati predisposti una procedura ed un modulo standard che sono stati sottoposti a revisioni in diverse successive riunioni tra il Gruppo di lavoro sui farmaci ed il Personale dei Reparti interessati. Ciò allo scopo di adattare il FUT alle esigenze pratiche ed operative specifiche dei diversi Reparti, nella prospettiva di un percorso di miglioramento della qualità condiviso e trasparente, che preveda il coinvolgimento attivo e la fattiva collaborazione del Personale del Reparto con gli specialisti del Gruppo di lavoro sui farmaci. Nel Settembre 2008 sono stati individuati 2 reparti pilota (Endocrinologia e Ginecologia ed Ostetricia) ed ha preso avvio la fase di addestramento e sperimentazione che ha consentito di far emergere ulteriori punti critici e difformità che hanno portato ad ulteriori definitive modifiche e che si è conclusa nell'Aprile 2009, con l'adozione definitiva della nuova procedura (maggio 2009).

RISULTATI L'esperienza è già conclusa positivamente nei due Reparti pilota che hanno iniziato per primi (Endocrinologia e Ginecologia ed Ostetricia) e nelle UUOO di Medicina Interna, Chirurgia Toraco-polmonare, Geriatria, Ematologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia, Neurochirurgia e Oncologia che hanno già concluso l'iter del piano applicativo nel mese di Ottobre 2010. Attualmente è in corso la fase di sperimentazione in altre 13 UU.OO, (Pediatria, Chirurgia vascolare, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Maxillo-facciale, Odontoiatria, Medicina Nucleare, Radioterapia, Cardiologia, Medicina fisica e riabilitazione, Riabilitazione Cardiologica, Chirurgia Senologica, Dermatologia, Oculistica).

CONCLUSIONI Il progetto, dopo le iniziali resistenze al cambiamento, è stato accolto molto favorevolmente, sia da parte del Personale medico che di quello infermieristico. Infatti, l'uso del FUT, nonostante abbia richiesto una modificazione di comportamenti e di modalità operative ormai consolidate, ha abolito il processo di trascrizione della terapia dalla cartella clinica a quella infermieristica, con conseguente prevedibile riduzione degli errori di trascrizione/interpretazione ed ha portato ad una razionalizzazione nelle modalità operative di somministrazione dei farmaci.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pacilli Luigi	Istituzione	IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza
Telefono	0882 416384	Indirizzo	Viale Cappuccini
Fax	0882 416392	CAP	71013
E-mail	lpacilli@operapadrepio.it	Città	San Giovanni Rotondo

50. CLINICAL RISK MANAGEMENT: UNA ESPERIENZA DI FORMAZIONE CONTINUA NELL'AUSL 8 AREZZO

Parca G, Vanni D

AUSL 8 Arezzo

BACKGROUND Profonde trasformazioni negli ultimi 15–20 anni hanno caratterizzato il mondo della sanità: cambiamenti di ordine demografico, epidemiologico, tecnologico e culturale, hanno spinto verso una modifica anche degli assetti istituzionali, dei modelli organizzativi, dello stesso rapporto fra medico e paziente. Per cercare di confrontarsi con questa realtà così profondamente mutata, occorre una FORMAZIONE CONTINUA, che sempre più viene ad essere un FATTORE DI QUALITÀ del sistema, cioè una condizione necessaria per fornire una buona risposta sanitaria.

OBIETTIVI L'obiettivo di questa esperienza era ed è la ricerca di nuovi strumenti e modelli organizzativi, con i quali poter soddisfare l'esigenza di INTEGRAZIONE, ed orientare gli operatori sempre più alla PATIENT SAFETY, alla appropriatezza delle cure, al soddisfacimento dei bisogni dell'utenza. Quella dell'integrazione è una delle istanze fondamentali che esistono attualmente nel mondo sanitario, e vuol dire incontro fra professionisti e realtà diverse, partecipazione, condivisione di obiettivi comuni, attraverso cui può prevalere quella "cultura del noi" che è il vero elemento di forza di una Azienda. Ed è innegabile che solo attraverso una collaborazione reale fra gli attori si può pensare di raggiungere obiettivi importanti ed anche ambiziosi, quali la razionalizzazione nell'uso delle risorse o la realizzazione di percorsi assistenziali efficaci ed efficienti.

METODI In questo contesto, nell'ambito della nostra Azienda è nato dal 2004 un progetto formativo, con la proposta di una riunione fra operatori, a cadenza settimanale, della durata di 2 ore (il mercoledì, dalle 14.30 alle 16.30, presso la Biblioteca dell'Ospedale S. Donato di Arezzo), in cui avviene una discussione di casi clinici e si realizza uno scambio di conoscenze e di esperienze fra professionisti. A turno colleghi di diverse specialità presentano casi clinici, che loro stessi hanno ritenuto meritevoli di discussione in relazione all'impatto della casistica esaminata (rilevanza epidemiologica, livello di rischio, variabilità nella gestione clinica, gestione in emergenza, analisi di errori, o altri elementi di criticità / peculiarità). In calendario sono poi previsti degli incontri con la Direzione Sanitaria, che abbiamo chiamato QUESTION TIME: si tratta di momenti di confronto fra i clinici ed i vertici aziendali (in genere nella figura del Direttore Sanitario), con i quali cerchiamo di "avvicinare" e far incontrare figure che altrimenti troppo di rado trovano momenti di contatto e di discussione. Attualmente stiliamo un programma trimestrale che diffondiamo fra gli operatori sanitari della nostra ASL e che nasce proprio dalle proposte e dai suggerimenti degli operatori: l'iniziativa è organizzata secondo moduli trimestrali (10 incontri per ogni trimestre, con sospensione estiva).

RISULTATI Riteniamo che la forza di questa proposta stia nella MULTIDISCIPLINARIETÀ, nel riuscire a far incontrare professionisti di settori diversi, che altrimenti riescono a venire raramente in contatto fra di loro. Un altro passo che abbiamo compiuto è stato quello di estendere l'esperienza anche ai medici di Medicina Generale, nell'ottica di una sempre più continua e proficua collaborazione Ospedale – Territorio. L'evento è accreditato ECM (la frequenza ad ognuno dei moduli, ottenendo il 90% delle firme di presenza, permette di ottenere 20 crediti formativi dalla Regione Toscana) ed ha visto negli anni una crescente partecipazione da parte di operatori dell'Azienda (attualmente ad ogni riunione contiamo dai 30 ai 50 partecipanti).

CONCLUSIONI Molti sono nei nostri incontri gli elementi di approfondimento e di analisi su temi di Clinical Governance, dall'"Evidence based medicine" alla analisi economica, dalla gestione del rischio clinico all'user's view, dal miglioramento continuo della qualità all'appropriatezza e all'aderenza a linee guida. La comunicazione fra professionisti è fondamentale per creare un clima di partecipazione, di condivisione e di alleanza, ma troppo spesso incontra delle barriere (culturali o burocratiche) che la rendono più difficile: la multidisciplinarietà allora da un lato viene ad essere fonte di vero, significativo arricchimento culturale, e dall'altro anche un punto di partenza per percorsi di col-laborazione, nonché formidabile strumento di integrazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Parca Gino	Istituzione	AUSL 8 Arezzo
Telefono	0575 2551	Indirizzo	Via Pietro Nenni
Fax	0575 568273	CAP	52100
E-mail	g.parca@usl8.toscana.it	Città	Arezzo

51. IL PERCORSO CLINICO E TERAPEUTICO DEL PAZIENTE HIV-POSITIVO GESTITO DA UN TEAM MULTIDISCIPLINARE ALL'OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA

Peila E, Perano S, Carcieri C, Cinnirella G, Mazengo M

ASL TO2

BACKGROUND L'ospedale "Amedeo di Savoia" è il centro regionale in Piemonte per la diagnosi e il trattamento dell'infezione da HIV e vengono seguiti circa 3.500 pazienti. Vista la loro aumentata aspettativa di vita, è necessario monitorare l'efficacia e la tollerabilità della terapia antiretrovirale, l'aderenza terapeutica, il verificarsi di eventuali resistenze ai farmaci e i costi della terapia.

OBIETTIVI - Creare un team multidisciplinare che include Infettivologi, Farmacisti e Infermiere - Standardizzare il percorso terapeutico del paziente, monitorando la dispensazione della terapia HAART al fine di migliorare la qualità di cura dei pazienti - Valutare le interazioni tra la HAART e le terapie assunte dai pazienti a domicilio e monitorare l'aderenza terapeutica - Ottimizzare le risorse disponibili per ottenere un risparmio economico.

METODI 2 Farmacisti lavorano insieme a 10 Medici Infettivologi e alle Infermiere e dispensano la terapia HAART per due mesi ai pazienti sieropositivi. Medici e Farmacisti registrano il piano terapeutico e il percorso clinico del paziente su un software condiviso; i Farmacisti inoltre registrano e monitorano terapie e costi utilizzando il File F. Le interazioni vengono valutate utilizzando il sito web <http://www.hiv-druginteractions.org> e Micromedex. L'aderenza terapeutica è stata calcolata utilizzando il metodo del "pharmacy refill" nel seguente modo: giorni di terapia dispensata/(giorni tra la prima e l'ultima dispensazione + 60 giorni) X 100.

RISULTATI In 13 mesi (1/11/2009-30/11/2010), i Farmacisti hanno dispensato la terapia HAART a 1.910 pazienti, ogni 2 mesi, e collaborano attivamente con 10 Infettivologi. L'intero percorso clinico del paziente avviene nella stessa area dell'ospedale: dal prelievo ematico alla visita medica, alla terapia dispensata. Le interazioni tra la terapia antiretrovirale e gli altri farmaci assunti al domicilio sono state valutate in 149 pazienti: almeno un'interazione è avvenuta nel 50% dei pazienti e ha riguardato inibitori di pompa protonica, statine, oppioidi, antidepressivi, antiepilettici. L'aderenza è stata misurata in 1.514 pazienti in terapia con NNRTI o NRTI: il 54% sono pazienti hanno un'aderenza >95%, solo l'1% ha aderenza.

CONCLUSIONI Come dimostrato, un team multidisciplinare per il trattamento dei pazienti con HIV ha migliorato (il 98% dei pazienti sono soddisfatti), semplificato e standardizzato il percorso clinico e terapeutico dei pazienti sieropositivi che accedono al nostro ospedale. Sono necessari altri studi per verificare l'aderenza terapeutica misurata con il metodo del pharmacy refill in relazione alla carica virale e alla conta dei linfociti CD4+.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Peila Emanuela	Istituzione	ASL TO 2
Telefono	366 6895864	Indirizzo	Corso Svizzera, 164
Fax	011 4393747	CAP	10149
E-mail	emanuelapeila@hotmail.com	Città	Torino

52. STUDIO DELLA PREVALENZA DELL'ASMA BRONCHIALE NELLA POPOLAZIONE DELL'ASS6 "FRIULI OCCIDENTALE", NEL PERIODO 2004-2008, MEDIANTE L'UTILIZZO DI ARCHIVI SANITARI ELETTRONICI CORRENTI

Pellizzari B¹, Moretti G², Zamparo E³

¹ULSS7 Pieve di Soligo, ²Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, ³ASS6 Friuli Occidentale

BACKGROUND L'OMS nell'ultimo rapporto sulla morbilità e mortalità per quanto riguarda l'asma, ha stimato che circa 300 mln di persone attualmente ne siano affette e che nel 2005, 255.000 soggetti sono morti in seguito ad un attacco di asma. Essa rappresenta una delle più comuni malattie croniche dell'infanzia o comunque delle giovani età. La perdita di Qualys è simile al diabete, cirrosi epatica e schizofrenia.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è stato quello di stimare la prevalenza dei soggetti ammalati di asma bronchiale nel territorio dei distretti dell'ASS6 "Friuli Occidentale", per poter implementare alcuni progetti di prevenzione sul territorio, nonché sensibilizzare non solo le categorie a rischio, ma anche i soggetti che operano in ambito socio-sanitario. Inoltre si è valutato quanto sia la spesa farmaceutica per questa patologia così importante soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione per capire se si può intervenire su una più appropriata scelta terapeutica da parte dei medici del territorio e/o specialisti.

METODI La ricerca dei casi prevalenti di asma bronchiale, nel quinquennio 2004-2008, è stata fatta tramite la procedura di record linkage. Tale metodica è stata applicata appaiando i dati presenti in quattro archivi elettronici sanitari: l'archivio delle cause di morte (CM), dei ricoveri ospedalieri (SDO), delle prescrizioni farmaceutiche (PF) e delle esenzioni ticket (ET). Per ogni anno di stima, dall'archivio CM sono stati considerati i deceduti per asma in causa di morte principale, dall'archivio SDO sono state selezionate tutte le dimissioni, con ricoveri ordinari ed in regime di day-hospital - comprensive delle mobilità passive regionali ed extraregionali - con diagnosi principale e secondaria di asma (ICD9-CM= 493*), dall'archivio ET sono state estratte le esenzioni per asma codice (007.493) e dalle PF si sono ottenute le prescrizioni di farmaci antiasmatici selezionati dai codici ATC= R03A, R03CC02, R03CC04, R03CK, R3DC01, R03DC03. Si è definito come caso prevalente affetto da asma il soggetto che per ogni singolo anno era presente in almeno uno dei quattro archivi sanitari utilizzati. Nello studio si è vista la prevalenza dei soggetti affetti d'asma suddivisa nei vari Distretti, la loro distribuzione nel territorio e la spesa farmaceutica lorda.

RISULTATI La prevalenza standardizzata va da un minimo di 5,51% nel 2005 ad un massimo di 5,89% nel 2007 e vi è sempre la prevalenza del genere maschile su quello femminile. Scorporando i dati per classe di età (0-14 anni e 15-34 anni) si denota che i maschi della prima classe di età hanno valori nettamente superiori rispetto alle femmine, ma questa differenza non viene mantenuta nella classe 15-34 anni. Se andiamo a vedere come è la distribuzione del tasso di prevalenza nei vari distretti, si denota che vi è un'estrema variabilità, ma non si supera mai il valore dell'11,90% e non si individuano estese aree geografiche con particolari valori di tassi grezzi, ma piccole "isole" con elevati indici. Il contributo maggiore a questo tipo di lavoro è dato dall'archivio delle prescrizioni farmaceutiche che da solo può individuare la quasi totalità dei soggetti ammalati di asma, ma vista la prassi a volte non corretta di prescrivere farmaci β 2-agonisti per patologie non asmatiche, ci troviamo a dover fare i conti con elevato numero di falsi positivi, soprattutto nella classe di età 0-14 anni, infatti se poi andiamo a fare un ricerca con un criterio più restrittivo, ovvero che il soggetto abbia avuto più di 2 prescrizioni in un anno e che abbia anche un'esenzione ticket per asma, questi valori diminuiscono fortemente per la classe 0-14, ma aumentano in quella 15-34 anni. Se confrontiamo i dati per la spesa lorda per i farmaci il distretto Urbano è quello con indici più elevati, mentre il distretto Sud nel 2008 è quello con valori più bassi. Mentre per quanto riguarda l'esenzione ticket il distretto Est ha valori più elevati rispetto agli altri, mentre il Nord ha valori molto bassi per i tassi di ricovero ospedaliero per patologia asmatica.

CONCLUSIONI Dallo studio si può notare che potrebbe esserci un'inappropriata terapia per quanto riguarda le patologie non asmatiche, ecco quindi la necessità di sensibilizzare i medici a scegliere in modo più "oculato" i farmaci da utilizzare in patologie non asmatiche. Inoltre visto che la malattia assorbe grandi quantità di risorse economiche è importante sensibilizzare i pazienti asmatici ed i loro familiari nello seguire un adeguato stile di vita, per impedire che le crisi di asma possano comparire frequentemente. Inoltre sarebbe opportuno stimolarli affinché si facciano vaccinare non solo per lo Pnemococco, ma anche in fase stagionale per l'influenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pellizzari Barbara	Istituzione	ULSS7 Pieve di Soligo
Telefono	0438 663927	Indirizzo	Via Maset, 1
Fax	0438 663991	CAP	31015
E-mail	bibipellizzari@libero.it	Città	Conegliano

53. DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO: LA NUOVA GESTIONE DEL PAZIENTE AD ALTA INTENSITÀ DI CURE**Pieraccini S***ASL 2 Savonese*

BACKGROUND L'ASL 2 Savonese a partire dall'anno 2009 ha introdotto una nuova procedura assistenziale domiciliare che rivolge la propria attenzione a pazienti che richiedono un intervento coordinato intensivo e consistente in più accessi settimanali multidisciplinari (medico, infermieristico e dietetico).

OBIETTIVI Garantire la continuità delle cure specialistiche instaurate in sede ospedaliera ed assicurare tutti i supporti terapeutici necessari al proprio domicilio.

METODI Il progetto si avvale di percorsi e piani di assistenza privilegiati basati sulla valutazione dello stato funzionale del paziente ed orientato per problemi assistenziali. I principali beneficiari di tale modello assistenziale sono pazienti affetti da patologie evolutive irreversibili, esiti di gravi lesioni del S.N.C. e S.N.P. e patologie cronico degenerative neuromuscolari e respiratorie e/o nella fase terminale della vita.

RISULTATI I dati fino ad oggi raccolti ed elaborati hanno evidenziato che a seguito dell'applicazione della procedura vi è stato un incremento degli accessi domiciliari con conseguente contrazione delle degenze ospedaliere.

CONCLUSIONI Si evince un notevole risparmio della spesa sanitaria degenziale e altresì si rileva un incremento della compliance del paziente assistito e della sfera familiare.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pieraccini Susanna	Istituzione	ASL 2 Savonese, Ospedale San Paolo
Telefono	019 8404281	Indirizzo	Via Genova, 30
Fax	019 8404561	CAP	17100
E-mail	s.pieraccini@asl2.liguria.it	Città	Savona

54. DALL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE AL TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM) ATTRAVERSO LA DEFINIZIONE DI INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO**Pioppo M, Bogni D, Calabro A, Moretti E, Morcellini R, Ontari G, Severini D, Zucconi M***Azienda Ospedaliera di Perugia*

BACKGROUND Il modello Total Quality Management (TQM) permette la misura della performance aziendale attraverso la misurazione degli approcci (cioè le modalità adottate dall'Organizzazione in relazione agli obiettivi e alle politiche definite), dei benefici e dei risultati conseguiti. Nel 2009 il nuovo Blocco Operatorio "V. Trancanelli" dell'Azienda Ospedaliera di Perugia (n. 4.000 interventi/anno su 9 sale) ha ottenuto l'Accreditamento Istituzionale dalla Regione Umbria. Attualmente, per mantenere e migliorare il livello delle prestazioni e la sicurezza dei pazienti si è passati alla sperimentazione del modello organizzativo TQM.

OBIETTIVI Migliorare la qualità delle prestazioni attraverso il monitoraggio di indicatori.

METODI La sperimentazione del modello organizzativo TQM rappresenta una svolta importante nella gestione della qualità del Blocco Operatorio, stimolando un atteggiamento nuovo degli operatori verso il lavoro e verso i pazienti, in altre parole una cultura della qualità nell'Organizzazione. Per realizzare questo passaggio sono stati individuati alcuni indicatori di processo e di esito che sono stati monitorizzati per tutto il 2010.

RISULTATI INDICATORI Area di riferimento Indicatore Dato misurato Standard Mortalità perioperatoria Esito del trattamento chirurgico N° di pazienti morti nelle prime 48 ore dopo intervento chirurgico/ N° di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in anestesia 0,2% < 0,5% Decessi in sala operatoria nei pazienti programmati fino ad ASA III Corretta valutazione preoperatoria dei pazienti ad alto rischio n° decessi/totale (%) 2 ≤ 2/anno Infezioni della ferita chirurgica Sicurezza e controllo delle infezioni del sito chirurgico N° ferite chirurgiche infette/ N° interventi 2.7% < 5% Interventi laparoscopici riconvertiti in open Esito del trattamento chirurgico n° interventi laparotomici riconvertiti /totale Dato in corso di rilevazione < 2% Reinterventi Esito del trattamento chirurgico n° re interventi / totale (%) 1,5% 2% Pazienti trasferiti in terapia intensiva non previsti Corretta programmazione e valutazione dei malati in fase preoperatoria n° pazienti trasferiti in acuti non programmati /n° totale trasferiti in acuti Dato in corso di rilevazione < 2%.

CONCLUSIONI L'accreditamento Istituzionale ha permesso la diffusione della cultura della qualità a tutti gli operatori. Attraverso il TQM gli operatori possono trasferire la cultura della qualità nel quotidiano del proprio lavoro. Ciò produce un tangibile vantaggio relativamente all'appropriatezza delle prestazioni rese e alla sicurezza del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Morcellini Rosita	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5781	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5784076	CAP	06069
E-mail	qualita@ospedale.perugia.it	Città	Perugia

55. DUE DRIVER DI SVILUPPO DEI SERVIZI TERRITORIALI DELLA ASL DI EMPOLI

Porfido E, Roccato E, Colombai R, Mennuti N, Benvenuti F, Dei S

ASL Empoli

BACKGROUND La ASL di Empoli comprende un territorio di 15 comuni esteso su due province e con una popolazione di 238000 abitanti. Sta sperimentando il modello "Società della Salute" (SdS), che prevede un consorzio fra ASL e Comuni impegnato nella programmazione e nel governo delle attività territoriali. I servizi ospedalieri sono organizzati in un presidio principale, nel quale la produzione specialistica viene fornita secondo il modello dell'intensità di cure ed altri 3 presidi periferici con finalità specifiche: protesica ortopedica, riabilitativa, della continuità. Nel territorio i servizi delle cure primarie sono particolarmente sviluppati ed integrati con la Medicina Generale, attraverso vari modelli organizzativi sperimentali, fra cui la Casa della Salute, volti a favorire la creazione di equipe multiprofessionali.

OBIETTIVI Obiettivo fondamentale della proposta è la "Sanità di iniziativa", un modello scelto in Regione Toscana come intervento proattivo nei confronti di soggetti affetti da malattie croniche, affiancati nel divenire più coscienti del loro stato clinico, supportati nello scegliere stili di vita più idonei, richiamati periodicamente a controlli delle loro problematiche e dei parametri vitali più a rischio nella loro malattia Sanità di iniziativa che coinvolge, insieme al personale sanitario, un'intera comunità civile la quale, attraverso politiche sanitarie illuminate, associazioni di categoria in prima linea, partecipazione attiva dei cittadini, si fa diretta interessata e protagonista di ogni azione capace di contrastare la disabilità legate alle malattie croniche. Comunità capace di trasformare il malato cronico da paziente a leader del suo percorso sanitario, informato, direttamente responsabile delle proprie scelte e capace di decidere con dati alla mano su "cosa fare nella e della propria vita".

METODI • il percorso di presa in carico dello scompenso cardiaco è stato realizzato partendo dalla condivisione del percorso assistenziale del paziente da parte di tutti gli attori interessati, tramite l'adozione di linee-guida che specificano i contenuti diagnostici, terapeutici, assistenziali ed organizzativi dei diversi passaggi del percorso. Queste le fasi principali: - individuazione dei pazienti da reclutare: ad opera dei mmg, su linee condivise con gli specialisti e sulla base della EBM, seguita da una informazione proattiva ed una acquisizione del consenso da parte dei malati - suddivisione dei ruoli fra i professionisti coinvolti nel rispetto delle specifiche competenze, ma in grande cooperazione - presa in carico territoriale dei pazienti in fase di stabilità clinica con la figura dell'infermiere come punto di riferimento del malato, in condizioni di stabilità clinica ed in stretta comunicazione con il mmg - definizione del passaggio al livello specialistico, qualora necessario con accessi preferenziali e passaggio di dati • la attività fisica adattata, per cui si intendono programmi di esercizio non sanitari, svolti in gruppo, appositamente disegnati per cittadini con malattie croniche finalizzati alla modificazione dello stile di vita per la prevenzione terziaria della disabilità. I programmi AFA non sono malattia orientati ma disabilità orientati e sono adattati alle caratteristiche funzionali dei partecipanti e non a specifiche malattie o sindromi. Promossi e coordinati dalla AUSL11 di Empoli escludono i cittadini con instabilità clinica per i quali la risposta è esclusivamente sanitaria. Gli erogatori sono enti profit e no-profit, numerosi e capillari sul territorio. Le sedi di erogazione sono preferibilmente palestre, ma non solo. Gli istruttori sono soggetti competenti e/o adeguatamente formati all'erogazione dell'AFA. I costi sono a completo carico dei partecipanti Il programma di esercizio è continuo nell'anno, proposto dalla AUSL11 sulla base di evidenze scientifiche pubblicate, condiviso con gli erogatori e applicato omogeneamente in tutte le palestre territoriali. Per ciascuna condizione cronica, il programma di esercizio ha caratteristiche ed intensità adeguate alle condizioni cliniche del partecipante.

RISULTATI scompenso cardiaco: riduzione degli accessi alla specialistica riduzione dei ricoveri per malattie cardiovascolari mantenimento delle persone nel percorso per più di tre anni AFA: alta percezione di salute riduzione del dolore articolare riduzione delle liste di attese fisioterapiche aumento della capacità respiratoria.

CONCLUSIONI punti di forza delle due proposte: equipe multiprofessionali azioni non sanitarie sugli stili di vita ridefinizione dei ruoli degli operatori sanitari coinvolgimento attivo dei malati redistribuzione delle risposte al bisogno di salute tra ospedale e territorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dei Simona	Istituzione	ASL Empoli
Telefono	0571 702948	Indirizzo	Via Cappuccini, 79
Fax	0571 702976	CAP	53100
E-mail	s.dei@usl11.toscana.it	Città	Empoli

56. HTA COME STRUMENTO DI CLINICAL GOVERNANCE: ESPERIENZA IN REGIONE PIEMONTE

Rabacchi G¹, Poppa G¹, Bertetto O², Sturlese U³

¹AO OIRM-S. Anna di Torino - A.Re.S.S. Piemonte, ²A.Re.S.S. Piemonte, ³Assessorato Tutela della Salute e Sanità - Regione Piemonte

BACKGROUND Per Clinical Governance (CG) si intende “il contesto in cui le organizzazioni del NHS si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni, creando un ambiente che favorisce l’espressione dell’eccellenza clinica, assistenziale ed organizzativa, nel limite delle risorse disponibili” (NHS, 1998). L’Aress Piemonte 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 il corrente anno.

OBIETTIVI HTA è un’attività multidisciplinare che ha l’obiettivo di verificare efficacia, sicurezza, costi ed impatto sulla qualità di vita dei pazienti delle tecnologie (farmaci, procedure, interventi, dispositivi, apparecchiature, modelli organizzativi etc), che vengono utilizzate per l’assistenza sanitaria. HTA è destinata ai “decisori”, che, sulla base delle informazioni basate su EBM e del contesto politico - sociale, devono operare le scelte. La Regione Piemonte ha adottato il 16 marzo 2010, una DGR per avvio del sistema regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie e procedure di programmazione per l’acquisizione.

METODI Per valutare il grado di sviluppo ed attuazione della CG e HTA all’interno degli Ospedali del Piemonte, A.Re.S.S. Piemonte ha applicato la metodologia “Optimizing Health Care Governance” (OPTIGOV), con interviste strutturate, in collaborazione con Istituto di Igiene, Università Cattolica di Roma, ed un corso di formazione regionale sugli strumenti della Clinical Governance.

RISULTATI La valutazione multidisciplinare, focalizzata sulla valutazione dell’uso delle tecnologie sanitarie considerando in maniera integrata le dimensioni tecniche, economiche, sociali, etiche, legali e culturali, viene eseguita solo in pochi Presidi Ospedalieri: la maggior parte delle Aziende Sanitarie esaminate non ha attivato una specifica struttura organizzativa preposta a presidiare l’area.

CONCLUSIONI Non tutte le conoscenze necessarie a presidiare HTA sono in possesso delle Aziende Sanitarie esaminate. HTA relativamente ai farmaci e dispositivi sanitari è svolta quasi completamente dalle Aziende, mediante Commissioni interne. Non viene realizzata formazione mirata a tale area della Clinical Governance, né confronti con Agenzie di HTA nazionali e/o internazionali, ma è necessario un forte investimento da prevedere nell’ambito dei programmi di formazione regionali ed aziendali.

Indirizzo per la corrispondenza

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

57. L'AGENDA DI GRAVIDANZA DELLA REGIONE PIEMONTE

Rabacchi G¹, Poppa G¹, Ghiotti P², Serafini P³, Mollo E³, Lisa M²

¹AO OIRM-S. Anna di Torino - A.Re.S.S. Piemonte, ²Assessorato Tutela della Salute e Sanità - A.Re.S.S. Piemonte, ³Corso di Laurea in Ostetricia - Università degli Studi di Torino

BACKGROUND Nel campo della salute materno-infantile, fino a pochi anni fa, persistevano disuguaglianze all'interno dello stesso territorio e variabilità di comportamenti nell'utilizzo dei servizi e delle prestazioni, a causa della disinformazione, della difficoltà di accesso e anche di un reale isolamento territoriale. I Piani Sanitari Nazionali ed Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile del 2000 hanno fornito alle Regioni delle raccomandazioni di appropriati modello organizzativi per garantire equità al PERCORSO NASCITA.

OBBIETTIVI Proprio per garantire sicurezza ed equità, la Regione Piemonte ha scelto di promuovere prima di tutto il percorso nascita di riferimento regionale, raccogliendo le migliori raccomandazioni scientifiche e le pratiche più efficaci, al fine di sensibilizzare ogni punto della rete del sistema sanitario alle proprie responsabilità, demandando ai Direttori Generali la contestualizzazione del percorso nascita nel proprio ambito territoriale, assegnando loro un preciso obiettivo annuale. Per dare un segnale tangibile di questa attenzione e, nello stesso tempo, offrire a ogni donna, a ogni coppia e a ogni famiglia un chiaro orientamento rispetto ai diritti esigibili e alle opportunità offerte, è stata, poi, realizzata l'Agenda di Gravidanza.

METODI Lo strumento di Governo Clinico non vuole essere semplicemente una raccolta di consigli, pratiche, evidenze scientifiche, ma anche - e soprattutto - un mezzo attraverso il quale ciascuna donna può acquisire consapevolezza di sé e del proprio bambino e, insieme agli operatori, costruire un percorso di assistenza personalizzato. L'Agenda si pone inoltre l'obiettivo di fornire alla donna informazioni sulla evoluzione della gravidanza e per seguire clinicamente la coppia mamma-bambino lungo tutto il PERCORSO NASCITA. In tutte le fasi i migliori risultati di salute e di soddisfazione si raggiungono attraverso una stretta collaborazione tra la donna e i servizi socio-sanitari e, all'interno delle strutture sanitarie, nella collaborazione tra servizio e servizio. L'idea della realizzazione di una agenda della gravidanza da adattare alla realtà regionale ed aziendale è nata anche nel tentativo di consentire agli operatori sanitari un più rapido accesso alla documentazione clinica relativa al decorso della gravidanza (esami, ecografie...), che spesso è assente o incompleta o frammentata al momento dell'arrivo della persona assistita presso la struttura ospedaliera; di favorire la comunicazione sia tra i vari professionisti, e tra essi e la donna e dalla volontà di dedicare tale documento alla donna stessa, affinché possa ricevere informazioni basilari e vi possa annotare eventuali domande o desideri nell'ottica del prendersi cura in modo globale della persona assistita. All'interno dell'Agenda sono indicati i servizi dell'ASL, vicini alla residenza della donna, che possono contribuire a realizzare un Percorso Nascita appropriato, comodo e di qualità. Le prestazioni (esami, ecografie, etc.) del Percorso Nascita, specifiche ed appropriate per ogni trimestre, sono quelle previste dal Profilo Assistenziale per il Monitoraggio della Gravidanza a basso rischio, concordato tra gli operatori consultoriali e ospedalieri della Regione Piemonte. All'interno dell'Agenda sono a disposizione della donna e del suo operatore di riferimento (ostetrica o ginecologo) le impegnative mutualistiche prestampate per le prestazioni che le richiedono, in base a criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa. L'Agenda informa e raccoglie quanto necessario per assistere ogni donna in gravidanza.

RISULTATI Partendo dall'esempio di modelli attualmente in uso in diversi contesti nazionali ed internazionali, si è cercato di realizzare uno strumento adatto all'odierna realtà sanitaria della Regione Piemonte. In particolare questo progetto risulta finalizzato a: costituire un documento unico in cui i diversi professionisti e la donna possano annotare e prendere visione delle informazioni cliniche più rilevanti favorire la comunicazione tra i vari professionisti della salute favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari e la donna in gravidanza favorire una informazione evidence based (ove disponibile) della donna relativa agli esami a cui sottoporsi nel corso della gravidanza ed alle più comuni pratiche assistenziali e possibili complicanze favorire l'espressione dei desideri e delle preferenze della donna, attraverso l'introduzione di spazi dedicati (empowerment). L'Agenda si ispira inoltre alle raccomandazioni contenute nella Linea Guida NICE Antenatal Care che sostengono la necessità di un sistema standardizzato di raccolta dati. I dati anamnestici e le informazioni acquisite durante il corso della gravidanza costituiscono infatti la base per l'identificazione di eventuali fattori di rischio materno-fetali e per la conseguente pianificazione assistenziale della gravidanza e del parto. La raccolta di tali notizie cliniche in un unico e pratico documento, che la donna possa portare con sé ad ogni controllo prenatale ed al momento del ricovero in ospedale in occasione di eventuali accertamenti o per l'espletamento del parto, si fonda sui seguenti principi: la focalizzazione sulla fisiologia dell'evento, dal momento che la "cartella della gravidanza" pur fornendo indicazioni sul management clinico e assistenziale della gravidanza e del parto, promuove una visione fisiologica e naturale di tali eventi; l'incoraggiamento ad una visione olistica dell'assistenza, in grado di rivolgersi alla gestante nella sua globalità, considerando la situazione sociale, i bisogni fisici ed emozionali e la specifica situazione clinica, nella convinzione che la gravidanza non possa essere considerata un evento scindibile dagli altri importanti fattori in grado di condizionare il benessere della donna e del bambino; la promozione dell'assistenza caratterizzata dalla centralità della persona assistita, che ne riconosca la partecipazione attiva nel processo decisionale e nella pianificazione degli atti assistenziali, fornendo informazioni chiare e accessibili, incoraggiandola a conservare la "cartella della gravidanza" e ad utilizzare gli spunti che essa offre come strumento di riflessione sulla centralità del proprio ruolo; la flessibilità dell'assistenza, in grado di accogliere e rispettare la varietà dei valori sociali e culturali, le attitudini e lo stile di vita delle donne e delle loro famiglie; l'implementazione dell'assistenza multidisciplinare alla gravidanza, con una chiara comprensione degli specifici ruoli professionali e finalizzata al raggiungimento della migliore qualità assistenziale possibile; l'utilizzo di un'appropriata forma di comunicazione tra i diversi operatori sanitari, dal momento che l'insufficiente comunicazione tra professionisti rappresenta tuttora il 42% delle cause di substandard care³, ma anche tra gli operatori e la persona assistita. La comunicazione risulta infatti essere lo strumento fondamentale attraverso cui raccogliere dati di rilevanza clinica e garantire alla donna la possibilità di effettuare scelte realmente informate.

CONCLUSIONI Il raggiungimento di un elevato standard di raccolta dei dati clinici e socio-assistenziali è inteso come parte integrante dell'assistenza e come mezzo per favorire la comunicazione, la ricerca la prevenzione del rischio clinico e la care delle persone, della donna in gravidanza. Il percorso assistenziale prosegue con la consegna a tutte le donne, al momento del parto, del "Quaderno della salute del bambino: dall'infanzia all'adolescenza". Tutta la documentazione è disponibile sul sito web della Regione Piemonte.

Indirizzo per la corrispondenza

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

58. MONITORAGGIO DEL DOLORE: UN'APPROCCIO INTEGRATO NELLA REGISTRAZIONE DEI DATI CLINICI PER UN'APPROPRIATA GESTIONE DEI PAZIENTI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO E DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Radi M, Cuffari S

Azienda Ospedaliera Polo Universitario Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese

BACKGROUND Il dolore è la causa più frequente di sofferenza ed invalidità che incide negativamente sulla qualità della vita di milioni di persone in tutto il mondo.(OMS, 1999). Per rispondere in modo adeguato al problema, l'OMS ha l'approvato il progetto "Ospedale senza Dolore", recepito in Italia attraverso l'emanazione delle leggi n. 149 del 29-06-2001 e n° 38 del 19.03.2010 sulla Terapia del Dolore e Cure Palliative, ribadito anche nel Piano Sanitario Regione Lombardia per il 2011-2014. All'interno del progetto, che prevede diverse fasi di realizzazione, le linee guida raccomandano durante la fase applicativa preliminare (com. 2.1 legge 149), l'identificazione e predisposizione degli strumenti di rilevazione del dolore da inserire in cartella clinica. Un trattamento sanitario efficace nella gestione del dolore passa attraverso una misurazione appropriata dall'insorgenza al decorso durante l'intero percorso terapeutico, non prescindendo la registrazione di eventuali effetti collaterali delle terapie proposte, delle condizioni psico-fisiche dei pazienti assistiti, e delle terapie farmacologiche e non farmacologiche nel loro andamento cronologico.

OBIETTIVI Sviluppare una scheda di rilevazione e registrazione oggettiva e sistematica del dolore acuto post-operatorio e una per il dolore cronico, integrate con le condizioni psicofisiche del paziente, terapie farmacologiche antalgiche apportate ed eventuali effetti collaterali manifestatesi cronologicamente durante l'assistenza erogata. La scheda del dolore cronico ha trovato un iniziale utilizzo nella gestione del dolore cronico oncologico presso U.O. Cure Palliative, nei regimi di Degenza Ospedaliera e Ospedalizzazione Domiciliare, come parte della cartella clinica condividendone le modalità di registrazione ed archiviazione. L'altra scheda, come la precedente, fa parte del Progetto pilota, per la gestione del dolore acuto post-operatorio in alcune U.O. dell'Ospedale di Circolo, in ottemperanza alla legge n° 38 del 19.03.2010.

METODI Raccolta dei protocolli esistenti in Azienda riferiti alla gestione del dolore cronico e loro revisione (gennaio 2010). Predisposizione e/o rivisitazione delle schede di monitoraggio del dolore, e integrazione con la scheda terapia, e monitoraggio condizioni psicofisiche (febbraio2010). Definizione dell'aree ospedaliere coinvolte nella sperimentazione della scheda (febbraio 2010). Svolgimento dei corsi di formazione rivolti all'utilizzo delle schede da parte degli operatori delle U.O. partecipanti alle sperimentazione (marzo 2010). Sperimentazione pilota all'interno dell'U.O. Degenza Cure Palliative e Ospedalizzazione Domiciliare, della scheda formulata (marzo 2010). Valutazione del corretto utilizzo delle schede e dell'indice di soddisfazione del personale sanitario (tramite questionario) (novembre 2010). Implementazione della scheda alla gestione del dolore post-operatorio previa raccolta dei protocolli esistenti in Azienda riferiti alla gestione del dolore acuto post-chirurgico e loro revisione (dicembre 2010). Estensione della sperimentazione della scheda all'Area Chirurgica (gennaio 2011). Svolgimento dei corsi di formazione rivolti all'utilizzo della scheda da parte degli operatori delle U.O. partecipanti alle sperimentazione (gennaio 2011). Sperimentazione pilota all'interno dell'U.O. di Ortopedia e Chirurgia Generale (gennaio 2011). Valutazione del corretto utilizzo delle schede e dell'indice di soddisfazione del personale sanitario (tramite questionario) (gennaio 2011).

RISULTATI I dati ottenuti dall'utilizzo della scheda nell'U.O. Cure Palliative, nella gestione del dolore cronico sono confortanti e ci hanno spinto ad estendere la sperimentazione nelle altre Aree mediche e Aree chirurgiche, anche se con lievi modifiche. Solo alla fine della sperimentazione sarà possibile definire il ruolo della scheda nella gestione del dolore cronico e acuto post-operatorio nell'Azienda Ospedaliera.

CONCLUSIONI In attesa dei dati definitivi della sperimentazione, presentati in sede di Conferenza a Febbraio al Convegno Nazionale Gimbe, dallo studio si delinea già nel personale di assistenza una migliore uniformità di registrazione e accuratezza nella gestione del dolore. L'utilizzo di specifiche scale di valutazione e l'approccio integrato della rilevazione antalgica con le terapia somministrate, permettono una rapida consultazione della situazione clinica in tempo reale e la formulazione di appropriate scelte terapeutiche. Per i pazienti questo si traduce in un miglior e tempestivo controllo del dolore nelle sue diverse manifestazioni.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Radi Massimiliano	Istituzione	Azienda Ospedaliera Polo Universitario Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi
Telefono	0332 393317	Indirizzo	Viale Borri, 57
Fax	0332 278139	CAP	21100
E-mail	caposala.odcp@ospedale.varese.it	Città	Varese

59. L'IMPATTO DI UN RICOVERO OSPEDALIERO SULLA QUALITÀ DI VITA: UNO STUDIO PROSPETTICO

Re LG

Corso di Laurea Infermieristica - Fondazione IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena

BACKGROUND Nel 1948 la World Health Organisation (WHO) ha definito la QdV come “la personale percezione che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni”. In letteratura non sono stati reperiti studi che si siano occupati di valutare il grado di associazione fra tipo di ricovero (ordinario o urgente) e di trattamento (chirurgico o medico) erogati ai pazienti ospedalizzati con caratteristiche socio demografiche, quadri clinici e tipo di prestazioni fornite differenti, e la variazione di QdV dall'accettazione alla dimissione del paziente. Altresì non si rileva la presenza di pubblicazioni che abbiano valutato il ruolo di tali predittori sulla variazione di QdV solo ed esclusivamente nel corso del ricovero. Quest'ultimo aspetto può essere rilevante per poter prevenire e/o controllare precocemente i predittori con maggiore impatto sulla QdV allo scopo di poter programmare gli interventi assistenziali più opportuni per la dimissione dei pazienti più critici e contribuire alla diminuzione delle riammissioni in ospedale o dei ricoveri in strutture protette. Infine, non sono stati recuperati articoli che analizzassero anche il ruolo di predittori a valenza più propriamente economica quali il peso relativo per DRG. Questo aspetto è importante per esaminare se sussista o meno una associazione fra grado di impegno di risorse umane e tecnologiche e guadagno in QdV alla dimissione.

OBIETTIVI 1) Accertare l'esistenza di una associazione significativa fra tipo di trattamento (chirurgico vs medico), tipo di ricovero (urgente vs ordinario) e variazione della QdV; 2) Accertare il ruolo di predittori quali il sesso, l'età, patologie concomitanti, giornate di degenza, tempo di intervento, tipo di ricovero, tipo di DRG, peso relativo per DRG sulla variazione di QdV; 3) Valutare, sulla base dei risultati, quali sono i possibili risvolti per la pratica assistenziale infermieristica.

METODI È stato progettato uno studio prospettico per investigare la QdV prima (all'accettazione) e dopo (alla dimissione) l'erogazione di un trattamento clinico. Per la valutazione della QdV è stato utilizzato lo strumento psicometrico EuroQol (EQ-5D). La variazione della QdV è stata misurata attraverso il calcolo della differenza di score di EuroQol-5D (Δ EuroQol-5D). È stato formulato un modello di regressione logistica per ottenere uno strumento statistico con capacità predittive sul ruolo da attribuire ad alcuni fattori di rischio socio demografici e clinici nel condizionare la QdV alla dimissione. Sono stati anche comparati fra di loro, in termini di esito finale, i due trattamenti erogati, chirurgico o medico, e i due tipi di ricovero, urgente o ordinario.

RISULTATI Sono stati reclutati 250 soggetti, di cui 161 (64.4%) hanno ricevuto un trattamento chirurgico e 89 (35.6%) un trattamento medico, 128 (51.2%) un ricovero urgente e 122 (48.8%) un ricovero ordinario. 164 soggetti (65.6%) hanno avuto un miglioramento nella QdV, 86 (34.4%) un peggioramento. La QdV alla dimissione risulta significativamente diversa e migliorata ($p < 0.001$) dopo un trattamento clinico. Il modello di regressione logistica multipla ha individuato quali predittori associati alla variazione della QdV: l'età ($p < 0.05$) e il tempo di intervento ($p < 0.01$). Il peso relativo per DRG non è associato a tale variazione. Il trattamento chirurgico ha prodotto 97 esiti positivi (60.2%) e il trattamento medico 67 (75.3%), mentre i ricoveri urgenti e ordinari hanno prodotto rispettivamente 95 (74.2%) e 69 (56.6%) esiti positivi.

CONCLUSIONI Un trattamento medico comporta una proporzione significativamente maggiore di QdV migliorata ($p < 0.05$).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Re Luca Giuseppe	Istituzione	Fondazione IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena
Telefono	02 36566444	Indirizzo	Via Pace, 9
Fax	02 55035458	CAP	20100
E-mail	lucagiuseppere@gmail.com	Città	Milano

60. PREVENZIONE E MONITORAGGIO DELLE CADUTE IN OSPEDALE. RISULTATI DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ

Reattelli Paglicci L, Casciarri G, Verdelli AM, Zucconi M, Pioppo M

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND Le cadute dei pazienti durante il ricovero in ospedale rappresentano un rischio assistenziale molto più importante di quello che in genere si è portati a valutare, sia per la loro frequenza che per gli esiti, anche gravi, che ne possono derivare, con conseguente prolungamento della degenza e necessità di procedure diagnostico-terapeutiche aggiuntive, cui si correla, tra l'altro, una notevole maggiorazione dei costi assistenziali ed anche possibili sequele medico-legali. Anche il Ministero della Salute ha realizzato un'apposita raccomandazione sul tema che sarà a breve disponibile.

OBIETTIVI Prevenire le cadute dei pazienti in ospedale mediante la valutazione del rischio in tutti i ricoverati e l'adozione di opportune raccomandazioni, nonché monitorarne il fenomeno mediante un'apposita scheda di segnalazione.

METODI Il Centro Gestione Rischio Clinico aziendale nel corso del 2008 ha realizzato un progetto specifico che prevede una apposita scheda di valutazione del rischio cadute di tutti i pazienti ricoverati (scala Stratify fino a 75 anni e scala Conley oltre i 75 anni), unita alla diffusione di raccomandazioni per la prevenzione del fenomeno e l'utilizzo di una specifica scheda di segnalazione dell'avvenuta caduta, per quantificarne l'entità. Il progetto è pienamente operativo da gennaio 2009 in tutte le Strutture Complesse dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Le fasi del progetto sono state: 1. scelta della scala di valutazione di rischio caduta e dei criteri di inclusione dei pazienti da valutare; 2. redazione delle raccomandazioni aziendali per la prevenzione delle cadute e per la gestione del paziente caduto; 3. costruzione della scheda unica per la segnalazione delle cadute e definizione della procedura per la segnalazione; 4. formazione specifica per circa 800 operatori. Gli indicatori utilizzati sono stati l'uso della scheda di valutazione del rischio in tutti i pazienti ricoverati dal 01 gennaio al 31 dicembre 2009 e la segnalazione di tutte le cadute mediante l'apposita modulistica, uniti alla rispondenza tra rischio valutato ed eventuale caduta, nonché la verifica della conoscenza delle raccomandazioni aziendali attraverso interviste mirate agli operatori.

RISULTATI La scheda di valutazione del rischio cadute viene utilizzata nel 60% dei pazienti ricoverati, con netta prevalenza in area medica. Le raccomandazioni aziendali sono conosciute dagli operatori ed è ampiamente diffuso l'impiego della scheda di segnalazione, infatti, in riferimento agli anni precedenti il numero di segnalazioni è triplicato, ma il 45% dei pazienti non ha riportato lesioni. In un 20% dei casi il paziente caduto non è stato valutato per il rischio specifico.

CONCLUSIONI Il progetto è attualmente in vigore e gli operatori sono stati ulteriormente sensibilizzati all'impiego della scheda di valutazione e sulle raccomandazioni aziendali per la prevenzione delle cadute dei pazienti, con un generale aumento dell'attenzione verso la sicurezza degli stessi. Attraverso la scheda di segnalazione, molto dettagliata, il CGRC ha un valido strumento per monitorare il fenomeno e gestire eventuali problematiche in merito alle richieste di risarcimento dei danni.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zucconi Marco	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5781	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5786135	CAP	06069
E-mail	marco.zucconi@email.it	Città	Perugia

61. LA CARTELLA ELETTRONICA PER LA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO NEL PAZIENTE RICOVERATO

Santi R, Davio P, Stornino F, Desperati M

Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria

BACKGROUND La profilassi del tromboembolismo nel paziente degente presso la struttura ospedaliera è una procedura poco standardizzata. Esiste una disomogeneità nella gestione della profilassi. Nella nostra azienda ospedaliera a settembre 2009 sono state validate le linee guida per la profilassi del tromboembolismo. Successivamente ci si è posti il problema se fosse sufficiente stilare un documento per quanto condiviso per ottimizzare questa strategia.

OBIETTIVI Per favorire l'applicazione delle linee guida è stata creata una cartella elettronica che serva da guida per individuare il profilo di rischio nel singolo paziente e la più efficace strategia di profilassi.

METODI La cartella elettronica è stata inserita in rete e viene compilata all'ingresso in ospedale contestualmente alla compilazione della cartella clinica. Vengono inseriti i dati del paziente, l'unità di degenza, l'indicazione alla profilassi (p.e. chirurgia ortopedica) la presenza di fattori di rischio del paziente (precedenti eventi tromboembolici, condizioni trombofiliche ecc.). Inserendo questi dati ne risulta uno score che permette di inquadrare il profilo di rischio del paziente: basso, intermedio, alto. Viene suggerito quali farmaci utilizzare e con quale posologia. La cartella elettronica permette di effettuare il calcolo della clearance della creatinina. In caso di clearance ridotta (< 50 ml/min) viene suggerito quale strategia attuare per ridurre il rischio di accumulo dei farmaci (p.e. riduzione della posologia o nessuna profilassi). Se il medico compilatore ritiene di non applicare quanto consigliato, vi è uno spazio per spiegarne le motivazioni. La cartella ha un collegamento con le linee guida per permettere una consultazione rapida del documento. Al termine della compilazione una copia viene stampata ed inserita nella cartella clinica del paziente.

RISULTATI La cartella elettronica è utilizzata nel nostro presidio ospedaliero da aprile 2010. Attualmente sono presenti nel database circa 1500 pazienti. La maggioranza di questi sono stati inseriti dalle divisioni chirurgiche.

CONCLUSIONI La cartella elettronica rappresenta uno strumento utile per guidare la scelta della profilassi tromboembolica nel paziente ricoverato coerentemente con le linee guida. Il database nel quale vengono inseriti i pazienti permette di valutare periodicamente come viene praticata la profilassi nelle singole unità operative. Consente di valutare inoltre il corretto utilizzo dei farmaci antitrombotici.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Santi Roberto	Istituzione	Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo
Telefono	0131 206230	Indirizzo	Via Venezia, 16
Fax	0131 207911	CAP	15121
E-mail	rsanti@ospedale.al.it	Città	Alessandria

62. L'USO DELLE RISORSE ON LINE PER LA RICERCA DI INFORMAZIONI CLINICHE DA PARTE DEGLI INFERMIERI

Scacchetti D¹, Ferri P²

¹Azienda USL Modena, ²Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

BACKGROUND Le evidenze scientifiche che supportano la pratica clinica provengono da molte fonti: ricerca, opinioni di esperti, colleghi, esperienza personale ed intuizione. Il termine EVIDENCE e pratica EVIDENCE BASED può essere interpretato in molti modi diversi ed esistono numerose definizioni in proposito. Alcuni studi effettuati all'estero rilevano che nella maggior parte dei casi gli infermieri, per ottenere informazioni utili nella loro pratica quotidiana, fanno riferimento ai medici ed ai colleghi, in particolare ai più anziani, perché considerati più esperti. Rispetto alla ricerca di informazioni scientifiche all'esterno, dichiarano numerose difficoltà fra cui: mancanza di tempo, difficoltà di accesso alle biblioteche ed ai servizi forniti, competenze limitate in ricerca bibliografica e per la consultazione di documenti, nonché scarse competenze di valutazione critica delle fonti di informazione.

OBIETTIVI Lo scopo dello studio è di descrivere e comprendere meglio l'uso delle risorse on line da parte degli infermieri, individuando, se possibile, ciò che motiva il professionista ad una attività di ricerca di informazioni e ciò che invece rappresenta un ostacolo di natura personale od organizzativa.

METODI È stato progettato uno studio trasversale di tipo descrittivo, da condurre tramite un'inchiesta, con la somministrazione di un questionario postale ad un campione di rispondenti. Il questionario è stato abbozzato partendo da quelli allegati agli studi analizzati durante la revisione della letteratura, poi sottoposto all'attenzione della bibliotecaria del CeVEAS di Modena. Da questa prima analisi sono state ridotte le domande e sono state modificate alcune opzioni di risposta. Il questionario, corredato di lettera, che conteneva un esplicito invito a criticare le domande e a fare osservazioni sulla comprensibilità del documento, è stato inviato, ai 20 colleghi infermieri/Tutor che lavorano presso il Corso di Laurea di Modena. Sulla base delle critiche ricevute, il numero delle domande è stato ulteriormente ridotto e sono state modificate alcune opzioni di risposta, per arrivare alla versione finale e definitiva del documento. L'Universo Statistico è stato identificato con gli infermieri di due dipartimenti affini di 3 aziende sanitarie. Grazie alle autorizzazioni ricevute dalle Direzioni degli Ospedali coinvolti nel progetto, è stato possibile disporre del numero complessivo e degli elenchi degli infermieri assegnati a ciascun Dipartimento ed Unità Operativa. È stata quindi costruita la lista di campionamento da cui, mediante l'uso di un generatore di numeri casuali, si è estratto un campione probabilistico di 520 unità, a cui sono stati spediti i questionari. Sono stati restituiti 298 questionari, con una percentuale di risposta pari al 57% del campione.

RISULTATI Quasi il 90% dei rispondenti dichiara di usare il PC almeno quotidianamente, soltanto il 60% può accedere alla rete sul posto di lavoro. Circa il 60% degli infermieri rispondenti dichiara di usare unicamente il motore di ricerca come fonte di informazioni cliniche on line e di non conoscere alcuna banca dati; il restante 40% si divide abbastanza equamente tra coloro che utilizzano anche siti specialistici e di organizzazioni scientifiche e coloro che conoscono anche le banche dati. La banca dati più conosciuta ed usata, sembra essere Medline. L'ambito lavorativo, ovvero l'area critica ed il possesso di una formazione post-base sembrano orientare verso una modalità di ricerca di informazioni on line più raffinata, caratterizzata dall'uso di più fonti, tra cui le banche dati. Soltanto il 20% circa dei rispondenti ha seguito dei corsi di preparazione specifica sull'argomento; all'interno di questo gruppo risultano più rappresentati coloro che possiedono una formazione post-base; esiste una correlazione positiva tra la frequenza ai corsi specifici e l'utilizzo di più fonti di informazioni, fra cui le banche dati.

CONCLUSIONI Gli scopi principali per cui si fa uso delle risorse on line sono: la ricerca di informazioni per colmare lacune nel proprio bagaglio di conoscenze cliniche e per mantenere aggiornati procedure e istruzioni operative. Gli ostacoli indicati maggiormente dai rispondenti sono: la mancanza di tempo, problema abbastanza generico e prevedibile, considerando l'impegno quotidiano richiesto a chi lavora a contatto diretto con i malati, e la scarsa conoscenza della lingua inglese. Anche questa risposta può considerarsi prevedibile ma costituisce un indicatore che andrebbe tenuto in gran conto a partire già dalla formazione di base dell'infermiere. Altri ostacoli sono rappresentati dalla difficoltà nell'approcciarsi all'informatica ed all'uso del PC, oltre alla mancanza di formazione specifica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Scacchetti Daniela	Istituzione	Azienda USL Modena
Telefono	059 4223520	Indirizzo	Via del Pozzo
Fax	059 4222520	CAP	41124
E-mail	scacchetti.daniela@policlinico.mo.it	Città	Modena

63. IMPLEMENTAZIONE DI METODI ASSISTENZIALI ALTERNATIVI LA CONTENZIONE FISICA: INDAGINE PILOTA

Sciacca S

Infermiere

BACKGROUND Da un'analisi della letteratura italiana e internazionale emerge che l'utilizzo della contenzione fisica aumenta in modo sistematico in relazione all'età della persona e alla severità del danno cognitivo, ed è ben documentato che l'uso della contenzione fisica negli anziani è considerato un outcome clinico e assistenziale negativo. Il deficit cognitivo è l'unico valore predittivo indipendente dell'utilizzo del contenimento. In una ricerca condotta per valutare l'attitudine degli infermieri rispetto ai mezzi di contenzione fisica, l'82% dei 117 infermieri intervistati erano d'accordo nel definire "comodo" l'assistere pazienti in contenzione. La contenzione non è però atto rifiutabile a priori, ma è comunque atto di cui è necessario definire precisi ambiti di liceità. Qualora la contenzione fosse ingiustificata, si possono configurare reati perseguibili penalmente.

OBIETTIVI Lo studio pilota è un'analisi di tipo descrittivo-conoscitivo. L'obiettivo è quello di valutare le conoscenze relative la contenzione fisica, la sua attuazione e le metodiche assistenziali alternative da attuare prima di arrivare a mettere in atto il contenimento degli utenti.

METODI Lo strumento utilizzato per l'indagine è stato un questionario somministrato agli infermieri di medicina interna, ortopedia, chirurgia e S.P.D.C. dell'Azienda U.S.L. 11 di Empoli. Il questionario, anonimo e composto da 19 quesiti, prevedeva quindi di sondare non solo le conoscenze ma anche i comportamenti degli infermieri in merito agli interventi adottati prima di ricorrere alla contenzione e all'esistenza di schede di monitoraggio qualora questa venisse applicata.

RISULTATI Lo studio effettuato rileva che le conoscenze in merito a pratiche alternative le misure contenitive, devono essere ulteriormente approfondite. Pur essendo tutti a conoscenza di cos'è la contenzione e che il ricorso alla stessa è nocivo all'utente, la gran parte la utilizza nella prevenzione delle cadute, per proteggere la persona in stato di agitazione e in parte minore per consentire il trattamento terapeutico nelle persone che interferiscono sulla somministrazione della terapia.

CONCLUSIONI È stato pertanto opportuno elaborare e attuare strategie volte ad implementare le conoscenze del personale infermieristico attraverso la formulazione di interventi formativi e riunioni di aggiornamento, con la stesura di un piano assistenziale standard e di una scheda di monitoraggio delle condizioni fisiche dell'utente, laddove la contenzione fisica si ritenga pratica veramente necessaria.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sciacca Simona	Istituzione	Infermiere
Telefono	0573 81790	Indirizzo	Viale Boccaccio
Fax	0571 706210	CAP	50053
E-mail	s.simona73@libero.it	Città	Empoli

64. PROPOSTA DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA CLINICAL GOVERNANCE DEL RISCHIO INFETTIVO IN CHIRURGIA**Silvestri A, Giuliani A**

Azienda USL Roma D

BACKGROUND Le infezioni postoperatorie rappresentano, ancora oggi, la complicanza più diffusa, più temuta, più pericolosa dal punto di vista prognostico e più costosa. Nella revisione sistematica della documentazione clinica, l'incidenza di SSI raggiunge il 15% di tutti gli eventi avversi e di questi il 25-30% sono prevenibili. In una visione multidisciplinare e multi professionale molti sono i campi comuni in cui esperti di infezioni e di rischio clinico possono lavorare insieme. Gli AA focalizzano il ruolo svolto dall'applicazione dei bundles sulla riduzione dell'incidenza di SSI: l'evidenza dimostra che un kit selezionato di pochi comportamenti (appropriata antibiotico-profilassi - appropriata tricotomia - controllo glicemico - mantenimento della normotermia postoperatoria) che agiscono sinergicamente sulle principali cause/fattori di rischio di infezione, fornisce un miglior risultato in caso di loro implementazione simultanea piuttosto che singola. Gli AA riferiscono inoltre la positiva esperienza dell'applicazione sistematica della scheda ASEPSIS nel follow-up della ferita chirurgica.

OBIETTIVI Individuare un modello organizzativo che consenta di applicare una serie di criteri standardizzabili alle strategie di riduzione delle SSI.

METODI Applicazione simultanea di: protocollo appropriato di antibiotico-profilassi - controllo della glicemia - tricotomia appropriata per tempi e modalità di esecuzione - mantenimento della normotermia postoperatoria; follow-up della ferita chirurgica mediante utilizzo dell'ASEPSIS score eseguito su tre rilevazioni.

RISULTATI Riduzione dell'incidenza di SSI; aumento della compliance da parte degli operatori.

CONCLUSIONI L'applicazione di un kit selezionato di pochi comportamenti che agiscono sinergicamente sulle principali cause/fattori di rischio di infezione, fornisce un miglior risultato in caso di loro implementazione simultanea piuttosto che singola. Il monitoraggio della ferita mediante ASEPSIS score riduce la soggettività della valutazione del singolo operatore.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Silvestri Antonio	Istituzione	Azienda USL Roma D
Telefono	06 56487726	Indirizzo	Via Casal Bernocchi, 73
Fax	06 56487604	CAP	00122
E-mail	antoniosilvestri.1@libero.it	Città	Roma

65. COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

Stornelli M, Mattei M, Salvini A, Angelucci L, Montagliani A, Contestabile MP, Di Carlo L, Finucci B

Casa di Cura Privata Di Lorenzo S.p.a.

BACKGROUND L'assistenza infermieristica ha sempre rappresentato un parametro fondamentale nell'infrastruttura del sistema sanitario. Fino a qualche decennio fa tale processo era organizzato seguendo modalità dettate più dai numeri di pazienti presenti nelle varie unità operative, piuttosto che sulla qualità di quegli stessi pazienti. In passato sono stati utilizzati metodi con i quali si pianificava l'assistenza coinvolgendo un numero standard di infermieri per le varie tipologie di utenti (medicina rapporto 1 infermiere/10 pazienti, terapia intensiva 1 infermiere/2 pazienti, ecc.). Tuttavia negli ultimi anni si è cominciato a parlare di assistenza per intensità di cure, oppure di complessità assistenziale. Tutto ciò significa che gli operatori sanitari pianificano e personalizzano l'assistenza in base alla intensità o complessità del paziente.

OBIETTIVI Partendo dalla lettura della L.R. Regione Toscana n. 40/2005 (art. 68) e dal Piano Sanitario della Regione Lombardia 2007/2009, si è deciso di realizzare un progetto con il quale rapportare l'assistenza infermieristica alla complessità quotidiana sviluppata dal paziente che si ha in cura. Gli obiettivi sono i seguenti: - Breve termine - 1. Realizzare individuazione delle principali patologie presenti nella Casa di Cura Privata Di Lorenzo, nell'anno 2009; 2. Realizzazione del Modello Concettuale dell'Assistenza secondo "Gordon", con la creazione di Diagnosi Infermieristiche (NANDA), risultati attesi (NOC) ed interventi da attuare (NIC); 3. Valutazione dei pazienti utilizzando il Modello Assistenziale Professionalizzante, realizzato da Annalisa Silvestro et al. con la creazione di un database che raccoglie la dimensione della stabilità clinica, della responsività e dell'indipendenza - Lungo termine - 4. Implementazione e messa a regime del modello MAP, preceduto da formazione sul campo; 5. Management delle risorse infermieristiche in base alla complessità dei pazienti nelle varie unità operative; 6. Continuo monitoraggio del modello, con revisioni annuali.

METODI Dopo una attenta e scrupolosa revisione della letteratura italiana ed internazionale, abbiamo deciso, per la realizzazione del nostro progetto, di prendere, come riferimento, il modello della Complessità Assistenziale e metodo MAP realizzato da Annalisa Silvestro, Rita Maricchio, Aldo Montanaro, Monica Molinar Min e Paola Rossetto. In seguito, dopo uno studio retrospettivo, abbiamo rilevato le patologie più frequenti dei pazienti ricoverati nell'anno 2009; sono stati realizzati piani di assistenza infermieristica, è stato creato un database per la valutazione della complessità dei pazienti, la fase sperimentale del progetto è stata eseguita nell'unità operativa di Terapia Intensiva della Casa di Cura Di Lorenzo; sono stati arruolati 22 pazienti, per un totale di 110 rilevazioni, nell'arco di 2 mesi.

RISULTATI Come detto precedentemente, sono stati valutati 22 pazienti ricoverati presso la terapia intensiva, nel periodo maggio-giugno 2010. Il 55% di essi erano pazienti post-operati, mentre il restante 45% era rappresentato da malati di rianimazione vera e propria; di quest'ultimi 4 con diagnosi di insufficienza respiratoria, 3 scompenso cardiaco e rispettivamente 1 e 1 con embolia polmonare ed edema polmonare. Relativamente alle rilevazioni quotidiane, il 29% riguardavano pazienti post-operati, mentre il restante 70% erano relative a pazienti di rianimazione. Tutti i pazienti hanno sviluppato punteggi alti: il valore medio dei pazienti post-operati era di 85; è salito a 101 nei pazienti di rianimazione. Il processo assistenziale è stato garantito da 6 infermieri più un coordinatore nell'arco delle 24 ore. Le rilevazioni sono state effettuate ogni mattina da un unico operatore.

CONCLUSIONI Premesso che tale progetto è tuttora in itinere, quindi soggetto ad aggiornamenti, e revisioni, secondo noi rappresenta un modello ideale per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica. Per di più nel gruppo operativo è presente un operatore socio sanitario, il quale si occuperà di formare tutte le figure di supporto presenti nella Casa di Cura. I piani assistenziali e le valutazioni quotidiane, verranno inseriti in un database e si avrà la possibilità di consultare quotidianamente, ed in tempo reale, tutti i dati relativi ai pazienti che si hanno in cura, grazie all'utilizzo di palmari. Con questo metodo siamo convinti che la qualità delle cure erogate sarà migliore, ma soprattutto siamo certi che la personalizzazione dell'assistenza si ripercuoterà in maniera positiva sul paziente stesso, garantendogli un ritorno precoce alla sua autonomia.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Stornelli Muzio	Istituzione	Casa di Cura Privata Di Lorenzo S.p.a.
Telefono	0863 428274	Indirizzo	Via Vittorio Veneto, 37
Fax	0863 412446	CAP	67051
E-mail	stornelli73@gmail.com	Città	Avezzano

66. LO SVILUPPO DI UNA CULTURA ORIENTATA ALLA RICERCA E ALL'“EVIDENCE-BASED PRACTICE” FRA GLI INFERMIERI DELL'ISTITUTO ONCOLOGICO DELLA SVIZZERA ITALIANA (IOSI)

Valcarengi D, Bianchi M

Istituto Oncologico della Svizzera Italiana

BACKGROUND Da alcuni anni, all'Ente Ospedaliero Cantonale (E.O.C.), in Canton Ticino, è stato avviato un complesso processo di promozione e cambiamento dell'attività infermieristica, attraverso il potenziamento della formazione interna, la revisione della documentazione professionale, l'aumento del numero di infermieri “specialisti clinici” e la progressiva implementazione del Primary Nursing in tutti i reparti ospedalieri. Allo IOSI, che è un Dipartimento oncologico trasversale a tutte le strutture ospedaliere dell'EOC, per sostenere questi processi di cambiamento e favorire lo sviluppo di una cultura professionale e di una prassi basata sulle “evidenze” e la ricerca, nell'anno 2009, la Direzione del Servizio Infermieristico, ha ridenominato e ridefinito il “mandato organizzativo” di un pre-esistente Ufficio ed ha proceduto alla selezione di un suo Responsabile specifico. Con l'arrivo di quest'ultimo (aprile 2010), sono state definite alcune linee d'azione per lo sviluppo della ricerca infermieristica e la progressiva crescita a livello locale di una cultura basata sull'EBP.

OBIETTIVI Presentare le principali linee d'azione attraverso le quali l'Ufficio Sviluppo e Ricerca Infermieristica, in sinergia con il Servizio Infermieristico, sta cercando di sviluppare una cultura e una prassi professionale basata sulla ricerca infermieristica e sull'EBP, attraverso un dialogo costante con gli operatori delle varie realtà operative dello IOSI.

METODI Avendo come presupposto che sia possibile sviluppare una cultura basata sulla EBP soprattutto se i vari professionisti avranno l'opportunità di verificarne l'efficacia nella loro prassi quotidiana, si è ritenuto importante partire dai problemi assistenziali realmente vissuti nell'operatività, per sottoporli a revisione critica e poter trovare insieme ai diretti interessati, anche attraverso un confronto con la letteratura esistente, alcune possibili e concrete soluzioni operative. I passi effettuati sono stati i seguenti: * conoscere la realtà locale e la sensibilità degli infermieri sui temi della ricerca, somministrando loro uno specifico questionario; * predisporre una struttura interna per facilitare la circolazione delle informazioni, individuando in ogni unità organizzativa infermieri che si siano resi disponibili a svolgere la funzione di “referenti” su tali temi e con l'attivazione di un sito interattivo sulla intranet aziendale (SharePoint), facilmente accessibile; * entrare in reti esterne, nazionali o internazionali; * aumentare le competenze specifiche degli infermieri nella metodologia della ricerca e nel pensiero critico, diffondendo guide metodologiche, attivando brevi corsi di formazione, discutere collegialmente “casi assistenziali” e/o articoli significativi; * stimolare e far conoscere la produzione culturale interna, fornendo supporto metodologico agli infermieri che vogliono presentare comunicazioni ai convegni e/o pubblicare articoli (evidenziandoli sullo “sharepoint”); * attivare o partecipare a ricerche d'interesse professionale.

RISULTATI Rispetto alle linee d'azione programmate: * è stata conclusa l'indagine conoscitiva interna sulla ricerca infermieristica. Circa un infermiere su cinque si è reso disponibile a svolgere un ruolo attivo di “referente” su tali argomenti; * un gruppo di lavoro sta predisponendo lo “sharePoint”, che sarà operativo a breve; * con l'Università è stato progettato un primo breve corso di formazione in ricerca ed EBP, che sarà avviato entro i primi mesi del 2011; * sono stati presentati 3 progetti di ricerca multidisciplinare ad una Commissione interna, con possibilità di finanziamento in caso di approvazione; * è stato fatto un primo momento di discussione collegiale su un articolo d'interesse professionale (contenuti, metodo e applicabilità), da riproporre periodicamente insieme alla discussione di qualche caso clinico.

CONCLUSIONI Il processo è stato avviato per volontà della Direzione Infermieristica, che ha creduto ed investito precise risorse nel suo sviluppo. Si sta cercando di agire contemporaneamente su molte variabili, mantenendo sempre uno stretto legame con la realtà operativa da dove devono nascere le “domande di ricerca” e dove devono essere trovate realistiche “risposte di miglioramento” da parte di chi vi lavora. L'Ufficio “Sviluppo e Ricerca Infermieristica” si pone pertanto come un interfaccia fra la concrete realtà operative e il mondo della ricerca e delle migliori “evidenze professionali” oggi disponibili, facilitando la comunicazione bidirezionale tra queste due dimensioni ancora a volte troppo distanti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Valcarengi Dario	Istituzione	Istituto Oncologico della Svizzera Italiana
Telefono	0041 91 8119452	Indirizzo	Viale Officina, 3 CH 6500
Fax	0041 91 8119044	CAP	20070
E-mail	dario.valcarenghi@eoc.ch	Città	Bellinzona (Svizzera)

67. APPROPRIATEZZA DELL'USO DELL'OSPEDALE: TECNOLOGIE A SUPPORTO DEI REPARTI PER GLI ESAMI DI LABORATORIO**Vincitorio D, Busco F, Serenella D**

INRCA

BACKGROUND L'inserimento di una tecnologia all'interno di un'organizzazione deve essere sempre supportato da scelte basate sulle evidenze scientifiche. Deve tener conto, inoltre, del contesto operativo in cui va ad introdursi e non deve essere dettato da logiche esclusivamente economicistiche. I processi di HTA (Health Technology Assessment) prendono in considerazione in modo integrato aspetti riguardanti le tecnologie, i pazienti, l'organizzazione e l'economicità. Attualmente i sistemi diagnostici per la determinazione in vitro non rappresentano un'area di rilevanza dal punto di vista dei costi.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio, è valutare l'opportunità di inserimento di ulteriori Point Of Care Testing (POCT) nel Presidio Ospedaliero di Ricerca U. Sestilli – I.N.R.C.A. – I.R.C.C.S. al fine di eliminare la convenzione, per le ore notturne con un laboratorio analisi esterno. Gli obiettivi specifici sono analizzare quattro aree tematiche: la tecnologia che si vuole inserire; i pazienti afferenti alla struttura che possono beneficiare di tale tecnologia; gli aspetti organizzativi per il suo utilizzo; gli aspetti economici.

METODI Lo studio si sviluppa sull'analisi approfondita delle aree tematiche implicate nell'inserimento del POCT. Pertanto la valutazione viene effettuata sull'impatto assistenziale che ha la tecnologia, (organizzazione del lavoro, tipologie di pazienti) e sui costi. Attraverso l'uso delle linee guida, è stata effettuata l'analisi della tecnologia sulla base delle evidenze scientifiche, quindi sono stati identificati i requisiti organizzativi che il sistema deve possedere perché il POCT possa essere utilizzato nel rispetto dell'appropriatezza e della qualità. Sono state, quindi, individuate le patologie per le quali c'è un'evidenza scientifica all'uso del POCT e confrontate con le patologie più frequenti afferenti al Presidio U. Sestilli durante l'anno 2009. In seguito è stata realizzata l'analisi dei costi, per gli esami ematici inviati di notte presso il Laboratorio Analisi esterno in convenzione (poiché l'attività del Servizio di Medicina di Laboratorio del POR U. Sestilli è su 12 ore), al fine di compiere un confronto economico.

RISULTATI Il POCT - L'organizzazione. Le Linee Guida della National Academy of Clinical Biochemistry consigliano la creazione di un comitato interdisciplinare (personale del Servizio di Medicina di Laboratorio e dei reparti che gestiscono il POCT) per il management, i controlli di qualità, i protocolli e le procedure di gestione. Esami e pazienti. Diagnosi precoce SCA (Sindrome Coronarica Acuta): utile il POCT per l'analisi tempestiva dei biomarkers cardiaci (Troponina I cardiaca (cTnI)) si raccomanda l'acquisto esclusivamente qualora l'ospedale non dia garanzia dei risultati entro 1 ora. Valutazione della coagulazione. È fortemente raccomandato, dalle linee guida, il POCT nelle U.O. di chirurgia generale ed ortopedia per controllare la profilassi e la terapia tromboembolica d'elezione. Diabete Mellito Scompensato. È fortemente raccomandato l'uso del POCT per il monitoraggio della glicemia in tempo reale nel paziente diabetico in fase critica. Aree Critiche. L'uso di emogasanalizzatori è raccomandato. Analisi dei costi. È stata effettuata l'analisi del POCT per i soli esami con prove di efficacia, appropriati per la tipologia di pazienti afferenti e per le specialità presenti nel Presidio Ospedaliero di Ricerca. I costi unitari di ciascun esame eseguito in POCT sono comprensivi della macchina (concessa in comodato d'uso gratuito), dei test di qualità e della formazione del personale, nonché dei costi dei materiali diagnostici. Complessivamente la spesa per l'esecuzione in POCT degli esami con prove di efficacia, è di € 35.661,80. Il Presidio Ospedaliero di Ricerca U. Sestilli, INRCA – L'organizzazione. Per effettuare gli esami urgenti notturni, il Presidio ha stipulato una convenzione con il Laboratorio Analisi di un altro ospedale. Dislocati in alcuni reparti ci sono 5 POCT di cui 4 emogasanalizzatori, 3 posti nelle aree critiche (Blocco operatorio, Punto di Primo Intervento-PPI, Unità di Terapia Intensiva).

CONCLUSIONI Attualmente ulteriori acquisti di POCT, non risultano funzionali all'organizzazione, invece bisogna attuare una ripianificazione graduale dell'attività, razionalizzando le richieste, in urgenza, di esami al Laboratorio Analisi in convenzione e promuovendo un uso migliore dei POCT già presenti nel presidio. L'applicazione di tale pianificazione garantisce una progressiva riduzione di spesa. Azioni a breve termine: stesura e applicazione di protocolli per evitare prescrizione di esami senza prove di efficacia in regime di urgenza, porterebbe ad un risparmio per l'Ente di € 39.097 all'anno. Azioni a Medio termine: ottimizzare l'uso dei POCT esistenti attraverso la stesura di protocolli condivisi, si ottiene un vantaggio economico e di efficienza di circa ulteriori € 54.571 annue. Azioni a Lungo termine: mantenimento nel tempo delle azioni attraverso il sistema di revisione continua.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Vincitorio Daniela	Istituzione	INRCA
Telefono	071 8003714	Indirizzo	Via della Montagnola, 81
Fax	071 8003564	CAP	60100
E-mail	d.vincitorio@inrca.it	Città	Ancona