

7^a Conferenza Nazionale GIMBE

Evidence & Governance per la Sostenibilità della Sanità Pubblica

Bologna, 17 febbraio 2012

ABSTRACT BOOK

INDICE

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

1. DEFINIZIONE NEL DIPARTIMENTO PATOLOGIE DA DIPENDENZE 1 - ASL TO2 DEGLI ELEMENTI DI RISCHIO NEI PROCESSI OPERATIVI INFERMIERISTICI E DELLE RELATIVE MODALITÀ DI SUPERAMENTO
Acquaro J, Sasso M, Tabone M, Sette I, Zoncu C, Foresta L, Bignamini E
2. **INFORMATION TECHNOLOGY E GOVERNANCE DEL PERCORSO CHIRURGICO: IL MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE CLINICHE E ORGANIZZATIVE**
Agnoletti V, Bucciolì M, Dal Monte D, Gambale G
3. **MODELLI INTEGRATI DI CURA IN ENDOCRINOLOGIA: CASE MANAGEMENT E COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI**
Agrimi D, Mazzotta AM, Morgillo M, De Marco A, Cocciolo M, Alemanno I, Diacono F, Zini M
4. RIDURRE LE COMPLICANZE INFETTIVE CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) ATTRAVERSO AZIONI DI PROVATA EFFICACIA E SOSTENIBILITÀ IMPLEMENTATE SECONDO UNA STRATEGIA MULTIMODALE E MULTIDIMENSIONALE
Antonoli PM, Manzalini M, Alvoni L, Dalpozzo V, Rovigatti M, Lavezzi S, Artioli S, Alfano G, Filippini F, Mazzacane S, Balboni P, Vandini A, Frabetti A
5. QUANDO LE "EVIDENZE" SCARSEGGIANO: PROGRAMMARE UN PERCORSO DI RICERCA
Bagnasco A, Tubino B, Passalacqua D, Piccotti E, Sasso L
6. PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE "AGITATO" IN PRONTO SOCCORSO
Baldinelli G, Regnicoli F, Ciapanna PL
7. QUALI INDICATORI PER UN AUDIT CLINICO SU DEFINIZIONE, CONDIVISIONE ED APPLICAZIONE DI MODALITÀ APPROPRIATE DI RICHIESTA DEGLI ESAMI DI LABORATORIO IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE?
Baldrati L, Dorizzi RM, Vascotto L
8. PROCEDURA INTER-AZIENDALE PER LA RICHIESTA, LA VALUTAZIONE E L'ACQUISIZIONE CON METODOLOGIA HTA DELLE TECNOLOGIE INNOVATIVE
Barbaro S, Beux A, Paudice A, Scipioni S
9. MEDICAL DECISION SUPPORT SYSTEM CHOOSER: STRUMENTO PER LA SCELTA DELL'MDSS IDEALE
Bartoccioni F, Pugliese A, Pacchiarini D, Amoddeo CE
10. IMPLEMENTAZIONE DEL MEDICAL DECISION SUPPORT SYSTEM AL LETTO DEL PAZIENTE
Bartoccioni F, Brocchetti P, Pacchiarini D, Amoddeo CE
11. LE TEORIE ECONOMICO-SOCIALI APPLICATE ALLA STRUTTURAZIONE E GESTIONE DEL HB-HTA TEAM
Bartoccioni F, Dubinski M, Pugliese A, Castanò V, Pacchiarini D, Amoddeo CE
12. MOBILE MEDICAL APPS: VANTAGGI O RISCHI PER GLI UTENTI?
Bartoccioni F, Pugliese A, Di Spirito AM, Giansante C, Pacchiarini D
13. METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE MARKER TIROIDEI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI - METODOLOGIA PRATICA: ASSESSMENT DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI MARKER TIROIDEI
Bartoccioni F, Merigioli S, Zuppi P, Cianetti A, Amoddeo CE
14. HOSPITAL BASED-HTA TEAM LEADERSHIP: APPLICAZIONE PRATICA DELLA TEORIA DELL'EMBEDDEDNESS
Bartoccioni F, Pugliese A, Dubinski M, Castanò V, Pacchiarini D, Amoddeo CE
15. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT PER LA SCELTA DEL MIGLIOR MEDICAL DECISION SUPPORT SYSTEM
Bartoccioni F, Pugliese A, Giordano B, Pacchiarini D, Amoddeo CE

16. L'OPEN SOURCE "DIGITAL DECISION TREE" COME STRUMENTO DI HTA PER SCELTE PIÙ TRASPARENTI E RENDICONTABILI
Bartoccioni F, Dubinski M, Pacchiarini D
17. LE BUONE PRATICHE: IL "DIFFICILE" PASSAGGIO AD UNA SCHEDA TERAPEUTICA UNICA (STU)
Bartolozzi F, Caliciotti C, Antonelli S, Palombi A
18. USO DI PALONOSETRON NEL TRATTAMENTO DELL'EMESI IN ONCOLOGIA: CONFRONTO TRA EBM ED EBP IN DUE CENTRI ONCOLOGICI SICILIANI A SEGUITO DELLA GARA REGIONALE
Bellavia G, Scorsone C, Rizza G, Cascone V
19. PRATICARE IL GOVERNO CLINICO NELLA AZIENDA USL 4 DI PRATO
Bellomo F, Sergi A, Dreoni P, Bressan F, Mannelli G, Bardelli R, Paoli R, Cecchi S, Perruccio PL
20. LA CREAZIONE DELLE "BASI EMOTIVE" NECESSARIE AL SUCCESSO DEI CORSI DI FORMAZIONE SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
Beltramello C, Sagazio T, Martin S, Querzola B
21. TOSSICOLOGIA FORENSE IN PRONTO SOCCORSO
Bendelari V, Calò LC
22. INTEGRAZIONE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO: NON CONFORMITÀ, INCIDENT REPORTING, EVENTI SENTINELLA
Besozzi Valentini F, Zorzi F, Bertoli B, Salvini D
23. LA COSTITUZIONE DI UNA RETE DI "REFERENTI" PER LA RICERCA INFERMIERISTICA E L'EVIDENCE-BASED PRACTISE ALL'ISTITUTO ONCOLOGICO DELLA SVIZZERA ITALIANA (IOSI)
Bianchi M, Valcarenghi D
24. IL PROGETTO VEDICLIS. AUDIT CLINICO SULLA GESTIONE DEL DIABETE TIPO II NELLE CURE PRIMARIE. FASE 4: ANALIZZARE LE BARRIERE DEL PAZIENTE DIABETICO PER INDIRIZZARE IL MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE
Bianchi A, Vaona A, Rigon G, Pasini A, Zamboni C, Del Zotti F, Andreoli C, Girotto S
25. IL SISTEMA QUALITÀ: UNO STRUMENTO PER LA CLINICAL GOVERNANCE
Bianchi M
26. LA TECNOLOGIE PER LA SICUREZZA DELLA TERAPIA TRASFUSIONALE NELL'AUSL DI FORLÌ
Bianchi S, Dal Monte D, Grementieri P, Migliori G
27. L'INFERMIERISTICA E LA "STARTHERAPY" PER FAVORIRE IL BENESSERE DEL BAMBINO IN OSPEDALE
Bianchini E, Muci M, Sapuppo F, Cirrone D
28. EUROPEAN GUIDELINES FOR QUALITY ASSURANCE IN BREAST CANCER SCREENING AND DIAGNOSIS, 2006: VALUTAZIONE CRITICA CON IL METODO AGREE
Bisognin R
29. REALIZZAZIONE DI UNA MODALITÀ INFORMATIZZATA PER LA RICHIESTA DELLE CONSULENZE INFERMIERISTICHE IN QUATTRO AMBITI
Bissaro D, Di Napoli D, Orlandi C, Rolandi S, Forma O, Brambilla D
30. VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA RELATIVE ALLA PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA I RISULTATI DELLA SECONDA RILEVAZIONE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA
Bologni D, Bucaneve G, Morcellini R, Pioppo M
31. INFEZIONI CORRELATE ALLA PRATICA ASSISTENZIALE IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI: PROPOSTA DI UN PERCORSO DI FARMACOSORVEGLIANZA
Bona R, Mero P, Piccioni D, Barbato I, Colombardo V, Conson M, Nocera M, Mesto A, Pozzebon M, Valle M, Viola P, Martinetti S

32. PRESA IN CARICO PRE_DIMISSIONE DELLE PERSONE CON DIABETE IN TRATTAMENTO INSULINICO
Borghi F, Michelini M, Finardi L, Trianni R, Manicardi E, Capuano E, Galliani S, Iemmi M, Ferrari Lucchini S, Aldini R, Di Renzo D, Manicardi V
33. ACCOGLIENZA, COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON I PAZIENTI ED I FAMILIARI IN AREA MEDICA: UN PROGETTO PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA IN OSPEDALE
Borghi S, Ferrari Lucchini S, Poli E, Cocconi A, Di Renzo D, Pingani S, Barbati C, Pantani T, Cerfogli L, Manicardi V
34. LA FORMAZIONE ALL'EVIDENCE BASED PRACTICE NEL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA MIGLIORA LE CONOSCENZE E LE ABILITÀ DEGLI STUDENTI? LA VALUTAZIONE CON IL TEST DI FRESNO ADATTATO
Bozzolan M, Pavanello A, Barbieri R, Spada M, Del Giovane C, Gaiani R
35. COMUNICAZIONE PRECOCE DELL'ERRORE AL CITTADINO: UN'ESPERIENZA
Briganti M, Pagliano M
36. LA QUALITÀ PERCEPITA NEGLI AMBULATORI DI RIABILITAZIONE DELL'AZIENDA USL DI RAVENNA: SISTEMA DI RILEVAZIONE
Bucchi M
37. LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA COME STRUMENTO DI CONOSCENZA, EFFICIENZA E QUALITÀ. ANALISI DI UNO STUDIO
Busacca A, Ardizzone F
38. PAIN... NO THANKS
Calò LC, Morichi V, Politano R, Bendelari V
39. CISTITE INTERSTIZIALE: DIAGNOSI DIFFERENZIALE E PROGETTO RIABILITATIVO MULTIDISCIPLINARE
Campi T, Vassura M
40. I QUESTIONARI FABBISOGNI FORMATIVI E CLIMA INTERNO. ANALISI DI UN'ESPERIENZA
Camusso N
41. RIASCOLTO CRITICO-ANALITICO DELLE CHIAMATE 118: ATTIVITÀ FORMATIVA PER LA RIDUZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CON L'OBIETTIVO DI MIGLIORARE LE COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI, ORGANIZZATIVE E RELAZIONALI DEGLI OPERATORI DI CENTRALE
Cannizzaro G
42. IL RISK MANAGEMENT IN SANITÀ: COMPARAZIONE SCALE CADUTE, INDICATORE DI PRESTAZIONE DI SICUREZZA E FASE SPERIMENTALE HENDRICH II CON AGGIORNAMENTO PROTOCOLLO
Caranti M
43. ELABORAZIONE DI UNA LINEA GUIDA INFERMIERISTICA, ADATTATA AL CONTESTO ALTOATESINO, PER LA PROFILASSI DELLA TROMBOSI IN OSPEDALE
Casanova Stua L, Cavada ML, Gamper E, Tappeiner W
44. **GESTIONE DEL RISCHIO NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE: QUALE RELAZIONE TRA ERRORI CLINICI E GESTIONALI?**
Casati O, Chiodi R, La Venia S, Bertolaia P
45. LA QUALITÀ DEL SONNO NELL'UTENTE RICOVERATO IN OSPEDALE: UNO STUDIO CASO-CONTROLLO
Castagna L, Accardi R, Re LG
46. LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI FORMATIVI NELL'ISTITUTO DON ORIONE DI MILANO
Castaldo A
47. SISTEMA QUALITÀ E GOVERNO CLINICO: UN APPROCCIO INTEGRATO PER SUPPORTARE I DIPARTIMENTI CON COMPETENZE, RISORSE E STRUMENTI ADEGUATI
Cencetti S, Baraghini G, Trevisani B

48. ANALISI DELLE MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL PRELIEVO PER L'EMOCOLTURA NEL PAZIENTE ADULTO OSPEDALIZZATO
Cerullo F, Bargellini A, Zito L, Ferri P
49. CASE MANAGEMENT DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO DALL'ANALISI DELLA REALTÀ (AUDIT) AL PROGETTO DI MIGLIORAMENTO
Cesari G, Baldo A, Massari M, Mazzoli E
50. **TECNOLOGIE E SICUREZZA: IL CONTEGGIO DELLE GARZE CON UN SISTEMA DI LETTURA LED**
Chiappetta A
51. LA FORMAZIONE SUL CAMPO: STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO PER LE COMPETENZE DI PROCESSO E DI SISTEMA
Ciavatta C, Del Po D, Mango F, Santoliquido D, Colaci D, De Iaco MG, Damiani MG, Alicino C, Pizzolorusso L
52. **CULTURA DELLA SICUREZZA E ALTA AFFIDABILITÀ IN PRONTO SOCCORSO: LE PERCEZIONI DEI PROFESSIONISTI**
Ciraolo F, Manca C, Geddes M, Zaccardi F, Lagi A, Casini Raggi V, Gabellieri M
53. REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA POINT OF CARE TESTING (POCT) GESTITO SECONDO LOGICHE DI QUALITÀ
Colla R, Messori A, Teodori E
54. PROGETTO VIE AEREE SICURE: REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIZZATO PER LA GESTIONE PERIOPERATORIA DELLE VIE AEREE
Corso RM, Buccioli M, Agnoletti V, Piraccini E, Dal Monte D, Gambale G
55. INDAGINE ESPLORATIVA RIGUARDANTE LA PERCEZIONE DELLA VIOLENZA ALL'INTERNO DELLE UNITÀ DI PRONTO SOCCORSO
Coviello D, Musolesi S, Monesi A, Bartolomei M
56. POSIZIONAMENTO INFERMIERISTICO DI CATETERI DA 20 CM IN VENA BASILICA CON TECNICA ECOGUIDATA; ECONOMICO PER L'AZIENDA E CONFORTEVOLE PER I PAZIENTI
Cristoffanini G, Busacca A, Di Tria G, Ardizzone F, Balzano C
57. ASSISTENZA ALLA PERSONA DEMENTE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: UN PERCORSO DI AUDIT
D'Anastasio C, Ciarrocchi RA, Lupi G, Descovich C
58. **DALLE AREE GRIGIE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE: PIANIFICARE LA RICERCA SU RILEVANTI PRIORITÀ TRASCURATE**
Da Rin Della Mora R, Bagnasco A, Sasso L
59. **L'INTEGRAZIONE DELL'EVIDENCE-BASED PRACTICE CURRICULUM NEL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA: LE PERCEZIONI DEGLI STUDENTI**
Da Roit M, Bertin N, Bombardi S, Fiorini F, Bozzolan M
60. GESTIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO IN SALA OPERATORIA MEDIANTE L'APPLICAZIONE DEL METODO FMECA
Da Rold M
61. MEETING JOURNAL CLUB: ANALISI DEL PRIMO BIENNIO DI ATTIVITÀ
Dal Bò O, De Pol L, Lirutti M
62. SATURAZIONE TRANSCUTANEA DI OSSIGENO NEI PRIMI MINUTI DOPO LA NASCITA: CONFRONTO TRA NATI SANI DA TAGLIO CESAREO ELETIVO VS. TAGLIO CESAREO URGENTE
Dal Cengio V, Trevisanuto D, Ciullo R, Parotto M, Zacchettin C, Zanella P, Rizzo N, Zanardo V
63. AUDIT CLINICO ANTIBIOTICO PROFILASSI PERI OPERATORIA. AOU MEYER, FIRENZE
De Masi S, Biermann KP, Martin A, Ciraolo F, Geddes M

64. L'ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI ECM NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE ABRUZZO
Di Corcia T, Racciatti R, Tana F, Martines S, Muraglia A
65. PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO SULLA BPCO: RISULTATO DI 3 ANNI DI AUDIT STRUTTURATO
Di Gianfilippo G, Lunari P, Le Donne R, Mancini D, Silvestri S, Febbraio C, Giannursini E
66. IL DIARIO DEGLI ERRORI ESPERIENZA DELLA MEDICINA NUCLEARE DI TERAMO
Di Giovanni P, Santarelli F, Di Natale T, De Vincentis N, Braca D, Spitilli MG, Pepe P, Scarpone P, Di Gregorio A, Cacciatore M, Flammini P, Fabiani F
67. HTA SUL CLOUD COMPUTING DEI QUESTIONARI ON LINE: VANTAGGI E CRITICITÀ ALLA LUCE DELLA DISCIPLINA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'ORDINAMENTO ITALIANO
Di Spirito AM, Bartoccioni F, Pugliese A, Pacchiarini D, Amoddeo CE
68. LA CARTELLA DOMICILIARE INTEGRATA DELLA REGIONE ABRUZZO
Di Virgilio M, Angeli G, Muraglia A
69. INFERMIERI E SODDISFAZIONE LAVORATIVA: RISULTATI DI UN'INDAGINE CONOSCITIVA
Dignani L, Lucertini C, Toccaceli A
70. PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ORGANIZZATIVA MISURAZIONE DELLA QUALITÀ ORGANIZZATIVA NELLE UNITÀ OPERATIVE DELL'AZIENDA ULSS N. 16 DI PADOVA. APPLICAZIONE DI UNO STRUMENTO DI MISURA
Donato D, Spanò A, Frison T, Mazzucco M, Pegoraro C, Marin I, Salvan L, Mazzucato F, Pelus F, Zampieri C, Scaffidi Domianello S, Brogio G
71. L'INFORMATIZZAZIONE DEL PROCESSO DI GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA COME STRATEGIA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
Donato D, Tremolada F, Boldrin M, Spanò A, Frison T, Mazzucco M, Michieli M, De Nardi P, Gomiero F, Merico D
72. LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLA DIAGNOSTICA TC ALLA LUCE DELL'INCIDENT REPORTING
Doratiotto S, Antoniutti M, Morana G
73. LA SICUREZZA DEL PAZIENTE ED IL RISCHIO CLINICO PER L'AZIENDA ULSS 9 DI TREVISO NEL DIPARTIMENTO DI RADIOLOGIA CLINICA
Doratiotto S, Antoniutti M, Morana G, Di Paola F
74. **VALUTARE I FABBISOGNI FORMATIVI SULLA CLINICAL GOVERNANCE: UN'INDAGINE CONOSCITIVA SUI PROFESSIONISTI SANITARI**
Dore M, Papalia R, Racca AM, Lovato E, Sacco R, **Minniti D**
75. IL CONSENSO INFORMATO: È DAVVERO NECESSARIO RICHIEDERLO AI PAZIENTI ANCHE PER PRESTAZIONI ASSISTENZIALI DEFINITE DI ROUTINE?
Droetto G, Dore M, Papalia R, Sacco R, Minniti D
76. LA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA CON SISTEMA DA VINCI: UN'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI UDINE
Fabbro E, Crivellaro S, Adani GL, Vetrugno L, De Lucia P, Drigo D, Del Forno M, Puntel M, Guarrera MG
77. I BISOGNI SPIRITUALI DELL'ASSISTITO E L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DELL'ARTE IN CAMPO FORMATIVO ED OPERATIVO
Falcetelli F
78. PERCORSO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA
Ferrario B, Paier R, Schiavon L, Simon G, Zavaroni C
79. MODELLO DI INTEGRAZIONE PER LO SVILUPPO DI COMPETENZE PER LA TUTELA DELLA SALUTE AMBIENTALE
Ferrelli RM, Desogus GF, Brambilla G, De Virgilio G

80. APPROCCIO ALLA MODELLIZZAZIONE DELLA FUNZIONE AZIENDALE RICERCA E INNOVAZIONE E GLI STRUMENTI
PRINCIPE
Fornari M, Lombardi M, Campanini N
81. **ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI PAZIENTI CON STROKE ACUTO: MIGLIORARE PROCESSI ED ESITI CORRELATI**
Gallerani F, Marcheselli M, Domenichini E
82. APPLICARE L'EBM ALLA PRATICA DI LABORATORIO: LA DIFFUSIONE DELLA PRATICA EMB ATTRAVERSO UN CORSO
FAD
Giavarina D, Caputo M
83. LA NUOVA FRONTIERA DEL SSN: LA DE-OSPEDALIZZAZIONE ED I PERCORSI AMBULATORIALI
Giuliano G, Cristofano M, Fontanelli MR, Gragnani R, Benvenuti D, Filippi M, Di Baccio C, Meucci S, Giraldi M,
Belcari G, Gemmi F
84. **IN UN SETTING PSICHIATRICO, LA FORMAZIONE SUL CAMPO MODIFICA I COMPORTAMENTI PROFESSIONALI
DEGLI INFERMIERI?**
Gobbi P
85. INFERMIERI, RICERCA, ASSISTENZA AGLI ANZIANI: IMPLEMENTAZIONE DI UN PROGETTO FORMATIVO PRESSO
L'INRCA DI ANCONA
Gobbi P, Marinelli D, Lattanzio F
86. IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO EDUCAZIONALE (PDTE) "IO E L'ASMA": L'ADESIONE AL PDTE E AL
COLLOQUIO INDIVIDUALE NELLA PRATICA
Guarnaccia S, Pluda A, D'Agata E, Manfredi D, Facchetti S, Gretter V, Brioni A, Comberti E, Spiazzi R, Derelli E
87. LA MEDICINA D'URGENZA NELLA PROSPETTIVA DELL'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. IL PROGETTO LIGURE
DELLA RETE HTA
Iannone P, Haupt E, Flego G
88. **INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: SPERIMENTAZIONE DI UNA RETE DI STRUTTURE A MEDIA INTENSITÀ DI
CURA**
Lacaita G, **Speccher L**, **Crippa F**, Necchi D
89. DAY SURGERY PEDIATRICA: UN PERCORSO ASSISTENZIALE EVIDENCE-BASED PER LA GESTIONE DEL DOLORE
DOMICILIARE
Marchesini L, Bernardini I, Neri M, Pioppo M, Bologni D, Tesoro S
90. AMBULATORIO DI "PROMOZIONE DELLA SALUTE" NEL CONTROLLO DEI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI.
APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE
Marchi P, Meloncelli U, Calderoni S, Pancaldi M, Venturoli P, Gruppillo P
91. DALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA ALLA PRATICA ASSISTENZIALE: LA FORMAZIONE SUL CAMPO
Marcucci F, Mazzufero F, Francoletti M, Berardi R
92. PAZIENTI GERIATRICI PORTATORI DI SONDINO NASO GASTRICO VALUTAZIONE E CONFRONTO DELLA
COMPLICANZA DI REFLUSSO
Marinelli D, De Meo G, Lopez O, Spazzafumo L, Gobbi P
93. LA CONTENZIONE FISICA DEI PAZIENTI: APPROPRIATEZZA E GESTIONE DEL RISCHIO
Mastrangelo S, Manicardi V, Ferrari Lucchini S, Boiardi R, Bergonzini C, Poli E, Camerlengo P, Campani C
94. **COMUNICARE CON IL PAZIENTE COSCIENTE SOTTOPOSTO A VENTILAZIONE MECCANICA: A MISSION POSSIBLE**
Mazzaferro M, Regnicoli F

95. VALUTAZIONE D'IMPATTO ORGANIZZATIVO E ASSISTENZIALE DEL PERCORSO FORMATIVO: "SUPPORTO ALL'OPERATORE SANITARIO DI FRONTE ALLA SOFFERENZA E ALLA MORTE". PROGETTO FORMATIVO DEL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA DEGLI OPERATORI AOU CAREGGI FIRENZE
Meacci C, Morini G, Benedetti T, Dini S, Pinelli F
96. PROGETTO REGIONE TOSCANA "NET-VISUAL DEA" PER L'OTTIMIZZAZIONE DEL FLUSSO PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO AI REPARTI DI DEGENZA
Mechi MT, Ricci D, Petrillo M, Bellini F, Sergi A, Nerattini M
97. LA GOVERNANCE DI SISTEMA PER L'INTEGRAZIONE DEGLI ASPETTI CLINICI, DI SICUREZZA, GESTIONALI, DI UMANIZZAZIONE E GRADIMENTO DELLE CURE IN DEA: LA STRATEGIA DELL'OSPEDALE DI RIVOLI
Minniti D, Papalia R, Lovato E, Giacometti M, Piolatto A, Giorrello M, Olivero G, Dore M, Barberis B, Sacco R, Siliquini R
98. **UTILIZZARE I COSTI STANDARD PER VALUTARE GLI INVESTIMENTI IN AMBITO RADIOLOGICO: UNA SPERIMENTAZIONE MULTIREGIONALE**
Miscio L, Esposto M, Arcadio M, Grumolato S, Cane MR
99. OSPEDALE SANZA DOLORE. IL MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEL DOLORE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA
Morcellini R, Lucarini G, Minelli G, Pettinacci L, Pieri L, Pioppo M, Strappaghetti S, Trabalza A, Zucconi M, Orlandi W
100. L'IMPLEMENTAZIONE DI UNA ISTRUZIONE OPERATIVA BASATA SULLE EVIDENZE RELATIVA ALLA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI PERIFERICI MEDIANTE GLI STRUMENTI DELLA TASSONOMIA EPOC
Mosci D, Regano D, Robb MC, Roveri S, Marzaduri A
101. L'UTILIZZO DI DIVERSE STRATEGIE NELL'AMBITO DELLA IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE: VALUTAZIONE DELLA LORO EFFICACIA
Mosci D, Chiarabelli M, Cavazza I, Bascelli E, Robb MC
102. CONFRONTO FRA DUE MODELLI ORGANIZZATIVI DIPARTIMENTALI: L'APPLICAZIONE DELL'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
Mulloni G, Favareti C, Guarrera G, Palese A
103. STRATEGIA BASATA SULLE EVIDENZE PER IL SERVIZIO NEWS DI UNA REDAZIONE EDITORIALE DI UNA SOCIETÀ SCIENTIFICA
Musicco F, Tarantino D
104. IPERTENSIONE OTTIMALE: STRUMENTI E MODELLI PER L'AUDIT IN MEDICINA GENERALE
Nati G, Cricelli I, Medea G, Di Guardo A, Paolini I, Filippi A
105. L'IMPLEMENTAZIONE DEGLI STRUMENTI PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE A PRATICHE ASSISTENZIALI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI: PROPOSTA DI UN PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA
Oriecua C, Furlani C, Delle Case M, Vidoni G, Sturam S, Camerin D, Gubiani N, Vidotto L, De Sarno C
106. ORGANIZZAZIONE SNELLA IN OSPEDALE: UN'ESPERIENZA DI CLINICAL GOVERNANCE NELL'OSPEDALE DI PERUGIA
Orlandi W, Capruzzi M, Pioppo M, Torroni D, Ramacciati N
107. TRASPORTO NEONATALE DI EMERGENZA: RISK MANAGEMENT
Osimani F, Morico M, Milia M, Paialunga E, Posa A
108. LA CLINICAL GOVERNANCE TRA CONDIVISIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E APPROPRIATEZZA DELL'UTILIZZO DEL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO DELL'OSPEDALE DI RIVOLI
Papalia R, Minniti D, Dore M, Morini M, Isolato W, Sacco R, Giacometti M, Cucchi B

109. APPLICAZIONE DELLA TECNICA FMECA NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN CHIRURGIA SENOLOGICA
Pellini F, Mirandola S, Xillo L, Lavarini E, Pollini GP
110. **LA TERAPIA APPROPRIATA DEL DOLORE ACUTO IN PRONTO SOCCORSO: L'OLIGOANALGESIA VIENE SEMPRE RICONOSCIUTA?**
Pennacchio E, Autilio M
111. **GLI SPECIALISTI INDUCONO LE PRESCRIZIONI DI SARTANI IN MEDICINA GENERALE? UN AUDIT CLINICO NELL'ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE**
Piergentili P, Basso B, Bomben L, D'Arenzo L, Del Pup E, Di Lorenzo A, Furlan A, Gabrielli A, Insacco E, Rosa F, Sisto R
112. L'AUDIT CIVICO. IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI PER MIGLIORARE LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA
Pioppo M, Amico M, Bogni D, Esposito L, Morcellini R, Ruffini F, Zucconi M, Orlandi W
113. GESTIONE DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE IN AREA METROPOLITANA - AUSL DI BOLOGNA
Poli A, Dallari A, Protonotari A
114. L'APPLICAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO IN AREE CRITICHE: RISULTATI E PROSPETTIVE
Quintili M, Viliani G, Vescia MG, Memè F, Candreva A, Sonnellini V, Corradino R
115. LA MOVIMENTAZIONE CENTRATA SULLA PERSONA (MCP) COME METODOLOGIA PER LA SICUREZZA DELL'OPERATORE E PER LA PROMOZIONE DELL'AUTONOMIA DEL MALATO
Ragonesi M, Perrone A
116. L'INFERMIERE DI CENTRALE OPERATIVA 118 IN FRIULI VENEZIA GIULIA: ANALISI DELLE COMPETENZE E PROPOSTA DI UN PERCORSO FORMATIVO
Ridolfi R
117. SVILUPPO DEGLI INDICATORI SULLA QUALITÀ E SICUREZZA DEI PAZIENTI ED AUDIT. UN PROGETTO MULTICENTRICO NELLA REGIONE PIEMONTE PER IL GOVERNO CLINICO
Ripa F, Rapellino M
118. UTILITÀ CLINICA DEL BIOMARCATORE HE4: VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA CON METODOLOGIA EBLM
Roli L, De Santis MC, Trenti T, Baraldi E
119. LA CARTELLA INTEGRATA IN UTIC
Sanna F, Biavaschi A, Rabellotti E
120. PREVENZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIONE AGLI OPERATORI DA PARTE DI UTENTI
Schinco P, Borelli P, Fiandra U, Fornero G, Arione R
121. IMPLEMENTAZIONE DI UNA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA PER I PAZIENTI AMBULATORIALI, PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
Scrimieri MG, Bissaro D, Orlandi C, Cadei N, Frigoli D, Motta M
122. **INTEGRARE LA DIMENSIONE CLINICA CON QUELLA ORGANIZZATIVA: LA CHIAVE PER IMPLEMENTARE I PERCORSI ASSISTENZIALI**
Sergi A, Mechi MT, Vinattieri R, Bogani A, Ricci D
123. LA HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECTS ANALYSIS NELL'ANALISI PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO ASSOCIATO PROCEDURE DI POSIZIONAMENTO SUL TAVOLO OPERATORIO
Simonetti V, Di Renzo MR, Cannella P, Cicolini G

- 124.IMPLEMENTAZIONE DI UNO STRUMENTO UNICO PER LA PREVENZIONE, CURA E MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA DECUBITO NEI VARI SETTING ASSISTENZIALI: ESPERIENZA DELL'ASS 4 MEDIO FRIULI
Soncin M, Pancot N, Miconi G, Piccinato R, Szulin M, Margherita P, Deana M, Zoratti M, Goi F, Savonitto D, Ermacora E, Tracogna B, Iellino A, De Sarno C
- 125.IMPLEMENTARE LE BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI IN TEMA DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E LESIONI DA PRESSIONE NELL'AREA DELLE DEGENZE DI UN PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'ULSS16 DI PADOVA
Spanò A, Marin I, Zampieri C, Scaffidi S, Mazzucco M
- 126.MEDICINA DI INIZIATIVA PER IL PAZIENTE CRONICO ESPERTO
Squeri G, Lombardi M
- 127.EVIDENCE BASED MEDICINE LABORATORY: ESPERIENZA DI UN PROGETTO FORMATIVO RIVOLTO ALLA EVIDENCE BASED PRACTICE DI EQUIPE MULTIPROFESSIONALI, NEL DIPARTIMENTO (DPT) DI PATOLOGIA CLINICA DELLA ASL TO4
Stacchini E, Ferrini A
- 128.LE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE DA CATETERISMO VESCICALE DI BREVE DURATA NELLA CHIRURGIA MAGGIORE IN ANESTESIA GENERALE. PROPOSTA DI DIFFUSIONE DI UNA LINEA GUIDA – EVIDENCE BASED
Stroili M
- 129.AUMENTO DEI TEMPI DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO E IPOTESI DI RIORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI FISIOTERAPIA: STUDIO PILOTA
Tacchini E, Aspesi V, Capodaglio P
- 130.INTEGRAZIONE DELLA FIGURA DEL TRAUMA NURSE COORDINATOR NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO
Tacconi C, Monesi A, Giugni A, Ferrari P, Gordini G, Cordenons F
- 131.LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLA DISFAGIA NEL PAZIENTE CON ICTUS IN FASE ACUTA: ANALISI DELL'UTILIZZO DEL GUSS TEST, PRESSO IL DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE DELL'AZIENDA ULSS 18 ROVIGO
Tarozzo M, Migliorini E, Vettorello A, Giroto E, Mottaran L
- 132.UTILIZZARE UN CONCENTRATORE EPIDEMIOLOGICO DI DATI DELLA MEDICINA DI FAMIGLIA E LE RACCOMANDAZIONI DELLE LINEE GUIDA PER ESPLORARE AREE DELLE CURE PRIMARIE SUSCETTIBILI DI INTERVENTO MIGLIORATIVO: LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INFEZIONE CRONICA DA HBV E DA HCV
Vaona A, Dalle Vedove A, Rigon G, Del Zotti F
- 133.GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN RSA: È POSSIBILE?
Vara A, Gentili V
- 134.APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI E GOVERNO CLINICO: RESPONSABILIZZAZIONE DELL'INFERMIERE IN RSA NELL'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
Vasaturo D, Del Grande C, Ardizzone F, Samaritano A, Bellanova L, Trupia M
- 135.SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE NELL'AUSL BOLOGNA: UN ESEMPIO DI AUDIT
Ventrucci M, Roncarati G, Dallolio L, Panico M, Descovich C, Farruggia P, Pozzato P
- 136.AUDIT E RE-AUDIT SULLA MISURAZIONE E REGISTRAZIONE DEL DOLORE IN CARTELLA CLINICA
Zaccardi F, Ciraolo F, Caggiano M, Maddalena C, Calabrese F, Samoggia S, Chiarelli R
- 137.LA RIANIMAZIONE AI LIMITI DELLA VITALITÀ
Zanardo V, D'Amelio L
- 138.UTILIZZO DEGLI AUDIT CLINICI PER LA VALUTAZIONE DEI CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL'UTILIZZO DEI PRODOTTI DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE
Zani C, Romio S, Pelliconi M, Giaquinto E

139.ANALISI DI CASI DI CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE PRESSO L'ASS N. 2 "ISONTINA" GORIZIA

Zuch C, Arcieri M, De Fabrizio G

140.DEFINIZIONE DI UN MODELLO PER L'INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO BASATO SULLE
COMPETENZE E APPLICAZIONE DEL MODELLO NELL'UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

Zumbo P, Sanna F

1. DEFINIZIONE NEL DIPARTIMENTO PATOLOGIE DA DIPENDENZE 1 - ASL TO2 DEGLI ELEMENTI DI RISCHIO NEI PROCESSI OPERATIVI INFERMIERISTICI E DELLE RELATIVE MODALITÀ DI SUPERAMENTO
Acquaro J, Sasso M, Tabone M, Sette I, Zoncu C, Foresta L, Bignamini E
<i>ASL TO2</i>

BACKGROUND La gestione del rischio clinico è una priorità delle aziende sanitarie e in questo ambito la somministrazione della terapia farmacologica è da sempre occasione di discussione tra i professionisti infermieri. All'interno del Servizio Dipendenze l'infermiere riveste un ruolo fondamentale nella somministrazione della terapia; nel contesto di riferimento questa avviene mediante l'utilizzo di un sistema informatizzato. Il software permette di inserire l'utente in un data base ed assegnarvi la relativa prescrizione; nonostante l'ausilio di questo strumento, si sono verificati episodi definibili come near miss. Nella pratica clinica assistenziale, errori di prescrizione, trascrizione, interpretazione, preparazione e somministrazione possono evolvere in un evento avverso potenzialmente pericoloso per la persona assistita.

OBIETTIVI Lo studio si propone di individuare nel servizio Patologia delle Dipendenze 1 - ASLTO2 le cause dei near miss in merito alla gestione della terapia e le correzioni apportabili, con lo scopo di aumentare la sicurezza nella pratica clinica.

METODI Gli infermieri del Dipartimento hanno creato un gruppo di lavoro per lo studio degli elementi di rischio nei processi operativi e le relative modalità di superamento. Sono stati utilizzati i metodi propri della Root Cause Analysis (RCA); nello specifico, ad ogni cambio turno lavorativo, sono stati organizzati dei Focus Group con l'equipe infermieristica nel periodo compreso tra aprile e ottobre 2011 all'interno dei quali venivano esaminate le seguenti domande: • Vi sono state situazioni che hanno portato danni agli utenti? Se sì, quali? • Vi sono state situazioni in cui danni per gli utenti sono stati scongiurati all'ultimo minuto? Potete descriverle? L'analisi delle risposte ricavate ha evidenziato assenza di situazioni che abbiano causato danni agli utenti; la maggior parte delle situazioni riguardava near miss la cui causa era data da un'incongruenza tra la terapia immessa nel software e preparata per essere somministrata, e quella prescritta nella documentazione cartacea. Definito l'elemento di rischio di errore nella somministrazione della terapia, si è proceduto con l'analisi dei relativi fattori contribuenti utilizzando la metodologia del brainstorming strutturato, dell'analisi del cambiamento e dell'analisi delle barriere. Non tutti i fattori emersi in questa fase sono stati considerati rilevanti ai fini della comprensione delle cause profonde e sono stati pertanto scelti quelli che a parere del gruppo, mediante la tecnica del gruppo nominale, hanno direttamente contribuito al verificarsi dell'evento. Il passo successivo è stato quello di completare la catena delle cause mediante la tecnica dei "5 perché".

RISULTATI Tra le criticità emerse vi sono la trascrizione della prescrizione farmacologica e l'inadeguatezza strutturale dei locali in cui viene somministrato il metadone. La valutazione del paziente e la prescrizione del farmaco avvengono prevalentemente in sedi separate rispetto quella in cui il farmaco viene somministrato. Il setting in cui avviene l'immissione della prescrizione e la somministrazione della terapia manca di un sistema per la trasmissione delle informazioni tra le varie sedi. Declinare la gestione della sala d'attesa esclusivamente all'ausilio della guardia giurata indipendentemente dall'organizzazione dei locali (come avviene ad es. presso l'Ambulatorio distrettuale di Somministrazione Metadone), conducono a pericolose quanto inevitabili distrazioni durante la somministrazione della terapia. Le distrazioni del personale sanitario possono evolvere in errore. In merito alla sala d'attesa dove avviene la somministrazione metadone, emerge come punto critico la costante dimensione caotica generata dall'utenza che, per evitare l'attesa del proprio turno in piedi e all'aperto, è costretta a stiparsi nella sala creando un'inevitabile confusione e aumentando con ciò le possibili distrazioni. Va considerato inoltre che tali situazioni non garantiscono la privacy diminuendo con ciò le possibilità di "aggancio", il legame infermiere-paziente, e possono determinare fenomeni di aggressività.

CONCLUSIONI La condivisione del sistema informatico di gestione della terapia tra gli operatori del dipartimento operanti in sedi separate, permetterebbe l'immissione diretta della prescrizione terapeutica sul software eliminando la grossa percentuale degli inevitabili rischi connessi alla trascrizione: dall'analisi della letteratura si evince infatti che l'abolizione della trascrizione della terapia abbatta il rischio di errore di circa il 50% (Bonnabry 2008); inoltre, ad abbattere il rischio di errore clinico, concorre il favorire un adeguato confort degli utenti e degli operatori sanitari durante la dispensazione della terapia, ad esempio adattando i locali.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Acquaro Johnny	Istituzione	ASL TO2
Telefono	011 4393719	Indirizzo	Corso Svizzera, 164
Fax	011 4393950	CAP	10149
E-mail	johnny.acquaro@aslto2.it	Città	Torino

2. INFORMATION TECHNOLOGY E GOVERNANCE DEL PERCORSO CHIRURGICO: IL MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE CLINICHE E ORGANIZZATIVE

Agnoletti V, Buccioli M, Dal Monte D, Gambale G

Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì

BACKGROUND Il management delle attività di sala operatoria e il governo dell'intero processo chirurgico ci avevano spinto nel 2007 verso la ricerca di strumenti in grado di ridurre il rischio del paziente chirurgico e di creare una buona governance dell'attività del blocco chirurgico. Nel 2009 era stato messo in atto un sistema in grado di monitorare le varie attività o fasi del paziente all'interno del percorso chirurgico garantendo un'analisi strutturata dei dati ed identificando la presenza di eventuali criticità. All'interno del blocco chirurgico sono presenti numerose variabili ed il governo del blocco chirurgico espone ad un'alta percentuale di insuccesso o di errori. Il panorama scientifico attuale pone l'accento sull'esigenza di conoscere in modo oggettivo il processo di sala operatoria in modo da poter mettere in atto revisioni organizzative in grado di ridurre il rischio per il paziente e per l'operatore.

OBIETTIVI Verificare se il sistema proposto nel 2009 e consolidato nel 2010 è stato in grado di ridurre il rischio per il paziente associato al percorso chirurgico e se ha consentito una migliore gestione delle fasi del percorso stesso. Gli indicatori di risultato analizzati sono stati: 1) tasso di occupazione delle sale operatorie 2) attività lavorativa in reperibilità 3) attività chirurgica non programmata 4) qualità e sicurezza in sala operatoria 5) monitoraggio somministrazione della short term prophylaxis. Obiettivi secondari sono stati: 6) management del processo 7) implementazione del sistema informatico.

METODI È stato applicato al sistema di tracciabilità una nuova parte per la gestione dei dati raccolti. Il sistema complessivo è ora composto da due blocchi, il primo ha lo scopo di raccogliere i dati e creare un output (tabella di informazioni grezze), il secondo e nuovo blocco ha il compito di ricevere in ingresso l'output precedente e trasformarlo in outcome attraverso un algoritmo evoluto di analisi dati. Inoltre questo blocco ha il compito di restituire i dati in modo semplice ed intuitivo all'utilizzatore finale abbattendo le barriere di ingresso del sistema informatico. Attualmente la creazione dell'outcome avviene per mezzo di un servizio che poggia su di una azienda di Business Intelligence, la quale restituisce i dati analizzati in formato web based. 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 deviazione standard, la mediana e il range) 2. indicatori di performance espressi in minuti -starting-time (scostamento fra l'orario di inizio intervento previsto e quello reale) -over-time (ritardo di fine seduta operatoria rispetto alla programmazione) -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 Attraverso l'inserimento e lo sviluppo della parte di management il sistema attivo ha permesso di raggiungere questi risultati durante il secondo anno di utilizzo. 1. Aumento del tasso di occupazione delle sale operatorie dal 71 al 79% ovvero 401 interventi chirurgici in più con lo stesso lavoro del blocco in termini di tempo. 2. Riduzione del 21% delle ore lavorate in reperibilità con una conseguente riduzione dei costi attraverso una migliore gestione della programmazione giornaliera degli interventi. 3. Riduzione da 25 al 16% delle procedure chirurgiche non programmate. 4. Aumento della Qualità e della Sicurezza in sala operatoria: nessun evento avverso da Gennaio 2009 a Giugno 2011. 5. Somministrazione di antibiotico terapia non corretta nel 60% dei casi. 6. Attraverso la conoscenza del processo ogni elemento del team ha potuto verificare le proprie performance ed i responsabili del blocco operatorio hanno gestito più facilmente il percorso chirurgico. 7. Nuova implementazione del sistema informatico grazie ai risultati ottenuti ed alla condivisione con gli operatori.

CONCLUSIONI Il sistema grazie alla nuova parte di management dei dati raccolti impatta decisamente sull'attività quotidiana di sala operatoria. Ha aumentato il livello di sicurezza; ha contribuito ad aumentare il livello di performance della sala operatoria; è uno strumento utile nella gestione; è aperto a qualsiasi implementazione; è "low cost".

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Agnoletti Vanni	Istituzione	Ospedale Morgagni-Pierantoni
Telefono	0543 735010	Indirizzo	Via Forlanini, 34
Fax	0543 738648	CAP	47121
E-mail	vanni.agnoletti@me.com	Città	Forlì

3. MODELLI INTEGRATI DI CURA IN ENDOCRINOLOGIA: CASE MANAGEMENT E COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI

Agrimi D¹, Mazzotta AM¹, Morgillo M¹, De Marco A², Cocciolo M², Alemanno I³, Diacono F³, Zini M⁴

¹ Azienda Sanitaria Locale Brindisi, ²IPASVI Brindisi, ³ASL TA, ⁴Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia

BACKGROUND La gestione delle patologie croniche è una delle più importanti sfide per il sistema sanitario nazionale, ciò rende ragione della implementazione di strategie “proattive” finalizzate a promuovere l’informazione e la formazione dell’utente circa le migliori pratiche di tutela della salute e di cura. La ricerca di modelli organizzativi che integrino i tre livelli di assistenza collettiva e di sanità pubblica, distrettuale ed ospedaliera, ha nelle sue priorità la definizione di “un punto di primo contatto del cittadino” con il sistema assistenziale nonché, per bisogni sanitari cronici, di “modalità di presa in carico”. Il case management è un modello organizzativo assistenziale incentrato sull’assistito, sostenuto attraverso l’interazione di un responsabile clinico della persona (case manager) e di un responsabile del percorso assistenziale (care manager), funzioni “nodali” attribuite in genere a medico ed infermiere rispettivamente. Le patologie endocrine, per il loro carattere cronico ed evolutivo, ben si prestano all’adozione di modelli di cura in cui la “gestione” della malattia sia sostenuta da una efficace integrazione tra medico di medicina generale (MMG), endocrinologo, infermiere dedicato e paziente. La nostra ipotesi è che il “management” del malato endocrino trovi un adeguato supporto nell’equipe dell’ambulatorio distrettuale (endocrinologo, infermiere) quando, oltre una appropriata sinergia con il MMG, si realizzi un’attiva partecipazione dell’utente alla gestione della malattia. Il coinvolgimento attivo del cittadino nel percorso di cura (empowerment paziente) richiede un’interfaccia agile e funzionale al contesto di malattia, che contribuisca a coniugare appropriatezza nel binomio bisogno-risposta sanitaria.

OBIETTIVI L’equipe ambulatoriale (specialista endocrinologo, infermiere dedicato) ha predisposto un modello organizzativo finalizzato a: 1. Sostenere il percorso di cura del paziente con malattia tiroidea attraverso modalità “case management” 2. Attivare counselling e triage per il paziente in carico al fine di aumentarne le capacità e le competenze specifiche.

METODI Nel timing di visita è prevista una fase di “addestramento” alla gestione della malattia a domicilio e delle eventuali “criticità”. I pazienti con patologia tiroidea disfunzionale, in carico all’ambulatorio, che presentino un controllo endocrino instabile o gravidanza, possono attivare un consulting diretto con l’equipe endocrinologica attraverso un triage, che prevede n. 4 fasi: 1. Ricezione della richiesta di consulting (e-advice) 2. Valutazione del “bisogno” o “criticità” (stima della priorità) 3. Contestualizzazione dell’evento clinico (aggiornamento data base ambulatoriale) 4. Risposta al “bisogno” o “criticità” attraverso counseling (telefonico, email, postale) o visita endocrinologica programmata.

RISULTATI Nei primi 6 mesi del 2011 circa il 25% dell’attività ambulatoriale è stata impegnata a soddisfare il case management di pazienti che abbiano “direttamente” segnalato, alla equipe endocrinologica, instabilità del compenso ormonale o gravidanza (e-advice, EA). Attraverso un triage clinico e terapeutico è stato possibile soddisfare il 18% delle attivazioni attraverso counseling (tel/fax/mail, C), solo il 7% ha richiesto una visita endocrinologica programmata con priorità (VEP). Dalla sua attivazione, nel 2009, il trend di gestione in case management del paziente cronico con patologia tiroidea è costante.

CONCLUSIONI L’e-advice (telefonico/fax/email) è uno strumento importante per attivare e sostenere il case management del paziente con patologia tiroidea. Il triage consente di soddisfare le necessità di riferimento e di supporto del malato cronico. L’equipe endocrinologica agisce da “care manager” nel contesto della rete assistenziale coniugando l’attività clinico-diagnostica al management del paziente, con piena integrazione dell’utente in carico nel processo gestionale e di cura della malattia tiroidea. Le applicazioni del case management alle patologie tiroidee ed il coinvolgimento attivo dell’utente possono contribuire al miglioramento della funzionalità ed efficienza dei servizi, nonché all’appropriatezza ed equità dell’assistenza.

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

4. RIDURRE LE COMPLICANZE INFETTIVE CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) ATTRAVERSO AZIONI DI PROVATA EFFICACIA E SOSTENIBILITÀ IMPLEMENTATE SECONDO UNA STRATEGIA MULTIMODALE E MULTIDIMENSIONALE

Antonioli PM¹, Manzalini MC¹, Alvoni L¹, Dalpozzo V¹, Rovigatti M¹, Lavezzi S¹, Artioli S¹, Alfano G¹, Filippini F¹, Mazzacane S², Balboni P², Vandini A², Frabetti A²

¹ Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, ² CIAS - Università degli Studi di Ferrara

BACKGROUND La sicurezza del paziente rappresenta una sfida globale condivisa in tutti i sistemi sanitari del mondo. In questo contesto, le ICA costituiscono un aspetto fondamentale: sono fra le principali cause di aumento della morbosità e mortalità nei pazienti ricoverati in ospedale, comportano costi elevati per il paziente, la famiglia e il sistema sanitario. Si stima che il loro numero sia pari a circa l'8%, equivalenti in Italia a circa 700.000 casi/anno. Di questi, circa il 25% interessano il sito chirurgico, mentre il restante 75% riguardano altre localizzazioni. Le infezioni sono causate sempre più spesso da microrganismi opportunisti e antibiotico resistenti, ben diffusi nell'ambiente nosocomiale, che nei pazienti suscettibili possono determinare criticità.

OBIETTIVI Creare un ambiente sicuro, in cui vengono impiegate nuove modalità di sanificazione ambientale e implementate in maniera sistematica e controllata le buone pratiche assistenziali, allo scopo di ridurre le infezioni del 20% in un anno (dal 13% del 2010 al 10% circa).

METODI Lo Stabilimento ospedaliero di Riabilitazione "Nuovo S. Giorgio" è dotato di 90 p.l. di degenza (ordinaria e DH); sono presenti attività ambulatoriali e attività didattico - formative funzionalmente collegate. Il progetto si sviluppa attraverso un approccio evidence based multidimensionale e multimodale. Sono state definite 5 fasi di attuazione: FASE 1- Tempo 0 (novembre-dicembre 2011-gennaio 2012) per effettuare campionamenti microbiologici di pavimenti, lavandini, unità letto e lettini di riabilitazione delle diverse aree assistenziali; attività di osservazione (Scheda OMS) dell'adesione all'igiene delle mani al punto di assistenza degli operatori sanitari, di supporto e delle pulizie appaltate, in riferimento alla Campagna aziendale "Non lavartene le mani!" e all'adesione alla iniziativa OMS "Save lives: Clean Your Hands!"; valutazione dell'uso dei guanti e altri DPI, le modalità operative clinico-assistenziali con Scheda aziendale preparata ad hoc (applicazione precauzioni standard ed aggiuntive, conformità alle buone pratiche suggerite dalla letteratura, alle attività di re processing e la corretta gestione degli effetti lettereschi e dei rifiuti sanitari); analisi dell'utilizzo del Laboratorio di Microbiologia, dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e d'uso dei disinfettanti; valutazione della compliance nella gestione degli alert organism; sorveglianza della qualità dell'acqua di rete in riferimento al "Water Safety Plan" aziendale; indagine di prevalenza delle ICA. Al termine dell'attività di campionamento è stata introdotta il nuovo sistema di sanificazione con prodotti biostabilizzanti a base di probiotici superando l'utilizzo dei tradizionali di disinfezione chimica. L'efficacia della nuova modalità di sanificazione sarà monitorata ogni 15 giorni mantenendo le stesse modalità di campionamento al TO per un periodo equivalente a quello della durata del progetto (novembre 2011-ottobre 2012). Questi nuovi prodotti sono stati precedentemente sperimentati per il periodo di un anno presso AOUFE; il valore medio complessivo di riduzione percentuale dei patogeni si è attestato a oltre il 70-80%, risultato significativo ottenuto con oltre 12.000 campionamenti. FASE 2 - Indagine di incidenza (febbraio-ottobre 2012) con utilizzo di Scheda aziendale dedicata e standard ecdc 2011 per la diagnosi di infezione. FASE 3 - Valutazione (febbraio-marzo 2012); si concretizza nell'analisi e nello studio dei dati raccolti. FASE 4 - Interventi di miglioramento (marzo-aprile 2012); i dati elaborati e commentati verranno presentati al personale dello Stabilimento con l'obiettivo di condividere le azioni di miglioramento individuate e definire strumenti e interventi formativi per personale, pazienti, familiari e caregiver a supporto del cambiamento e favorire l'empowerment. Ruolo strategico l'implementazione di cambiamenti organizzativi e di sistema. FASE 5 - Follow-up (novembre-dicembre 2012 – gennaio 2013).

RISULTATI Risultati attesi Compressione/stabilizzazione generalizzata della carica ambientale potenzialmente patogena, nello specifico: *Stafilococcus aureus*: - 95,59%; *E.coli*: - 85,12%; *Pseudomonas spp*: - 95,16%; *Candida spp*: - 94,86%; *Acinetobacter*: - 75,99% (dati pubblicati su "L'Ospedale", n° 4/11, pag.52-58). Riduzione incidenza ICA del 20% rispetto ai dati raccolti in studi di prevalenza nelle degenze target; 2008: 11,4%; 2010: 13%; 2011: 11,8%. Incremento compliance igiene delle mani; osservazione corso in 22 UU.OO., tra cui UMR e UGC. Adesione media di Azienda 2010 (standard di riferimento) 52,75%. Analisi consumo annuale prodotto per frizionamento alcolico (indicatore proxy): in AOUFE il consumo è passato da 258L del 2006 a 1.735L nel 2010.

CONCLUSIONI Il progetto si sta rivelando sostenibile, fattibile e riproducibile. Si ritiene che le strategie multimodali e multidimensionali come quelle attualmente in corso rappresentino l'approccio più efficace per il controllo delle ICA, per consentire di ridurre efficacemente la trasmissione dei microrganismi patogeni. Per il raggiungimento degli obiettivi sarà necessario attendere l'elaborazione dei dati; i primi risultati saranno disponibili nel mese di marzo del 2012.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Antonioli Paola	Istituzione	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Telefono	0532 236288	Indirizzo	Corso Giovecca, 203
Fax	0532 236588	CAP	44121
E-mail	p.antonioli@ospfe.it	Città	Ferrara

5. QUANDO LE “EVIDENZE” SCARSEGGIANO: PROGRAMMARE UN PERCORSO DI RICERCA

Bagnasco A¹, Tubino B², Passalacqua D², Piccotti E², Sasso L¹

¹Università degli Studi di Genova, ²Istituto Giannina Gaslini di Genova

BACKGROUND La letteratura scientifica evidenzia l'importanza delle Non-Tecnical Skill nell'area assistenziale dell'emergenza, in particolare la comunicazione tra gli operatori e tra operatori ed utenti è una competenza fondamentale per garantire la sicurezza dei pazienti assistiti. La comunicazione risulta efficace se i requisiti comunicativi rispondono ai requisiti del paziente e del gruppo. Questo studio è stato condotto presso L'IRCSS Gaslini di Genova e propone l'analisi delle vulnerabilità comunicative nelle singole fasi del percorso clinico assistenziale di un paziente pediatrico nell'ambito del dipartimento di emergenza e urgenza.

OBIETTIVI Ridurre il rischio di errore e di near miss nella comunicazione intra team e tra operatori medici e infermieri e utenti.

METODI La percezione delle vulnerabilità comunicative è stata indagata con la metodologia del Focus Group ed analizzata attraverso la categorizzazione delle Job description e delle sottoscrizioni su cartelloni iconografici, compilate da tutti gli operatori sanitari medici ed infermieri del dipartimento di emergenza.

RISULTATI Interventi strutturali in DEA quali più spazio per l'attività di triade e sala d'attesa per le persone in barella sono attualmente in corso di attuazione. I dati analizzati hanno supportato l'introduzione di modifiche nella documentazione assistenziale in uso nel dipartimento e l'introduzione di schermi informativi migliorare la trasmissione dell'informazione agli utenti. I risultati hanno permesso la progettazione di un percorso formativo basato sulla simulazione di copioni strutturati con elementi di fragilità comunicativa emersi dai membri dell'equipe assistenziale. La formazione ha coinvolto il 100% del personale infermieristico circa l'80% del personale medico dei pediatri di medicina e circa il 40% del personale medico chirurgico.

CONCLUSIONI La definizione di check list comunicative è ritenuta dalla letteratura scientifica un'azione importante per la prevenzione di errori o “quasi errori” correlati alla comunicazione nell'area dell'emergenza. La complessità delle variabili che intervengono in questo contesto assistenziale, determina l'importanza delle competenze “non tecniche”, in particolare nella fase di triage e rende necessaria un'approfondita analisi del fenomeno anche attraverso la percezione degli operatori.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bagnasco Annamaria	Istituzione	Università degli Studi di Genova
Telefono	010 3538513	Indirizzo	Via Pastore, 1
Fax	010 3538513	CAP	16132
E-mail	annamaria.bagnasco@unige.it	Città	Genova

6. PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE “AGITATO” IN PRONTO SOCCORSO
Baldinelli G, Regnicoli F, Ciapanna PL
<i>Università Politecnica delle Marche - AOU Ospedali Riuniti di Ancona</i>

BACKGROUND Studio focalizzato sul pericoloso aumento dei casi di aggressione al personale sanitario durante il servizio in aree critiche (Pronto Soccorso). Nel 2009 un rapporto dell’Emergency Nurses Association, riferisce che più della metà degli operatori sanitari dell’emergenza ha subito aggressioni di vario tipo, ad opera non solo ubriachi ma anche di disorientati, utenti stanchi di attendere e familiari. Il fenomeno sta assumendo proporzioni preoccupanti e risulta in continuo aumento in tutto il mondo. Nello specifico, va evidenziato come in Italia questo fenomeno, se pur di rilevante importanza, non sia stato affrontato con studi che possano quantificare e monitorare, non offrendo agli operatori, reali strumenti di controllo e prevenzione.

OBIETTIVI Gli obiettivi dello studio sono: -Indagare sui fattori di rischio scatenanti l’evento aggressivo -Monitorare la frequenza degli eventi sentinella -Costruire strumenti operativi per la gestione delle aggressioni.

METODI I metodi utilizzati sono: -Ricerca bibliografica -Somministrazione di un questionario specifico sull’argomento agli infermieri che prestano servizio presso il Pronto Soccorso dell’Azienda Ospedali Riuniti Umberto I di Ancona (DEA di secondo livello) - Inserimento dei dati ed elaborazione con valutazione dei risultati ottenuti -Costruzione di un protocollo operativo.

RISULTATI L’indagine ha prodotto diversi punti di grande interesse: -La situazione che crea maggior disagio agli infermieri durante le operazioni di triage, è la relazione con l’utente pretenzioso-arrogante(95%) e l’utente psichiatrico -Le aggressioni verbali subite (40%), con minacce, offese e comportamenti intimidatori e le aggressioni fisiche (25%) subite con una frequenza di 5 o più volte in un mese corrispondono ad un (44%) e quelle subite in un anno con la stessa frequenza corrispondono ad un (53%). - L’importanza per l’operatore sanitario della formazione continua (100%)e la mancanza effettiva di corsi(95%). Si evince, dunque, che il fenomeno delle aggressioni ai danni degli operatori durante l’orario di servizio, è un problema esistente. I dati raccolti rispecchiano le statistiche internazionali della Joint Commission del 2001.

CONCLUSIONI Il fenomeno delle aggressioni è un problema presente nel panorama sanitario, soprattutto nei Pronto Soccorsi. La categoria più colpita risulta quella infermieristica. Le statistiche indicano che l’80% degli infermieri che lavorano nei DEA ha subito almeno un’aggressione fisica o verbale durante l’orario di lavoro. In Italia mancano studi validati che possano permettere di stilare statistiche sulla reale frequenza degli eventi sentinella. Le direzioni sanitarie dovrebbero organizzare corsi di formazione, monitorare il fenomeno e costruire strumenti operativi, linee guida, protocolli e procedure.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Baldinelli Gioia	Istituzione	Università Politecnica delle Marche - AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	334 1147915	Indirizzo	Via Fuà, 12
Fax	071 2288532	CAP	60131
E-mail	sissinana@libero.it	Città	Ancona

7. QUALI INDICATORI PER UN AUDIT CLINICO SU DEFINIZIONE, CONDIVISIONE ED APPLICAZIONE DI MODALITÀ APPROPRIATE DI RICHIESTA DEGLI ESAMI DI LABORATORIO IN AMBITO OSPEDALIERO E TERRITORIALE?

Baldrati L, Dorizzi RM, Vascotto L

Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

BACKGROUND Le organizzazioni sanitarie utilizzano indicatori di qualità diversi non solo per misurare, verificare e migliorare la qualità delle cure in termini di processi ed esiti, ma anche per misurare l'efficacia degli interventi ed identificare occasioni di miglioramento. Gli esami di Laboratorio sono fondamentali in molte decisioni cliniche anche se non è documentato in quale percentuale (Hallworth MJ 2011). Il progresso tecnologico e la disponibilità di mezzi dell'Azienda USL di Cesena dal titolo "Appropriatezza dell'uso di esami di Laboratorio in ambito ospedaliero e territoriale" gestito con lo strumento di Governo Clinico degli Audit clindagnostici sempre più sofisticati aumentano la richiesta e, di conseguenza, la spesa senza un corrispondente reale beneficio in termini di salute. L'Age.Na.S individua nel documento "Linee di Indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio nel SSN" i principi generali da cui far derivare i criteri specifici per i processi di riorganizzazione dei Laboratori: - ruolo dei sistemi informatici - centralità della promozione e controllo della appropriatezza - ruolo di un sistema di reporting mirato sulle attività di laboratorio. In linea con tali principi la Regione Emilia Romagna ha cofinanziato un progetto proposto daico strutturato.

OBIETTIVI Individuare indicatori "robusti" e "misurabili", fondamentali per identificare le inappropriatezze, sia in eccesso, sia in difetto, per poi verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento, in termini di processo e, se possibile, di esito.

METODI Nell'ambito dell'Audit clinico strutturato si è proceduto con: 1. Scelta del tema 2. Definizione dei criteri di comunicazione 3. Definizione degli obiettivi 4. Selezione di criteri, standard ed indicatori 5. Raccolta dei dati e valutazione dell'esistente. Fondamentale per un Audit Clinico risulta l'individuazione di indicatori "robusti" e "misurabili". Oggi il LIS (Laboratory Information System) del laboratorio Unico di Area Vasta, installato tra il 2007 e il 2009, gestisce i tutti gli esami richiedibili e tutti i centri prelievi sia ospedalieri che territoriali e costituisce una banca dati ad hoc per definire indicatori di processo e appropriatezza ed effettuare un benchmarking continuo tra le 4 aziende di Area vasta Romagna. Si sono definite 3 aree a probabile maggior rischio di inappropriatezza ed i relativi indicatori Aree di Inappropriatezza Indicatori Esami richiesti U.O. ASL CESENA - N° Esami (indicatore di esito economico) - N° Esami/Dimessi (indicatore di processo e di esito economico) Esami richiesti PS di AREA VASTA - N° Totale Esami (indicatore di esito economico) - N° Esami ad alta prescrizione/ N° Accessi PS (indicatore di esito economico) - N° Altri Esami/ N° Accessi PS (indicatore di processo e di esito economico) Esami sentinella - Indicatori di neoplasia - PSA - Elettroforesi - Tiroide CURE PRIMARIE ASL di AV - N° Esami / N° assistiti (indicatore di processo e di esito economico) - N° Esami /Nucleo Primario (indicatore di processo e di esito economico) - N° Esami /MMG-PLS (indicatore di processo e di esito economico) - TSH/FT3 (indicatore di processo/appropriatezza) - TSH TSHReflex/FT4 FT4Reflex (indicatore di processo/appropriatezza) - TSH TSHReflex/FT3 FT3Reflex (indicatore di processo/appropriatezza) - Anti TPO/Anti-TG (indicatore di processo/appropriatezza).

RISULTATI Il LIS unico consente a partire dal giugno 2009 una rendicontazione trimestrale degli indicatori e di valutare gli effetti degli interventi condotti. L'analisi dei risultati e la verifica dei risultati ("prima" vs "dopo") permette una stima quantitativa e qualitativa della appropriatezza delle prestazioni erogate. La rendicontazione consente di documentare non solo la grande variabilità prescrittiva a fronte di una popolazione omogenea ma anche gli effetti degli interventi realizzati nelle diverse aziende. Nei primi nove mesi 2011 le richieste di elettroforesi, indicatori di neoplasia, PSA ed esami tiroidei a Ravenna sono state rispettivamente 235, 108, 156 e 622 /1000 assistiti; a Forlì 96, 111, 157, 357/1000 assistiti; a Cesena 113, 96, 111 e 379; a Rimini 120, 79, 113 e 224. Il confronto dalla variazione percentuale tra 2011 e 2010 è risultato a Ravenna rispettivamente di 0.6%, -7.1%, -7.8%, -2.8; a Forlì di -6.5%, -11.4%, -16.3%, -9.3; a Cesena di -35%, -11.4%, -17.4%, -11.2; a Rimini di -21.6%, -32.5%, -28.6%, -29.6. La differenza del numero di esami/1000 assistiti è risultata a Ravenna rispettivamente di 1,-8, -13, -18; a Forlì di -7,-14, -30, -36; a Cesena di -60,-16, -23, -47; a Rimini di -32,-37, -45, -92.

CONCLUSIONI Indicatori "forti" e "misurabili" sono essenziali in un Audit Clinico Strutturato che ha come obiettivo principale l'appropriatezza della richiesta. L'individuazione delle aree di maggiore criticità consente di definire le azioni di miglioramento opportune e offre la possibilità di modificare e standardizzare le abitudini prescrittive secondo modelli condivisi EB in un bacino di utenza di circa 1 milione di abitanti. I dati raccolti sin qui dimostrano che valutazioni di questo genere non possono essere condotti senza la disponibilità di un sistema informatico e un data base unico.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Baldrati Luca	Istituzione	Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena
Telefono	0547 394835	Indirizzo	Piazzale della Liberazione, 60 Pievesestina di Cesena
Fax	0547 394801	CAP	47522
E-mail	luca.baldrati@ausl-cesena.emr.it	Città	Cesena

8. PROCEDURA INTER-AZIENDALE PER LA RICHIESTA, LA VALUTAZIONE E L'ACQUISIZIONE CON METODOLOGIA HTA DELLE TECNOLOGIE INNOVATIVE

Barbaro S, Beux A, Paudice A, Scipioni S

AOU San Giovanni Battista di Torino

BACKGROUND La riorganizzazione del sistema sanitario piemontese prevede l'accorpamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino con le AA.OO. OIRM-Sant'Anna (materno-infantile) e CTO-Maria Adelaide (traumatologico): più di 10.000 dipendenti, più di 2.400 posti letto. Le finalità istituzionali e la storia delle tre Aziende favoriscono e giustificano la richiesta di innovazione tecnologica da parte dei clinici che vi operano. Per l'alta incertezza che quasi sempre caratterizza le tecnologie innovative, soprattutto in termini di efficacia clinica, queste Aziende dovranno perfezionare la loro capacità di intercettarle e governarne l'introduzione.

OBIETTIVI Sulla base di quanto richiesto dal Governo regionale (DGR 9-145 con la costituzione della Commissione inter-aziendale Dispositivi Medici) e dai vertici aziendali per l'anno 2011, è in fase di definizione la procedura che, facendo riferimento a quanto previsto dall'HTA, codifichi modalità e strumenti da adottare per la richiesta, la valutazione e l'introduzione di tecnologie innovative.

METODI Revisione letteratura su hb-HTA, visita ad autorevoli centri ospedalieri e universitari, nazionali ed internazionali, con unità e processi interni di valutazione delle tecnologie sanitarie, ricognizione ed organizzazione della risorse aziendali esistenti e funzionali alla valutazione delle tecnologie con metodologia HTA.

RISULTATI Procedura inter-aziendale per la richiesta, la valutazione e l'acquisizione con metodologia HTA delle tecnologie innovative (tecnologia non precedentemente adottata dal contesto che la richiede o tecnologia già adottata ma che il richiedente si propone di utilizzare in modo differente o per altre finalità) e definizione di un'apposita scheda strutturata di richiesta. La procedura e la relativa scheda di richiesta saranno adottate nel 2012. Per quantificarne l'impatto si è proceduto ad una simulazione. Nel biennio 2008-2009 presso l'AOU San Giovanni Battista sono state introdotte 57 tecnologie innovative; di queste 9 (16%) sono state introdotte all'interno di un progetto di ricerca. Applicando la procedura e la relativa scheda alle altre 48 (57-9) tecnologie innovative la percentuale di quelle che sarebbero state introdotte solo se accompagnate da un progetto di ricerca sale all'86% (N=49=9 40).

CONCLUSIONI In un grande contesto ospedaliero-universitario, in fase di accorpamento con altre importanti strutture ospedaliere, l'adozione della metodologia HTA per la valutazione delle tecnologie sanitarie innovative migliora l'allocazione delle risorse disponibili, aumenta il ritorno in termini di efficacia clinica degli investimenti e favorisce l'integrazione tra vertici strategici, dipartimenti, strutture complesse e professionisti. I risultati della simulazione portano ad assumere che l'adozione della procedura e della scheda strutturata di richiesta miglioreranno (a) il livello di appropriatezza dell'allocazione delle risorse disponibili; (b) la qualità metodologica dei progetti di ricerca e la relativa raccolta dati; (c) l'utilità dei dati clinici rilevati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Beux Alessandro	Istituzione	AOU San Giovanni Battista di Torino
Telefono	011 6336724	Indirizzo	Corso Bramante, 88/90
Fax	011 6335790	CAP	10126
E-mail	abeux@molinette.piemonte.it	Città	Torino

9. MEDICAL DECISION SUPPORT SYSTEM CHOOSER: STRUMENTO PER LA SCELTA DELL'MDSS IDEALE
Bartoccioni F, Pugliese A, Pacchiarini D, Amoddeo CE
<i>Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini</i>

BACKGROUND All'interno di un'Azienda Sanitaria, uno degli strumenti più utili durante la pratica clinica, risulta essere il Medical Decision Support System (MDSS), ossia un sistema informatizzato, costantemente aggiornato, che agevola il personale sanitario nell'attività diagnostica, terapeutica e assistenziale.

OBIETTIVI Poiché i prodotti presenti sul mercato sono numerosi, il presente studio riporta la descrizione e l'implementazione di uno strumento di Benchmarking tra i diversi MDSS, al fine di selezionarne l'ideale per la propria realtà.

METODI Per l'individuazione della scelta del migliore MDSS, per ogni singolo utente e/o Azienda Sanitaria che ne necessita, è stata creata una tabella nei cui campi sono state inserite le principali caratteristiche di un MDSS riportate in letteratura. È stato utilizzato uno strumento che ci permette di correlare le caratteristiche presenti in un MDSS con l'importanza ed il peso attribuitogli direttamente dagli utilizzatori. Infatti, a questi ultimi, analizzando le domande all'interno della tabella, viene offerta la possibilità di attribuire un punteggio (compreso tra 1 e 10) così da quantificare la propria preferenza riguardo ogni singola caratteristica dell'MDSS. A questa tabella segue una seconda, correlata alla prima, nella quale il fruitore può inserire e valutare, rispondendo a specifiche domande, tutti gli MDSS disponibili sul mercato. Inoltre, l'utilizzatore ha a disposizione otto tra i più comuni MDSS presenti sul mercato già valutati dal nostro team. Il risultato di tale questionario è stato elaborato grazie alla realizzazione di un modello di albero decisionale. Quest'ultimo ha consentito di calcolare per ogni MDSS, un indice derivante dal prodotto di tutte le caratteristiche pesate secondo le specifiche necessità dell'utente e pesate anche in funzione del costo dei singoli MDSS. Al fine di rendere più intuitivi tali risultati è stato creato un grafico che rende immediato il confronto tra gli MDSS analizzati.

RISULTATI Grazie all'MDSS chooser si è riusciti a scegliere in modo trasparente ed oggettivo l'MDSS con il migliore rapporto qualità/prezzo. Il software duttile strumento può essere utilizzato sia da aziende che da singoli utenti. Inoltre è stata anche riscontrata una notevole soddisfazione da parte dei sales manager, i quali lo hanno considerato un metodo di scelta oggettivo ed affidabile. Il software è stato scaricato da più di 550 utenti e ha mostrato un netto prevalere degli MDSS a pagamento rispetto a quelli gratuiti con una scelta maggiore verso le piattaforme uptodate e dynamed rispetto alle altre, questo grazie ad un migliore rapporto costo/servizio offerto come si evince dal grafico finale riassuntivo.

CONCLUSIONI Lo strumento descritto in questo studio, creato ed implementato nella nostra realtà ospedaliera può essere utilizzato da qualunque Azienda Sanitaria e/o singolo utente. L'MDSS chooser, strumento automatizzato di benchmarking, rappresenta, quindi, una notevole facilitazione durante la scelta di un supporto alla decisione medica quale un MDSS.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	filippobartoccioni@gmail.com	Città	Roma

10. IMPLEMENTAZIONE DEL MEDICAL DECISION SUPPORT SYSTEM AL LETTO DEL PAZIENTE
Bartoccioni F, Brocchetti P, Pacchiarini D, Amoddeo CE
<i>Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini</i>

BACKGROUND Gli MDSS sono strumenti importanti nella pratica clinica, in quanto mezzi di consultazione medica, potenziata grazie all'ampliamento delle risorse informative elettroniche destinate alla biblioteca dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini. Gli MDSS si basano sull'Evidence Based Medicine avvalendosi di piattaforme di ricerca su database di letteratura primaria, secondaria e di linee guida.

OBIETTIVI Nel presente lavoro si evidenzia l'importanza di avere accesso a questo tipo di strumento in reparto, o addirittura al letto del paziente, per la sicurezza che questa pratica imprime all'atto diagnostico e terapeutico.

METODI Grazie ad una attenta analisi e scelta comparativa degli MDSS disponibili in commercio, effettuata nel contesto di un HTA apposito, si è adottato l'applicativo DynaMed. Questo strumento contiene sommari relativi a oltre 3000 topic, aggiornati giornalmente, e monitora il contenuto di oltre 500 riviste mediche e database di revisione sistematica delle evidenze. Ogni articolo viene valutato per rilevanza clinica e validità scientifica, grazie ad un protocollo, in base al quale ogni report viene etichettato con un livello di evidenza che va da "molto affidabile" a "mancanza di evidenza diretta". Ai fini dell'implementazione del MDSS sono state effettuate delle iniziative formative sull'uso e le potenzialità del MDSS. Avendo l'Azienda dotato di Blackberry buona parte dei medici delle aree critiche dell'ospedale è stato scelto questo PDA tra i vari compatibili per l'implementazione.

RISULTATI In seguito all'implementazione è stato effettuato un sondaggio tra un campione di clinici per verificare il grado di soddisfazione ed è emerso un aumento del livello di confidence nell'atto terapeutico e diagnostico, accreditabile allo strumento adottato e al suo uso efficiente da parte del medico. Tra i risultati in evidenza una preferenza del 81% per gli strumenti elettronici vs i cartacei e con un utilizzo globale del 56%, più sviluppato tra gli under 45 che negli over 45, con un soddisfazione positiva complessiva del 67%, una del 12% negativo e neutra nel 19%.

CONCLUSIONI L'esito positivo del sondaggio ha avvalorato l'uso di questi sistemi di supporto decisionale in un ospedale, dove si è preferito all'investimento su riviste scientifiche, che hanno una maggior valore accademico ma che non si prestano ad un uso pratico al letto del paziente, uno strumento del tipo detto. Ciò ha incoraggiato il concepimento di un ulteriore progetto che si avvarrà del blackberry, ossia la creazione di un sistema di integrazione dell'MDSS con la cartella clinica, che porterebbe ad una valutazione integrata dell'atto diagnostico e terapeutico con le linee guida e le evidenze scientifiche disponibili grazie al DMSS.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	filippobartoccioni@gmail.com	Città	Roma

11. LE TEORIE ECONOMICO-SOCIALI APPLICATE ALLA STRUTTURAZIONE E GESTIONE DEL HB-HTA TEAM

Bartoccioni F, Dubinski M, Pugliese A, Castanò V, Pacchiarini D, Amoddeo CE

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

BACKGROUND Risulta sempre più importante HTA la multidisciplinarietà. Cruciale quindi è la composizione e la gestione dei legami comunicativi tra membri del team.

OBIETTIVI Applicando la teoria dell'Embeddedness al team si è voluto mettere in evidenza i pro e contro delle diverse possibili composizioni del team e come i legami tra i membri possono influenzare i risultati a breve e a lungo termine.

METODI Con la stessa lente delle teorie sociali applicate alle economia aziendale è stata valutata la struttura funzionale del team di HTA della Azienda San Camillo Forlanini. All'interno del team sono stati riscontrati sia legami forti sia deboli. I legami forti hanno dei vantaggi indubbi perché sono presenti un forte senso di collaborazione e di fiducia reciproca. Tuttavia questo genere di legami comporta il rischio di rimanere arenati all'interno di una conoscenza limitata e statica. L'apporto all'interno di un team di legami deboli offre la possibilità di attingere ad informazioni nuove portando ad un accelerazione dei processi innovativi. È stato quindi sperimentato l'inserimento di stagisti con studi di sociologia, legge e ingegneria gestionale rispetto ad un gruppo più o meno stabile di medici, ingegneri biomedici ed economisti sanitari.

RISULTATI Questi inserimenti hanno permesso l'approfondimento di aree nuove. Sono stati introdotti progetti innovativi come quelli di analisi del gruppo per ottimizzarne le performance, sono stati avviati approfondimenti giuridici applicati alle tecnologie sanitarie ed inoltre sono state realizzate opere informatiche utili alla divulgazione del lavoro del team.

CONCLUSIONI La situazione ottimale come la teoria presuppone si ha nella fase duale, ossia una combinazione equilibrata tra legami forti e deboli. L'innovazione creata da innesti se pur temporanei ma con ampia libertà ha portato ad un incremento della conoscenza interna del gruppo che poi è stata combinata in maniera creativa aprendo la strada a nuovi campi di studio e intervento.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	filippobartoccioni@gmail.com	Città	Roma

12. MOBILE MEDICAL APPS: VANTAGGI O RISCHI PER GLI UTENTI?

Bartoccioni F, Pugliese A, Di Spirito AM, Giansante C, Pacchiarini D

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

BACKGROUND In questi anni si sta sviluppando un crescente numero di Applications (Apps) per Mobile Platform, che si prefiggono lo scopo di migliorare la cura del paziente. Data la loro rapida diffusione via web, nel Febbraio 2011 l'FDA ha emesso una guida orientativa per regolamentare queste Medical Apps.

OBIETTIVI L'obiettivo del presente studio è analizzare queste applicazioni mediche, utilizzate non solo da medici e specialisti come supporto alla diagnosi ma anche da utenti non esperti in materia.

METODI La nostra unità di HTA ha iniziato ad effettuare uno screening di queste tecnologie, nonostante gratuite. Sono state infatti considerate come vere e proprie tecnologie sanitarie e quindi vagliate attraverso la metodologia dell'HTA sotto il profilo tecnico, legale, di appropriatezza e soprattutto se sono Evidence Based. Dall'analisi dei dati e della letteratura, più del 50% dei medici usa uno smartphone per motivi di lavoro e, secondo un nuovo studio di settore dell'associazione CompTIA (che ha eseguito un sondaggio on-line su 350 medici, dentisti e altri operatori sanitari o amministratori, e dirigenti di 400 aziende di Information Technology che lavorano nel settore sanitario) il 25% di operatori sanitari intervistati utilizza tablet per lavoro mentre un altro 21% prevede di farlo nei prossimi dodici mesi; il 38% dei medici che ha uno smartphone usa medical apps su base giornaliera, e si prevede un aumento pari al 50% nei prossimi dodici mesi; due terzi dei medici hanno detto che l'esecuzione o il miglioramento dell'uso delle tecnologie mobili costituisce una priorità alta o comunque di medio livello nei prossimi 12 mesi; quasi un terzo dei fornitori dichiara di utilizzare il suo smartphone o tablet per accedere ai sistemi EMR/EHR, ed un ulteriore 20% prevede di iniziare entro il prossimo anno; il 38% di operatori sanitari ha detto di avere un sistema completo di EMR in atto e il 17% dispone di un sistema parziale o modulo; tuttavia solo il 14 per cento degli operatori sanitari segue attivamente le notizie e le tendenze della telemedicina, mentre il 37 per cento ha espresso poco interesse per l'argomento. Del resto, secondo Research2Guidance 2010, 500 milioni nel mondo di utenti smartphone utilizzeranno una medical apps entro il 2015.

RISULTATI La nostra unità di HTA ha iniziato ad effettuare uno screening di queste tecnologie, nonostante gratuite. Sono state infatti considerate come vere e proprie tecnologie sanitarie e quindi vagliate attraverso la metodologia dell'HTA sotto il profilo tecnico, legale, di appropriatezza e soprattutto se sono Evidence Based.

CONCLUSIONI L'esito positivo del lavoro ha portato alla creazione del sito www.htacamp.com, che sta riscuotendo successo a livello internazionale e nel quale vengono raccolti in maniera aggiornata e sistematica le applicazioni e le relative analisi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	filippobartoccioni@gmail.com	Città	Roma

13. METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE MARKER TIROIDEI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI - METODOLOGIA PRATICA: ASSESSMENT DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI MARKER TIROIDEI
Bartoccioni F, Merigioli S, Zuppi P, Cianetti A, Amoddeo CE
<i>Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini</i>

BACKGROUND Le recenti modifiche delle linee guida sulla diagnostica tiroidea ed i quantitativi elevati di richiesta di esami di laboratorio suggeriscono una possibile inappropriatezza di prescrizione per la diagnostica tiroidea.

OBIETTIVI L'obiettivo è l'analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni degli esami biochimici per le patologie tiroidee. In particolare, si è utilizzata una metodologia di valutazione completa, dettagliata e trasparente che non analizza le tecnologie singolarmente ma le confronta fra loro. La metodologia utilizzata ha comportato la creazione di un "cruscotto" che ha consentito un utile confronto fra tutte le tecnologie disponibili o probabili in un particolare ambito di diagnosi o cura al fine di una corretta valutazione non solo dell'applicabilità delle stesse ma anche del loro utilizzo e della loro appropriatezza.

METODI Per prima cosa si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per studiare e rivalutare le Linee Guida (LG) Internazionali legate alle patologie tiroidee. In seguito si è passati alla realizzazione della tabella delle raccomandazioni in cui nella prima colonna sono elencate le presentazioni cliniche relative alle patologie tiroidee e nella prima riga tutte le tecnologie utilizzabili nelle diverse presentazioni cliniche. In corrispondenza dell'incrocio tra un esame e una presentazione si inserisce un numero conforme alla forza della raccomandazione trovata nella LG di riferimento. La forza della raccomandazione è poi pesata da costanti rispondenti ai criteri di "contesto locale", "priorità" di un esame rispetto a un altro per consentire una sequenza temporale in caso di elementi con stessa forza di raccomandazione e altre. Il risultato di questo calcolo è un parametro che prende il nome di "Forza della Raccomandazione Locale" (FRL). In più, ad ogni cella è fatta corrispondere una nota con le giustificazioni per ciascuna costante. Una volta creata la tabella e riempite tutte le celle si procede al calcolo degli indici con il primario scopo di verificare le corrispondenze tra i dati e la tabella delle raccomandazioni. Infatti, laddove il parametro FRL è più alto ci si aspetta, a parità di presentazione clinica, un numero maggiore di pazienti che usufruiscono di una data tecnologia per cui il caso contrario è indicatore di errata gestione da parte dell'U.O. o di inappropriatezza di utilizzo. Gli indici sono stati utilizzati per il confronto delle tecnologie per una stessa presentazione clinica, per il confronto tra presentazioni cliniche e tra due date tecnologie e le loro FRL.

RISULTATI La metodologia del "cruscotto" ha permesso di effettuare un'analisi di HTA non analizzando una tecnologia per volta ma facendo un quadro completo delle tecnologie, esaminandone l'appropriatezza d'uso rispetto ad altre e alle varie presentazioni cliniche. Alla conclusione del lavoro si è comunque evidenziato che per la diagnostica di laboratorio non vi era un'elevata inappropriatezza prescrittiva e che l'intervento di maggiore ricaduta sarebbe stato sulle richieste di FT3 per le quali il risparmio stimato per eccesso sarebbe stato inferiore ai 400euro/anno, rendendo non costo efficace l'intervento.

CONCLUSIONI Dall'analisi è emerso un utilizzo appropriato dei marcatori tiroidei all'interno dell'azienda e l'analisi economica ha dimostrato un rapporto costo/efficacia non sufficiente per implementare interventi correttivi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	filippobartoccioni@gmail.com	Città	Roma

14. HOSPITAL BASED-HTA TEAM LEADERSHIP: APPLICAZIONE PRATICA DELLA TEORIA DELL'EMBEDDEDNESS

Bartoccioni F, Pugliese A, Dubinski M, Castanò V, Pacchiarini D, Amoddeo CE

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

BACKGROUND La teoria dell'embeddedness strutturale studia il peso della struttura relazionale sulla performance focalizzandosi sull'influenza della struttura dei legami comunicativi.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è l'applicazione di tale teoria al HTA-Team così da ottimizzare le risorse e incrementare le performance evitando azioni di leveraging.

METODI La teoria si basa sul trasferimento interorganizzativo di conoscenza, attivando processi di apprendimento ad ampio spettro facilitato anche da supporti informativi. Attraverso il social control, è stato creato un clima di fiducia reciproca per abbattere rischi di comportamenti opportunistici di self interest. Fondamentale è stata la spinta alla condivisione di risorse personali e di gruppo ottimizzando comunicazione e collaborazione. Tutto questo posizionando il ruolo del leader non sopra ma al centro del network. Per evitare un'eccessiva dispersione di energie è stato strutturato il team a cluster funzionali, riducendo così i legami ridondanti a favore di bridge stimolando la creazione di figure di brokering per progetto.

RISULTATI Il risultato è stato un gruppo stabile, estremamente motivato e produttivo. Nonostante l'instabilità a volte creata per effetto domino, legato ad un'improvvisa alterazione delle risorse dove gli attori coinvolti hanno avvertito il peso dell'abbandono di uno dei nodi principali. Cosa non verificatasi nel caso di nodi secondari.

CONCLUSIONI La formazione personale dei membri del team è stata di alta qualità e innovativa a tutti i livelli. I progetti portati a termine sono stati di numero notevole e di qualità elevata. Grazie al social control, ad continua introduzione di figure professionali nuove e ad una condivisione centralizzata delle conoscenze è stato possibile un rapido inserimento di nuove figure nel team con stabilità nei progetti e del raggiungimento degli obiettivi. L'Overembeddedness resta un punto di debolezza del sistema.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	filippobartoccioni@gmail.com	Città	Roma

15. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT PER LA SCELTA DEL MIGLIOR MEDICAL DECISION SUPPORT SYSTEM
Bartoccioni F, Pugliese A, Giordano B, Pacchiarini D, Amoddeo CE
<i>Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini</i>

BACKGROUND L'evidence based medicine è come si dovrebbe lavorare oggi in corsia e si basa sulla letteratura e sull'aggiornamento continuo del personale sanitario. Oggi esistono strumenti che filtrano e raccolgono in modo chiaro ed immediato tutta la letteratura scientifica per renderla facilmente un supporto delle decisioni cliniche.

OBIETTIVI Lo scopo del presente studio è definire il miglior MDSS (Medical Decision Support System) di cui dotare la biblioteca dell'AO al fine di migliorare la qualità del servizio per l'anno 2011, ottimizzando le risorse disponibili.

METODI Gli MDSS valutati sono stati sia di tipo gratuito sia a pagamento. L'analisi è stata condotta per step. Per eseguire una scelta oggettiva e trasparente è stata stilata una serie di domande chiuse, che riassumono le caratteristiche del MDSS ideale. A priori, dato il diverso impatto che potevano avere le caratteristiche del prodotto sulla valutazione finale, è stato stilato un questionario che ci permettesse di attribuire in base a delle categorie un peso percentuale per ogni caratteristica. Sono stati quindi somministrati dei questionari sia ai sales manager che ai nostri ingegneri clinici, valutando opportunamente la coerenza e l'attendibilità delle valutazioni, al fine di ottenere un feedback sul lavoro svolto. Questo ci ha permesso di far emergere le caratteristiche più importanti per la nostra realtà ospedaliera che un MDSS dovrebbe avere. Dai risultati derivati dai due questionari è stato elaborato il modello degli alberi decisionali. L'albero decisionale è uno strumento fondamentale nell'analisi delle decisioni, in quanto permette di esprimere la struttura logica propria di un problema di decisione. È stato calcolato per ogni MDSS un indice che deriva dal prodotto di tutte le probabilità e del risparmio previsto. Inoltre per rendere graficamente intuitivo il confronto dei risultati è stato creato un grafico degli indici.

RISULTATI L'HTA ci ha permesso di individuare la scelta migliore ottimizzando e razionalizzando l'investimento.

CONCLUSIONI Lo studio di HTA ci ha inoltre permesso anche di valutare tutte le possibili opzioni implementabili e non solo quelle a pagamento, rendendo possibile una riduzione della spesa con un aumento della qualità del servizio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	filippobartoccioni@gmail.com	Città	Roma

16. L'OPEN SOURCE "DIGITAL DECISION TREE" COME STRUMENTO DI HTA PER SCELTE PIÙ TRASPARENTI E RENDICONTABILI

Bartoccioni F¹, Dubinski M², Pacchiarini D¹

¹Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, ²La Treggia Edizioni

BACKGROUND Acquistare ovvero implementare una nuova tecnologia spesso si traduce nello scartare l'implementazione di un'altra a causa della carenza cronica di risorse.

OBIETTIVI L'obiettivo del nostro lavoro è quello di utilizzare una metodologia di supporto alle decisioni quanto più oggettiva, accountable e trasparente possibile. Utilizzando il modello, scientificamente riconosciuto, degli alberi decisionali le scelte diventano sicuramente più obbiettive e trasparenti come si evince dai numerosi studi in letteratura di algoritmi decisionali clinici che sfruttano questo metodo. I problemi nell'uso di tale metodo sono la complessità e la non immediata versatilità e adattabilità anche a piccole modifiche.

METODI Abbiamo sviluppato un software, gratuito su internet, che sfruttando gli alberi decisionali calcola in base alle caratteristiche della singola tecnologia e all'importanza pesata di ognuna di esse un punteggio così da poter creare una graduatoria di importanza permettendo di confrontare diverse tecnologie tra loro. Le caratteristiche in esame sono state scelte dalla letteratura internazionale in particolare tramite le linee guida inglesi (NICE) e canadesi (CADTH) e quindi il peso è stato rivisto e adattato in base alla realtà locale.

RISULTATI L'interfaccia semplice dell'applicazione ha permesso di sfruttare al meglio una metodologia difficile ma affidabile, oggettiva e trasparente rendendola intuitiva e versatile. Sicuramente il software offre una base solida per il decision making con regole chiare e pesi scelti a priori per tutte le tecnologie in esame rendendo la "black box" del decision making più intuibile e rendicontabile.

CONCLUSIONI Lo strumento è risultato semplice ed utile anche se sicuramente può essere migliorato nel tempo. Sicuramente la gratuità del software e la chiarezza delle formule di calcolo può favorire una rapida implementazione e un uso su più ampia scala in un ottica di open source anche un miglioramento continuo della qualità dello stesso software.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartoccioni Filippo	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	06 58702433	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	06 58702503	CAP	00151
E-mail	filippobartoccioni@gmail.com	Città	Roma

17. LE BUONE PRATICHE: IL “DIFFICILE” PASSAGGIO AD UNA SCHEDA TERAPEUTICA UNICA (STU)

Bartolozzi F, Caliciotti C, Antonelli S, Palombi A

Policlinico Universitario Campus BioMedico

BACKGROUND L’adozione della Scheda Terapeutica Unica (STU) è indicata dal Ministero (Raccomandazione per la sicurezza n.7) per la riduzione del rischio di errore in terapia farmacologica. Le evidenze di letteratura dimostrano che è ormai ora di superare le vecchie schede di prescrizione e somministrazione a rischio di errore sia per il formato grafico che per il delicato aspetto della trascrizione su un foglio diverso. Tuttavia l’adozione della STU si scontra con la generale resistenza al cambiamento e con la necessità di un adeguato studio di tutti gli aspetti grafici, che devono essere ulteriori strumenti di gestione del rischio. Sono state descritte e utilizzate differenti forme di STU da adattare alle realtà ospedaliere: giornaliera, plurigiornaliera, settimanali.

OBIETTIVI Per poter coinvolgere gli operatori nel cambiamento si è deciso di strutturare il percorso in due obiettivi: 1- Identificare le dimensioni del problema “rischio di errore in terapia” presso il Policlinico Campus Bio-Medico. 2- Valutare insieme agli operatori coinvolti l’efficacia di diversi modelli di STU, per valutare quello che dimostra di adeguarsi meglio alla realtà dei reparti. 2- Valutare l’efficacia di diversi modelli di STU.

METODI A partire dal 2008 è stato avviato un percorso coordinato dalla Direzione Sanitaria e dalla Direzione Infermieristica suddiviso in differenti fasi: a) una analisi retrospettiva su 2558 prescrizioni effettuate in cartella medica e relative somministrazioni registrate in scheda infermieristica per identificare (sulla base dei parametri di Buona Pratica della gestione terapeutica della Raccomandazione del Ministero) eventuali rischi o errori avvenuti nella fase di prescrizione - trascrizione; b) discussione dei risultati con clinici e infermieri per renderli edotti del problema con dati non solo di letteratura, ma che si riferivano alla propria realtà quotidiana; c) creazione di un gruppo di lavoro per la definizione di possibili e differenti formati di STU; d) sperimentazione di una STU giornaliera in un reparto chirurgico; e) sperimentazione di una STU triggiornaliera in un reparto chirurgico; f) verifica retrospettiva delle STU utilizzate, sulla base degli stessi parametri valutati nello studio in fase a) e raccolta di interviste e opinioni degli operatori coinvolti nella sperimentazione.

RISULTATI L’analisi retrospettiva ha evidenziato che nel 30,4% delle prescrizioni/trascrizioni erano presenti dei laps in grado di portare ad un errore. Tale rischio era più elevato nei reparti chirurgici. Le conclusioni di tale studio sono state utilizzate come stimolo per far capire al personale che il problema era qualcosa di attuale e convincerlo a sperimentare l’utilizzo di una STU. Poter utilizzare dei dati provenienti dalla propria realtà per evidenziare il problema si è rivelato vincente nel coinvolgimento degli operatori. Sono stati elaborati due modelli di STU: una giornaliera, preferita dal personale infermieristico che è così più certo delle prescrizioni; una triggiornaliera, preferita dal personale medico. La sperimentazione della STU giornaliera è avvenuta a gennaio-febbraio 2010 nel reparto di Urologia: sono state analizzate 216 STU che hanno evidenziato possibili laps (soprattutto nella presenza della firma del medico) nell’11% dei casi. La sperimentazione della STU triggiornaliera è avvenuta a luglio-settembre 2010 sempre in Urologia: sono state analizzate 283 prescrizioni. In questo caso il dato riassuntivo sul rischio di errore è stato del 7.6% e ha nuovamente riguardato prevalentemente la firma del prescrittore.

CONCLUSIONI L’adozione di una STU, indipendentemente dal formato, garantisce prestazioni appropriate e sicure, integra responsabilità e competenze dei professionisti, indirizza il medico nella prescrizione, evita il delicato passaggio trascrittivo, agevola l’identificazione del paziente. Restano problemi nella completa tracciabilità del percorso (firma di infermieri e medici): una informatizzazione della STU li risolverebbe, così come quelli connessi alla scelta del formato (giornaliera, plurigiornaliera) migliore. La formazione è necessaria per vincere le barriere al cambiamento. Tuttavia l’osservazione che il personale si sia sentito maggiormente coinvolto nel momento in cui ha visto che i dati presentati si riferivano a loro errori reali, è stata una modalità che l’Azienda ha deciso di riproporre anche per ulteriori studi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bartolozzi Francesco	Istituzione	Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
Telefono	334 6966405	Indirizzo	Via Alvaro del Portillo, 200
Fax	06 225411028	CAP	00128
E-mail	f.bartolozzi@unicampus.it	Città	Roma

18. USO DI PALONOSETRON NEL TRATTAMENTO DELL'EMESI IN ONCOLOGIA: CONFRONTO TRA EBM ED EBP IN DUE CENTRI ONCOLOGICI SICILIANI A SEGUITO DELLA GARA REGIONALE

Bellavia G¹, Scorsone C¹, Rizza G², Cascone V²

¹Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, ²Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa

BACKGROUND L'analisi delle Linee Guida Internazionali (LG) più aggiornate per il trattamento dell'emesi in oncologia, MASCC/ESMO, NCCN, ASCO, AIOM, evidenzia come trattamento di scelta nella profilassi dell'emesi acuta indotta da farmaci antitumorali altamente emetogeni, l'utilizzo di una terapia tripla comprendente un antagonista NK1-R, desametasone e un antagonista 5HT3-R, di preferenza palonosetron (NCCN); mentre per farmaci antitumorali moderatamente emetogeni un'associazione di questi ultimi due. La gara centralizzata dei farmaci nella Regione Sicilia ha previsto un lotto omogeneo per la classe degli antiemetici antagonisti 5HT3-R, con aggiudicazione di ondansetron e tropisetron ed esclusione di palonosetron, che viene quindi dispensato nei due ospedali oggetto dello studio, solo su richiesta nominativa motivata.

OBIETTIVI Valutare l'aderenza nella pratica clinica alle Linee Guida sul trattamento dell'emesi per l'utilizzo di palonosetron, in regimi di chemioterapia altamente e moderatamente emetogena in 2 ospedali siciliani, a seguito della restrizione d'uso indotta dalla gara regionale centralizzata.

METODI Sono state analizzate le prescrizioni di palonosetron nel periodo novembre 2010- ottobre 2011, attraverso i database delle UFA di Sciacca e Ragusa e confrontata l'appropriatezza d'uso con le linee guida internazionali.

RISULTATI Il palonosetron per i regimi di chemioterapia altamente emetogena viene utilizzato nel 16% dei protocolli a Ragusa e nell'59,2% a Sciacca, nello specifico: negli schemi AC/EC/FEC 12% vs 97%, CDDP mono 67% vs 50%, CDDP in associazione 17% vs 24,4% rispettivamente. Nella chemioterapia moderatamente emetogena il palonosetron viene utilizzato nel 4,4% dei casi a Ragusa e nel 33,7% a Sciacca (OXALIPLATINO in mono o associazione 4% vs 41%, ANTRACICLINE in mono o associazione 11,5% vs 69%, CBDCA in associazione 11% vs 20%, IRINOTECAN in mono o associazione 0% vs 42%). L'uso di palonosetron si attesta all'1% sul totale dei 5HT3-AR iniettivi a Ragusa dove prevale l'uso di ondansetron 67%, seguito da tropisetron 32%; mentre a Sciacca il palonosetron viene utilizzato per il 32% seguito dall'ondansetron (65%) e granisetron derivante da scorte di magazzino per il 1,8%.

CONCLUSIONI La variabilità nell'utilizzo del palonosetron tra i due ospedali per le chemioterapie altamente emetogene denota per Ragusa, pur nel rispetto delle linee guida, una marcata tendenza ad adeguarsi alle aggiudicazioni della gara centralizzata regionale per il lotto omogeneo 5HT3-AR con prevalente utilizzo di ondansetron, mentre per Sciacca una propensione ad attenersi alle linee guida internazionali NCCN. L'aggiudicazione della gara centralizzata, seppur in% diverse, ha influenzato i due centri oncologici siciliani nell'utilizzo del palonosetron, determinando un'aderenza solo parziale alle LG, soprattutto nelle terapie moderatamente emetogene in cui ne viene espressamente raccomandato l'uso.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Rizza Giuseppina	Istituzione	Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa
Telefono	0932 600127	Indirizzo	Piazza Caduti di Nassirya
Fax	0932 600127	CAP	97100
E-mail	rizza@asp.rg.it	Città	Ragusa

19. PRATICARE IL GOVERNO CLINICO NELLA AZIENDA USL 4 DI PRATO

Bellomo F, Sergi A, Dreoni P, Bressan F, Mannelli G, Bardelli R, Paoli R, Cecchi S, Perruccio PL

Azienda USL 4 Prato

BACKGROUND Governo clinico, organizzazione, qualità dei servizi sanitari, percorsi diagnostico terapeutici e sostenibilità del sistema rappresentano gli ingredienti tipici nella definizione della pianificazione strategica delle Direzioni delle Aziende Sanitarie. A tali principi si associa l'immediata declinazione di concetti quali efficacia, efficienza, appropriatezza, gestione del rischio. Esiste poi l'accezione del mondo clinico che si focalizza principalmente sulle prove di efficacia clinica, le linee guida e gli audit clinici e il legittimo desiderio del cittadino di veder aumentate le opportunità di cura ed ancora di più gli esiti delle cure praticate.

OBIETTIVI Esercitare l'azione di governo clinico, agendo sul clima aziendale attraverso un sistema di rete dei servizi intra-aziendali, che identifica quattro dimensioni: scientifica, etico deontologica, di pianificazione e controllo, di misurazione delle performance.

METODI Dimensione Scientifica: i PDTA. Un elemento unificante delle diverse professionalità coinvolte è il sistema integrato di valutazione delle performance sanitarie della regione toscana. Un secondo elemento funzionale al progetto è stato instaurare una metodologia formativa ispirata all'Action Research. Dimensione Etico-Deontologica: la partecipazione del cittadino e dell'operatore sanitario. Nella Azienda USL 4 di Prato la partecipazione del cittadino si realizza utilizzando la griglia di valutazione metodologica AGREE (una check list per la valutazione della qualità di linee guida per la pratica clinica, che considera la presenza od assenza di rappresentanti dei pazienti nel board di realizzazione) e attivando collaborazioni con Associazioni di pazienti presenti nel territorio pratese. o direttamente con i cittadini laddove non fossero presenti associazioni di riferimento. La partecipazione dell'operatore sanitario avviene in tutte le fasi di implementazione della linea guida. Si costituisce un team multidisciplinare e multiprofessionale costituito da rappresentanti di tutte le figure coinvolte, utilizzatori finali, funzioni di supporto e fornitori di servizi. Dimensione di pianificazione e controllo (BUDGET) e verifica delle performance: il sistema di negoziazione di Budget, riservato alle figure dirigenziali dell'azienda, è progressivamente aperto a tutti gli operatori. Sono coinvolti tutti gli operatori che hanno un ruolo attivo nei percorsi ed anche condividono gli obiettivi, le modalità per perseguirli. L'identificazione degli elementi oggetto di verifica è sviluppata secondo il modello perimetrale. Tale modello identifica l'interfaccia di una unità operativa con l'intero sistema Azienda e quindi l'elemento di raccordo implicato nella clinical governance, mentre l'area contenuta nel perimetro contiene i processi che si svolgono all'interno dell'unità operativa, sotto il controllo dei clinici. Tale sistema sembra possa rappresentare un possibile punto di contatto per passare da un sistema di controllo per unità operative a quello per percorsi diagnostico terapeutici.

RISULTATI Nella nostra Azienda abbiamo sviluppato, in base ai criteri succitati, un sistema strutturato per la realizzazione dei percorsi che ha cominciato le sue attività nella primavera 2008. Con un gruppo di operatori dell'Azienda (42 in rappresentanza di tutte le aree) si sono definiti i PDTA da realizzare; un gruppo ristretto di operatori (formati EBP nel 2004 e sull'implementazione delle linee guida) con la Direzione Aziendale ha definito le priorità e quindi si è attivato il processo di implementazione di linee guida. A tutt'oggi si è avviata la implementazione di 29 percorsi, di cui 5 in attesa di deliberazione aziendale e 6 formalizzati attraverso atto aziendale (Scompenso Cardiaco, BPCO, Politrauma, Dolore toracico, sincope, affidamento precoce del neonato prematuro). Stanno partecipando ai lavori 222 tra medici, infermieri, tecnici ed operatori dei servizi sociali.

CONCLUSIONI Solo una strategia complessa aziendale può determinare una buona probabilità di cambiamento nei comportamenti professionali che abbiano un impatto sull'organizzazione. La realizzazione dei PDTA consente agli operatori coinvolti nel processo di razionalizzare ed esplicitare i processi organizzativi che fortemente dipendono non solo di qualità professionale, ma che richiedono anche una comunicazione efficace, un linguaggio comune, obiettivi condivisi coerenti alla vision aziendale. Il passaggio dalla teoria alla pratica, cioè dalle prove scientifiche alla pratica clinica richiede la definizione di strategie differenziate.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bellomo Francesco	Istituzione	Azienda USL 4 Prato
Telefono	0574 407051	Indirizzo	Piazza dell'Ospedale, 5
Fax	0574 407083	CAP	59100
E-mail	fbellomo@usl4.toscana.it	Città	Prato

20. LA CREAZIONE DELLE “BASI EMOTIVE” NECESSARIE AL SUCCESSO DEI CORSI DI FORMAZIONE SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Beltramello C¹, Sagazio T², Martin S¹, Querzola B²

¹CERMET Bologna, ²Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

BACKGROUND La gestione del rischio clinico è diventata una priorità per le Aziende Sanitarie. Per garantire la sicurezza dei pazienti è essenziale una svolta culturale da parte di tutti operatori. Nel recente passato molte iniziative formative sono state progettate e offerte al personale sanitario di tutti i livelli. Tuttavia le ricadute di tali interventi formativi sono state spesso insufficienti. L'ULSS di Vicenza, che include anche due importanti presidi ospedalieri, ha deciso di formare l'intero personale sanitario (medici, tecnici, infermieri, OSS) sulla gestione del rischio clinico attraverso un progetto biennale con circa 85 edizioni di un corso di tre giornate.

OBIETTIVI Garantire una formazione di base omogenea e completa a tutto il personale sanitario dell'ULSS di Vicenza (circa 4000 operatori) sulla gestione del rischio clinico per ottenere ricadute immediate sui livelli di sicurezza dei pazienti in particolare presso i due presidi ospedalieri (Ospedale San Bortolo di Vicenza e Ospedale di Noventa).

METODI Il corso inizialmente era strutturato in modo “classico” ovvero era molto incentrato sugli strumenti di rilevazione dei rischi e sugli strumenti di analisi reattivi e proattivi. Dalle prime verifiche a posteriori nelle unità operative si è constatato che però tali strumenti non venivano utilizzati nella realtà di lavoro quotidiana. Di fatto, attraverso la formazione, si stavano fornendo degli strumenti senza creare prima le basi per far emergere il bisogno di utilizzarli. (Il 95% degli operatori dichiara a inizio corso di non conoscere nulla di gestione del rischio clinico). Nelle successive edizioni il corso si è quindi evoluto nel creare le esigenze emotive per affrontare la gestione del rischio clinico. Attualmente, il contenuto è incentrato a far percepire (emotivamente) il problema della sicurezza dei pazienti. Una volta creato il bisogno, vengono poi forniti gli strumenti di rilevazione e di analisi. Il passaggio psicologico di “sentire il bisogno” di occuparsi di sicurezza dei pazienti è tutt'altro che scontato. Vi è un parallelismo con l'ambito della sicurezza degli operatori: sono stati necessari più di 10 anni per modificare comportamenti pericolosi e far utilizzare sistematicamente i dispositivi di protezione individuale. E si trattava della “sicurezza di sé”. I punti chiave individuati sui quali fare leva emotiva sono i seguenti: - Distinguere con discussione collettiva i danni inevitabili dai danni evitabili nei processi di diagnosi e cura. - Condividere quale possa essere la percentuale “accettabile” di trasfusioni sbagliate oppure di potassio sovradosato oppure di intervento chirurgico eseguito su lato errato. Far capire che lo zero che sempre viene dichiarato non accade “naturalmente”. - Confrontare, per l'Italia, il numero di decessi all'anno per incidenti stradali (circa 4.500) e in ambito lavorativo (circa 1.000 all'anno) con le stime dei decessi evitabili in ambito sanitario (da 20.000 a 60.000) e affrontare i motivi che rendono i primi due molto più percepiti come emergenze. - Affrontare in modo esplicito le barriere emotive che nascono nel dover accettare che una professione scelta per contribuire a ridurre “malattia e morte”, può anche causare “malattia e morte”. - Discutere dell'importanza dei ritrovamenti delle scatole nere degli aerei una volta avvenuta una catastrofe. - Far vedere foto con: adolescenti in motorino senza casco; madri che fumano a lato dei propri bimbi molto piccoli; bambini in auto senza seggiolini di sicurezza. Chiedere che cosa ne pensino. Chiedere poi cosa avrebbero risposto 30 anni fa. Il parallelismo con la sicurezza dei pazienti avviene naturalmente. - Parlare di alcuni personaggi storici in ambito sanitario che per primi hanno avuto intuizioni nell'ambito della sicurezza dei pazienti e che sono tutti stati “rigettati” dall'entourage medica del loro tempo: Semmelweis, Codman, Cooper. Discuterne i motivi. - Dimostrare con esempi portati dai discenti stessi, che il contenuto informativo dei quasi-eventi e degli incidenti senza danno è identico al contenuto informativo degli incidenti con danno o addirittura con la morte dei pazienti. - Condividere le ragioni logiche per passare dal modello “della colpa” al modello “sistemico o organizzativo” trovandosi di fronte ad un errore.

RISULTATI La percezione di utilità del corso è aumentata (voto da 5,3 a 5,8 su 7 e commenti scritti molto migliori riferiti all'applicabilità) così come le ricadute nelle unità operative (sebbene ancora solo empiricamente riferibili dato il poco tempo trascorso).

CONCLUSIONI Incentrare i corsi di formazione sulla gestione del rischio clinico solo sugli strumenti tecnici senza prima creare le “basi emotive” per far percepire come utili tali strumenti, ha poche ricadute nella pratica clinica quando rivolti a tutto il personale di una azienda sanitaria. Creare tali “basi emotive” è possibile.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Beltramello Claudio	Istituzione	CERMET Bologna
Telefono	0423 494850	Indirizzo	Via Monte Grappa, 15
Fax	0423 494850	CAP	31033
E-mail	claudio@clappy.it	Città	Castelfranco Veneto

21. TOSSICOLOGIA FORENSE IN PRONTO SOCCORSO
Bendelari V, Calò LC
<i>AOU Ospedali Riuniti di Ancona</i>

BACKGROUND La necessità di coniugare il rispetto della normativa al ricevimento della Richiesta di Accertamenti Urgenti sulla Persona (RAUP), con i tempi ristretti e caotici del pronto soccorso ha portato la nostra SOD, dal 2009, ad adottare un protocollo che identifichi i percorsi, le modalità di prelievo e di trattamento dei campioni biologici finalizzati ad accertamenti forensi con riferimento al Codice della Strada (articolo 186 e/o 187).

OBIETTIVI Individuare per ogni fase del percorso, dal ricevimento al triage della RAUP alla dimissione del paziente, un responsabile al fine di ridurre gli errori e le contaminazioni sui campioni prelevati. Coinvolgere tutti gli operati delle SOD coinvolte nel campionamento e nella gestione e del prelievo, nonché del referto. Coinvolgere la SOD nel solo tempo del prelievo per RAUP ed escluderla dai compiti riguardanti gli aspetti legali riguardanti il referto dell'esame.

METODI All'arrivo della RAUP, l'infermiere del triage allerta il medico e l'infermiere che hanno in cura il paziente. Su tali prelievi hanno precedenza per quanto riguarda il percorso all'interno del Pronto Soccorso: • le azioni terapeutiche finalizzate alla stabilizzazione del quadro clinico in situazione d'emergenza; • le azioni finalizzate all'inquadramento clinico del paziente in situazione d'emergenza (indagini di diagnostica per immagini, indagini laboratoristiche, strumentali). Il medico ha il compito di formare il consenso all'esecuzione del prelievo. La procedura prevede, oltre all'informazione verbale, la consegna di un documento cartaceo che viene dato all'interessato. L'infermiere di sala dietro indicazione del medico esegue il prelievo. Il prelievo di sangue e di urine viene effettuato, quando possibile, in momento temporalmente diverso dai prelievi per esami clinici ed in un lasso di tempo il più vicino possibile al ricevimento della R.A.U.P. Il prelievo di sangue viene effettuato con l'utilizzo di disinfettante privo di contenuto alcolico indicando estesamente il nome commerciale; la sede ove è stato eseguito il prelievo per esame tossicologico; eventuale descrizione della sede ove è/sono in atto infusione/i di fluidi. I prelievi vengono inviati, in busta chiusa, al laboratorio analisi. Sono previste nell'ambito del percorso sopra definito situazioni "particolari" che escono da uno svolgimento "lineare": 1. paziente con G.C.S. pari a 15 che non fornisce consenso; 2. paziente con G.C.S. inferiore a 15 che non fornisce consenso; 3. paziente in stato di coma; 4. paziente che non firma nessun documento/non collaborante; 5. paziente che abbandona il P.S. senza il consenso del medico; 6. paziente dimesso dal P.S. prima dell'arrivo della R.A.U.P.

RISULTATI Drastica diminuzione delle RAUOP smarrite e/o non evase. Riduzione dei tempi di esecuzione degli esami con l'instaurarsi di manualità e automatismi.

CONCLUSIONI In un primo momento il protocollo non era stato accolto di buon occhio, in un reparto caotico quale il pronto soccorso, successivamente a seguito dell'instaurarsi di automatismi il protocollo viene visto come strumento utile per rendere più elastica la procedura e per velocizzare i tempi di evasione della RAUP.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bendelari Valentina	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 5363079	Indirizzo	Via Conca, 71
Fax	071 5963012	CAP	60100
E-mail	ciotta76@gmail.com	Città	Ancona

22. INTEGRAZIONE QUALITÀ E RISCHIO CLINICO: NON CONFORMITÀ, INCIDENT REPORTING, EVENTI SENTINELLA
Besozzi Valentini F, Zorzi F, Bertoli B, Salvini D
<i>ASL Vallecamonica Sebino</i>

BACKGROUND L'implementazione del Sistema Qualità secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2008, attraverso la definizione e il monitoraggio dei processi, la standardizzazione delle prestazioni, l'identificazione di indicatori e di non conformità, modulandosi dinamicamente alle aspettative e alla soddisfazione del cittadino-cliente, persegue e consente il miglioramento delle performances sanitarie cliniche, assistenziali, preventive e riabilitative. Il Risk Management identifica specificatamente i rischi e gli eventi avversi del sistema di erogazione di servizi sanitari e prevede la capacità di rilevare, valutare e correggere gli errori tramite un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali. Entrambi i sistemi presuppongono l'adozione di metodi e strumenti idonei per l'intercettazione delle criticità e la progettazione di azioni preventive e correttive.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è la valutazione della possibilità di integrare i due sistemi, Qualità e Rischio Clinico, che condividono gli stessi intenti, seppure con metodologie differenti, ma certamente compatibili ed efficaci se poste in sinergismo tra loro.

METODI Definire e uniformare le modalità di gestione delle non conformità (NC) e degli incident reporting (IR) al fine di monitorare i processi sanitari e di tutelare la sicurezza dei pazienti e degli operatori, mediante l'identificazione delle condizioni di rischio, l'analisi intensiva degli eventi sentinella e l'implementazione di azioni preventive e correttive.

RISULTATI La valutazione dei report contenenti le NC cosiddette "minori", ovvero non impattanti con la sicurezza del paziente, rilevate dai reparti negli anni 2009 e 2010, ha messo in luce una non completa consapevolezza da parte degli operatori circa la loro classificazione e l'individuazione delle azioni necessarie per il superamento delle stesse. Tale aspetto è risultato correlato alla presenza di numerosi strumenti di rilevazione, non sempre esaustivi e spesso ripetitivi: modulistica per l'IR, per le non NC "minori" e per quelle "maggiori". Si è proceduto pertanto ad una rivalutazione dell'intera tematica che ha generato la riclassificazione di tutte le circostanze correlate agli aspetti della sicurezza del paziente. Le obsolete NC "minori e maggiori" e gli incident reporting sono confluiti in tre nuove categorie. NC di tipo I (che non incidono con il servizio complessivo offerto), di tipo II (che impattano sulla sicurezza del paziente e/o dell'operatore e possono causare un danno) e di tipo III (eventi sentinella - che hanno generato un grave danno al paziente o morte). Appartengono alla tipologia II le NC rilevate durante l'audit e gli IR, segnalati spontaneamente dagli operatori. È stato emesso un unico documento di rilevazione, supportato da una scheda che, oltre a guidare gli operatori nella identificazione degli eventi, permette una schematica classificazione dei rischi suddivisi per ambito: security (furti e smarrimento di effetti personali, atti di violenza o minaccia a danno di operatore, scomparsa di paziente, non identificazione del sito chirurgico, chiamata/accompagnamento per indagini/terapie paziente errato, situazione/materiale non correttamente predisposto per l'urgenza); diagnostico-chirurgico (non corretta gestione del time out, ritardo di refertazione di indagini diagnostiche o consulenze, mancata esecuzione di indagini diagnostiche o consulenze o prestazioni, mancata/insufficiente informazione per il follow up, non corretta preparazione del paziente per indagini/interventi diagnostico-terapeutici); terapeutico-farmacologico (errori nella prescrizione, preparazione e somministrazione di farmaci e diete, eventi indesiderati durante la sedazione e l'anestesia); documentazione clinica (scambio, smarrimento di documentazione clinica, scambio di etichette identificative del paziente, errori di anagrafica, errori di registrazione, non completa compilazione). Le segnalazioni sono valutate dal Risk Manager (RM) secondo i parametri della probabilità e del danno potenziale o reale. Gli eventi di particolare significato sono considerati non conformità e come tali sono trattati e documentati. Gli eventi sentinella segnalati dai reparti o intercettati da RM sono segnalati al Ministero della Salute con le modalità definite dal protocollo ministeriale. Per tutte le tipologie di NC sono individuate specifiche azioni correttive o preventive, utilizzando i criteri del Sistema Qualità e specifici strumenti di Risk Management, tra i quali la root cause analysis e l'audit clinico. Al fine di condividere la nuova metodologia con le funzioni aziendali interessate e con gli operatori è stata aggiornata la procedura aziendale divulgata tramite incontri formativi d'aula e formazione a distanza (FAD).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bruna Bertoli	Istituzione	ASL Vallecamonica Sebino
Telefono	0364 369368	Indirizzo	Via Nissolina, 2
Fax	0364 369368	CAP	25040
E-mail	qualita@aslvallecamonicasebino.it	Città	Esine

23. LA COSTITUZIONE DI UNA RETE DI “REFERENTI” PER LA RICERCA INFERMIERISTICA E L'EVIDENCE-BASED PRACTISE ALL'ISTITUTO ONCOLOGICO DELLA SVIZZERA ITALIANA (IOSI)

Bianchi M, Valcarengi D

Istituto Oncologico della Svizzera Italiana

BACKGROUND Molte ricerche hanno documentato come, pur a fronte di una diffusa consapevolezza sull'utilità dell'Evidence-Based Practise (EBP), vi sono ancora solide barriere all'implementazione di tale approccio professionale, sia fra i medici e sia tra gli infermieri, anche se con accenti diversi nelle due categorie professionali (Ubbink et al, 2011; Ya-Wen Chiu et al., 2010). Tra i principali fattori ostacolanti vi sono: la mancanza di tempo e gli alti carichi di lavoro, la mancanza di conoscenze (soprattutto metodologiche) e il non facile reperimento delle evidenze nel proprio contesto operativo (Ubbink et al., 2011; Majid et al., 2011). Tra i fattori favorenti, vi è molto accordo sull'importanza della formazione finalizzata a sviluppare tali competenze, anche se non può essere considerata una condizione sufficiente. Uno studio effettuato recentemente sugli infermieri laureati in Svezia, e molto preparati sui temi dell'EBP, ha evidenziato come solo in piccola parte questi infermieri riescono ad applicare i principi dell'EBP nella loro pratica clinica, dopo pochi anni di lavoro. Il processo d'implementazione dell'EBP, anche in presenza di operatori sanitari molto preparati, oltre che essere complesso è quindi anche molto lento ed è inoltre condizionato dai fattori di contesto locale e dal ruolo effettivamente assegnato alle infermiere all'interno dell'organizzazione (Boström et al., 2009).

OBIETTIVI Presentare la strategia del Servizio Infermieristico e dell'Ufficio Sviluppo e Ricerca infermieristica per individuare e istituzionalizzare la funzione degli infermieri “referenti” per la ricerca infermieristica e lo sviluppo dell'EBP.

METODI Nell'estate del 2010 è stata effettuata un'indagine tra gli infermieri dello IOSI, con lo scopo di rilevare le loro opinioni in merito ai temi della ricerca infermieristica e dell'EBP. Si è anche chiesta la loro disponibilità a svolgere in futuro un ruolo di “referente” su tali argomenti. Circa il 22,4% degli infermieri dello IOSI (n° 22 su 98), ha dato la sua disponibilità, in rappresentanza di quasi tutte le unità operative dell'Istituto. Le funzioni attribuite a tali infermieri, formalizzate attraverso una lettera, sono state: o rilevare le potenziali “domande di ricerca infermieristica” e/o le necessità di miglioramento che nascono nel proprio contesto operativo; o individuare i “casi assistenziali” e/o le situazioni che sarebbe opportuno sottoporre a revisione critica; o diffondere fra i colleghi le “evidenze” pertinenti con l'attività professionale svolta nel proprio reparto/servizio; o collaborare ai futuri progetti di ricerca infermieristica; o sensibilizzare i propri colleghi sull'importanza della ricerca infermieristica e sull'utilizzo delle “evidenze” per orientare la propria azione professionale; o contribuire all'aggiornamento dello “SharePoint” della ricerca infermieristica sull'intranet aziendale e svolgere eventualmente funzione di formatori, su argomenti specifici. I referenti devono mantenere un costante collegamento con l'Ufficio centrale e hanno la priorità per la partecipazione a corsi e/o convegni sulla ricerca e sull'EBP. Per le comunicazioni con loro si utilizzano soprattutto: la posta elettronica, una piattaforma informatica specifica (Sharepoint della ricerca infermieristica) e gli incontri periodici.

RISULTATI Attraverso la rete dei referenti sono stati finora presentati e discussi, durante incontri collegiali, due articoli d'interesse professionale (da loro segnalati). Tre di loro hanno partecipato ad un corso sulla ricerca infermieristica, organizzato in collaborazione con l'università locale (SUPSI) e due stanno contribuendo alla realizzazione di due ricerche finanziate a livello aziendale. Per la prima volta sono state avanzate all'Ufficio Sviluppo e Ricerca Infermieristica due possibili “domande” di ricerca, che potrebbero essere sviluppate nel prossimo futuro. Una di tipo organizzativo e una di tipo clinico. Sono state avviate anche collaborazioni per presentare all'esterno le esperienze maturate nelle nostre unità operative. Una di queste ha vinto il primo premio ad un concorso promosso dall'Associazione delle Cure Oncologiche Svizzere, nell'anno 2010.

CONCLUSIONI All'interno di un Istituto già orientato a promuovere la ricerca e il miglioramento continuo, la decisione strategica della Direzione Infermieristica d'investire in uno specifico Ufficio Sviluppo e Ricerca, che a sua volta ha cercato di costruire una rete interna di collaboratori (i “referenti”), sensibili alla tematica, sta iniziando a dare i suoi frutti. La comunicazione, inizialmente di tipo top-down, è diventata anche di tipo bottom-up, avviando in modo strutturato uno scambio d'informazioni e collaborazioni fra due mondi, quello della ricerca e quello della prassi, ancora oggi abbastanza distanti. L'impegno è quello di continuare con costanza a mantenere vivo questo canale di comunicazione/collaborazione che confidiamo possa portare buoni frutti ad entrambi, ma soprattutto a coloro che abbiano necessità di cura e assistenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bianchi Monica	Istituzione	Istituto Oncologico della Svizzera Italiana
Telefono	0041 91 8118053	Indirizzo	c/o Ospedale San Giovanni
Fax	0041 91 8119044	CAP	CH 6500
E-mail	monica.bianchi@eoc.ch	Città	Bellinzona (Svizzera)

24. IL PROGETTO VEDICLIS. AUDIT CLINICO SULLA GESTIONE DEL DIABETE TIPO II NELLE CURE PRIMARIE. FASE 4: ANALIZZARE LE BARRIERE DEL PAZIENTE DIABETICO PER INDIRIZZARE IL MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE

Bianchi A, Vaona A, Rigon G, Pasini A, Zamboni C, Del Zotti F, Andreoli C, Girotto S

Azienda ULSS 20 Verona

BACKGROUND Il diabete tipo II è una patologia che per prevalenza, durata e complessità nella maggioranza dei casi è appropriato venga gestita a livello di cure primarie. Il SSN necessita che il ruolo giocato dalle cure primarie in questa patologia sia valorizzato e migliorato. Il Progetto Vediclis va in questa direzione: è un audit clinico finalizzato al miglioramento della gestione del paziente diabetico condotto su 30 medici di famiglia (Mdf) della Provincia di Verona che si propone come fase pilota di progetti aziendali o regionali. La Fase 1 ha previsto una misurazione sistematica della performance reale (baseline) con l'utilizzo di 30 indicatori desunti dalle migliori linee guida; la Fase 2 ha previsto una valutazione dello scostamento tra la performance del gruppo e altre performance reali locali, nazionali e estere (benchmark) e tra il livello reale e il livello di performance auspicato dagli stessi medici partecipanti. La Fase 3 ha sperimentato un sistema di analisi delle barriere incontrate dai Mdf nel miglioramento della performance.

OBIETTIVI Poiché il miglioramento della performance sugli indicatori di esito intermedio non dipende solo dal Mdf, obiettivo della Fase 4 è sperimentare un sistema di analisi della barriere incontrate dal paziente nel seguire le raccomandazioni fornitegli per affrontare la sua patologia.

METODI Sono stati ritenuti non utilizzabili i modelli disponibili in letteratura per l'analisi della barriere incontrate dai pazienti, perché non tarati sulle raccomandazioni che questi devono ricevere. In un focus group tra 7 membri del direttivo Vediclis e 12 diabetici iscritti all'Associazione Diabetici Verona è stato elaborato ex-novo un questionario di analisi delle barriere incentrato sulle raccomandazioni che i pazienti diabetici devono ricevere secondo le Linee Guida SIGN 2011. Il nuovo questionario è stato sottoposto ad una triplice fase pilota che ha previsto il collaudo sui pazienti diabetici che avevano collaborato alla sua realizzazione (1), su un numero limitato di pazienti diabetici assistiti da medici non inseriti nel Progetto Vediclis (2), il feedback di un diabetologo esterno al progetto (3); il questionario è stato quindi somministrato ad un campione rappresentativo dei pazienti diabetici assistiti dai 30 medici inseriti nel Progetto Vediclis. Ai pazienti è stato richiesto di pesare ogni barriera assegnando ad essa un punteggio proporzionale al peso che essa riveste nella vita quotidiana. Ogni area di indagine e ogni barriera è stata valutata con il calcolo del coefficiente tra la somma dei pesi assegnati e la somma dei pesi massimi assegnabili.

RISULTATI Sono state indagate le barriere di conoscenza, opinione, abitudine e dotazione relative alle raccomandazioni sulle seguenti aree: alimentazione (16 barriere), attività fisica (18 barriere), abbandono del fumo (8 barriere), follow-up della malattia (14 barriere), assunzione della terapia orale (10 barriere), assunzione della terapia insulinica (qualora prevista, 15 barriere), automonitoraggio della glicemia (qualora previsto, 8 barriere). Il calcolo per ciascuna di queste aree di un coefficiente di difficoltà ha consentito di individuare le aree più meritevoli di intervento. All'interno di ciascuna area è stato rilevato un coefficiente di peso per ogni barriera esaminata in modo da evidenziare le barriere con maggior impatto, ovvero quelle che necessariamente devono essere affrontate per perseguire il miglioramento della adesione alle raccomandazioni per quell'area. Sono state inoltre indagate le reali conoscenze del paziente in relazione alle complicanze del diabete e al timing del follow-up, la sua percezione e soddisfazione sul "registra delle cure" (Mdf o CAD), l'opinione sulla completezza del questionario somministrato oltre alle variabili anagrafiche e legate alla patologia.

CONCLUSIONI Il sistema di analisi delle barriere incontrate dal paziente diabetico nel seguire le raccomandazioni previste dalle Linee Guida, costruito con il contributo dei pazienti diabetici "esperti", consente di individuare con precisione le barriere da affrontare, stabilire quali di queste hanno un peso maggiore e permettendo quindi di indirizzare la strategia di miglioramento verso l'implementazione di interventi mirati su di esse. L'efficacia di questo approccio deve essere in futuro verificata nel suo impatto sul reale miglioramento della performance prevista dagli indicatori di esito intermedio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bianchi Annalisa	Istituzione	Azienda ULSS 20 Verona
Telefono	347 6747424	Indirizzo	Via VI Novembre, 11
Fax	045 8075113	CAP	37126
E-mail	bianchi.annalisa@virgilio.it	Città	Verona

25. IL SISTEMA QUALITÀ: UNO STRUMENTO PER LA CLINICAL GOVERNANCE
Bianchi M
<i>ASL VCO</i>

BACKGROUND La Regione Piemonte nel PIANO DI ATTIVITÀ 2010-IL GOVERNO CLINICO afferma che “Gli obiettivi di questa Area di programma riguardano essenzialmente la promozione dell’appropriatezza in termini di modalità erogate da parte delle strutture sanitarie relativamente ai bisogni di salute e all’utilizzo efficace delle risorse, e la responsabilizzazione dei professionisti sanitari al fine di garantire funzionalità dei servizi e miglioramento della qualità delle prestazioni. In particolare l’attività di questa Area si basa sul monitoraggio e sulla valutazione della qualità dell’assistenza...”. In questo contesto l’Ufficio Organizzazione Sistema Qualità Accreditamento dell’ASL VCO svolge una funzione di coordinamento, di supporto metodologico ed organizzativo per le attività connesse al miglioramento della qualità, quali: l’Accreditamento, i Percorsi di Cura, la Gestione del Rischio, la Gestione del Dolore, l’Audit Civico. Il Sistema si fonda su una Rete di Referenti per la Qualità-Rischio presenti nelle organizzazioni e coordinati dal Responsabile Qualità Aziendale. Il modello integra diversi approcci metodologici: Miglioramento Continuo, Qualità Totale e NORME ISO per la gestione documentale. Le procedure ed i percorsi redatti secondo logiche dipartimentali sono pubblicati su Intranet dopo validazione di un Gruppo di Lavoro coordinato dal Responsabile Qualità.

OBIETTIVI L’obiettivo è realizzare il Governo Clinico attraverso il Sistema Qualità per garantire una produzione sanitaria che soddisfi principi di: - equità ed appropriatezza di accesso delle prestazioni sanitarie - responsabilità e professionalità degli operatori - conoscenza dell’EBM-EBN - crescita della sicurezza per gli utenti interni ed esterni - soddisfazione dei cittadini - rispetto dell’efficienza economica-finanziaria.

METODI La metodologia adottata si basa sull’analisi di sistema e di processo alla luce delle normative, della letteratura scientifica, delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e delle Buone Pratiche, declinata in: Percorsi di Cura, Gestione del Rischio, Gestione del Dolore, Audit, Valutazione degli esiti. Per i Percorsi è previsto un Audit Clinico-Organizzativo con verifica dei punti accesso e delle modalità di ingresso nel percorso, della tipologia e volume delle attività, della tipologia dei pazienti, della degenza media, della modalità di dimissione, delle complicanze. Segue la reingegnerizzazione del macroprocesso realizzata da un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale utilizzando strumenti quali: flow chart, procedure, check list, schede etc. Per la Gestione del Rischio Clinico l’Unità di Risk Management ha messo a punto un sistema di Incident Reporting cui segue l’invio delle segnalazioni alla Struttura competente. L’Ufficio Qualità gestisce le segnalazioni secondo una procedura che prevede l’analisi degli eventi avversi o potenzialmente avversi in base alla tipologia e alla gravità degli stessi con stratificazione del rischio e delle priorità e quindi utilizzando per l’analisi delle cause il Diagramma di Ishikawa, il SEA, la Tecnica del Gruppo Nominale, le Linee e le Tabelle del Tempo, l’RCA.

RISULTATI Dal 2005 sono stati implementati e revisionati n° 20 Percorsi di Cura alcuni in ottemperanza ai requisiti previsti dalla Regione per l’Accreditamento Istituzionale, altri per scelte Aziendali. Nel 2010 i documenti prodotti o revisionati per l’Accreditamento, le Segnalazioni del Rischio, la Lotta al Dolore e per le non conformità emerse dall’Audit Civico sono stati N°434 di cui N°10 Procedure di Processo, N°172 Procedure Operative, N°252 Allegati. A tutt’oggi sono state trasmesse dall’URM all’Ufficio Qualità N°114 segnalazioni di cui 109 evase e 5 ancora in corso, tutte sono state sottoposte a verifiche e/o approfondimenti con proposte migliorative o correttive (acquisizione di tecnologie, redazione di procedure, cambiamenti organizzativi...). Per la Gestione del Dolore sono stati realizzati Audit delle cartelle cliniche in seguito ai quali sono state aggiornate le schede di valutazione del dolore ed i protocolli farmacologici per l’analgesia post-operatoria, è seguita la formazione in house. Attualmente l’adesione ai protocolli per l’analgesia nel Dipartimento Chirurgico è dell’83%.

CONCLUSIONI La Clinical Governance richiede una forte integrazione tra strategie aziendali ed operatori sul campo, con un serio investimento di risorse organizzative, temporali, tecnologiche e professionali, a quest’ultime dovrebbe essere riconosciuto un merito per l’impegno profuso.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bianchi Margherita	Istituzione	ASL VCO
Telefono	0323 541535	Indirizzo	Via Mazzini, 117
Fax	0323 53933	CAP	28887
E-mail	margherita.bianchi@aslvc.it	Città	Omegna

26. LA TECNOLOGIE PER LA SICUREZZA DELLA TERAPIA TRASFUSIONALE NELL'AUSL DI FORLÌ
Bianchi S, Dal Monte D, Grementieri P, Migliori G
<i>AUSL di Forlì</i>

BACKGROUND L'errore da incompatibilità ABO frutto di uno scambio di paziente nella somministrazione di terapia trasfusionale è il più comune e serio pericolo. I dati di letteratura internazionale dimostrano che il 75% degli errori trasfusionali è dovuto a errore umano, rappresentato dalla non corretta identificazione del paziente ed esita nel decesso nel 10% dei casi. Il Servizio Trasfusionale dell'Azienda Usl di Forlì ha attivato il percorso dell'emovigilanza nel 2009. Dalla revisione dei dati dal 2005 al 2008 risultano 5 errori da scambio paziente in reparto senza evento di danno. IL Servizio Trasfusionale ha un gestionale, ELIOT (software utilizzato dai Servizi Trasfusionali regionali che consente la tracciabilità del processo dalla donazione alla consegna delle sacche alle Unità Operative), che sino al 2009 era un sistema chiuso, ad esclusivo uso del settore donatori e del settore assegnazione/distribuzione sangue ed emocomponenti. Si è ritenuto che la trasposizione del processo di approvvigionamento del farmaco a quello della terapia trasfusionale facilitasse l'implementazione del sistema, fosse la più efficace, sia in termini economici, ma anche organizzativi.

OBIETTIVI L'incidenza di errori di identificazione del ricevente ha posto come imperativa la revisione delle procedure adottate in azienda che rispondevano sì al vincolo legislativo vigente, ma non si erano dimostrate esaustive rispetto ai sistemi di controllo necessari ad evitare errori di somministrazione. L'analisi delle criticità evidenziava un "bug" nel sistema di identificazione del paziente e la necessità di strumenti di controllo che aumentassero la sicurezza nella fase pre-analitica e di somministrazione.

METODI Nell'AUSL di Forlì dal 2005 è attiva la cartella clinica informatizzata che permette, in un unico accesso: - la visualizzazione dell'anagrafica dell'assistito e dei percorsi diagnostici-terapeutici effettuati all'interno dell'AUSL - la richiesta e la visualizzazione dei referti di consulenze, prestazioni radiologiche e di laboratorio - la prescrizione informatizzata Mediante l'uso di palmari a lettura laser del codice a barre presente nel braccialetto identificativo di cui viene dotato ogni paziente all'ingresso in ospedale è tracciato l'intero processo assistenziale. Al momento della somministrazione dei farmaci l'infermiere identifica il paziente, visualizza la terapia da effettuare, legge il codice a barre del farmaco e il sistema verifica e traccia in automatico l'operazione eseguita registrando gli elementi temporali e l'identificazione dell'operatore. L'implementazione all'interno del sistema di una sezione dedicata ha consentito di uniformare la richiesta di terapia trasfusionale alla richiesta di consulenza e di uniformare la somministrazione degli emocomponenti come un farmaco. Tale tecnologia consente di inserire la terapia trasfusionale in un processo unico che ha come fine la sicurezza e la tracciabilità di tutto percorso dalla vena del donatore alla vena del ricevente (Total Transfusion Safety).

RISULTATI Dal giugno 2009 la tracciabilità di tutto il processo, dalla vena del donatore alla vena del ricevente, ha consentito di elevare i livelli di sicurezza della terapia trasfusionale e non registrare errori di somministrazione di terapia trasfusionale a tutt'oggi. Un ulteriore risultato dato dalla completa tracciabilità è la riduzione della movimentazione inappropriata delle sacche di emocomponenti, in quanto la percentuale delle sacche restituite non trasfuse sulle sacche consegnate era il 27,4% nel 2008, all'attuale 8,3 con una riduzione significativa in termini economici, da 82355, 00 ad un attuale 27090,00 La visualizzazione completa dei precedenti del paziente da parte dei medici richiedenti ed il monitoraggio costante da parte del servizio trasfusionale anche attraverso audit specifici, ha permesso un miglioramento nell'adesione ai criteri di appropriatezza dati dalla SIMTI.

CONCLUSIONI L'estensione di una modalità di approvvigionamento già nota agli operatori ha permesso l'implementazione del sistema in tempi brevi, senza la necessità di una formazione specifica ed evitando quella creazione di barriere da parte degli operatori, facilmente presente all'introduzione di innovazioni tecnologiche che spesso ne bloccano l'adozione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Grementieri Patrizia	Istituzione	AUSL di Forlì
Telefono	0543 735084	Indirizzo	Via Forlanini, 34
Fax	0543 738678	CAP	47121
E-mail	p.grementieri@ausl.fo.it	Città	Forlì

27. L'INFERMIERISTICA E LA "STARTHERAPY" PER FAVORIRE IL BENESSERE DEL BAMBINO IN OSPEDALE
Bianchini E¹, Muci M¹, Sapuppo F¹, Cirrone D²
¹ Azienda USL di Bologna, ² Associazione Ansabbio

BACKGROUND L'ospedalizzazione è un evento traumatico per il bimbo, spesso provoca sentimenti di ansia e emozioni di rabbia e paura. In letteratura sono riportate esperienze di animazione che favoriscono il benessere dei bimbi nei luoghi di cura. Presso una struttura sanitaria del territorio bolognese, dove si svolge il tirocinio clinico del CdL in Infermieristica Sezione Formativa Bologna 2 dell'Università di Bologna, si realizza da anni un'interessante esperienza di animazione dei volontari dell'Associazione Ansabbio la startherapy, che consiste nella visita ai piccoli pazienti di un gruppo di volontari, travestiti da personaggi delle favole o accompagnati da "star" della musica o della televisione, che regalano piccole sorprese, abbracci, foto e tanti sorrisi ai piccoli pazienti. Il quesito che ha generato la ricerca si è sviluppato intorno all'opportunità di valutare le opinioni degli infermieri sulla "startherapy" e l'effetto di tale attività durante le cure, mediche e infermieristiche, sullo stato di benessere del bimbo ospedalizzato.

METODI Attraverso un questionario rivolto ad un campione di 40 Infermieri nei reparti pediatrici dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR) con lo scopo di evidenziare le caratteristiche principali della relazione tra infermiere/bambino, infermiere/genitori e genitore/bambino durante l'ospedalizzazione e le attività di animazione/"startherapy", inoltre evidenziare le opinioni e le esperienze del personale infermieristico in merito alla "terapia del sorriso", in particolare sulla "startherapy", come azione realizzata durante lo svolgimento dell'attività assistenziale e gli effetti della stessa.

RISULTATI L'età media del campione è di 30-40 anni. Sono presenti all'interno delle unità operative spazi in cui i bambini possono giocare o praticare la scuola (il 97% dei partecipanti ha risposto positivamente). La fascia di età dei bambini ricoverati è compresa tra i 6-11 anni. Quali sono le reazioni che maggiormente mostra il bimbo? il personale ha risposto: la paura seguita da confusione/disorientamento. Quali sono i fattori principali che ostacolano la relazione d'aiuto al bambino ricoverato? il campione ha risposto la reazione dei genitori alla malattia e all'ospedalizzazione seguita dalla gravità della malattia ed il suo vissuto da parte del bimbo. Modello "iperprotettivo" genitore-figlio. Le capita di avere difficoltà comunicative/relazionali con la famiglia ed il bimbo e in quale fascia di età in particolare? gli operatori affermano la difficoltà di relazionarsi e comunicare con la famiglia ed il bimbo, in particolare nella fascia dei 6-11 anni. Alla domanda in cui si chiedeva al campione l'esperienza effettuata in merito alla partecipazione a incontri/corsi formativi/informativi riguardanti la comunicazione/ relazione con il bimbo, il 73% non ha partecipato a eventi. Chi ha svolto la formazione lo ha ritenuto importante allo scopo di migliorare il rapporto comunicativo-relazionale con il bimbo e la famiglia e favorire l'adattamento in ospedale (57%). Alla domanda che chiede cosa conosci della terapia del sorriso, il personale ha risposto la clowntherapy e la startherapy. Alla domanda: ha mai letto o appreso studi sugli effetti sull'organismo delle "terapie del sorriso" e/o effetti del ridere/comicità, il 55% ha risposto che ne ha sentito parlare. Alle domande in cui si chiede se il personale ha mai partecipato a eventi di "startherapy" allo IOR, il 42% del campione risponde che vi ha partecipato durante lo svolgimento dell'attività assistenziale. I sentimenti che il bambino manifesta durante la startherapy secondo il campione sono la gioia seguita dal benessere del bambino all'arrivo e miglioramento del benessere durante l'attività. I dati riportano che un consistente numero di operatori (86%) ritiene valida l'attività della startherapy e vorrebbe che ci fosse formazione per loro. Quale opinione sull'attività dei volontari e gli effetti della stessa? Il campione riferisce l'effetto di ridurre lo stress nel bambino e nei genitori ed il sensibile miglioramento del clima comunicativo/relazionale in reparto. Secondo il campione ricorrere all'aspetto "giocoso" e "comico" per entrare in relazione con il bimbo è una modalità appropriata, per la capacità di ridurre l'ansia prima di una manovra terapeutica cruenta. Molti degli infermieri intervistati hanno utilizzato tecniche distrattive prima di sottoporre il bambino a manovre cruente, il 42% degli infermieri utilizzano la tecnica distrattiva, seguita dalle bolle di sapone e dal guanto magico. Il campione ritiene che relazionarsi al bimbo in modo "comico-giocoso" non interferisce su concetti come "immagine /dignità" dei professionisti (l'87%) e che in relazione al vissuto di malattia del bimbo e/o della famiglia produce sensazioni positive (90%), sotto il profilo etico non presenta effetti "dannosi".

CONCLUSIONI Il questionario evidenzia la visione del personale infermieristico in relazione alla "startherapy" ed i vantaggi di tale modalità d'approccio. Si riconosce la necessità di maggiore formazione su questi temi per gli operatori dell'assistenza ai piccoli degenti. L'introduzione di modalità "comico-giocose" nell'attività assistenziale, se effettuata in maniera integrata e opportuna da parte degli operatori può avere un'azione positiva nella relazione con il bimbo. La presenza dello studente favorisce riflessioni durante la pratica per l'integrazione di attività di animazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Muci Marcella	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6225111	Indirizzo	Via Sant'Isaia, 94/A
Fax	051 6597452	CAP	40123
E-mail	formazione@ausl.bologna.it	Città	Bologna

28. EUROPEAN GUIDELINES FOR QUALITY ASSURANCE IN BREAST CANCER SCREENING AND DIAGNOSIS, 2006: VALUTAZIONE CRITICA CON IL METODO AGREE

Bisognin R

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND Tra il 1995 e l'inizio del 1998, nella regione Emilia Romagna è stato attivato il programma di screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella per le donne dai 50 ai 69 anni e dal 2010, è stato esteso a due nuove fasce di età: 45-49 e 70-74 anni. Nel 1993 è uscita la prima edizione delle European guidelines for quality assurance in mammography screening, 2006 Wolf, NM Perry de CJM (eds). Lussemburgo: Commissione Europea, Programma Europa contro il Cancro. Gli screening di tutta Europa, compresi quelli della regione Emilia Romagna, le hanno adottate come linee guida di riferimento. Nel 2001 l'agenzia regionale sanitaria della Regione Emilia Romagna presenta uno strumento finalizzato a consentire la valutazione critica delle caratteristiche di una linea guida, prodotto nell'ambito di un progetto collaborativo europeo, AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation in Europe) and Evaluation in Europe).

OBIETTIVI Sperimentare lo strumento AGREE per valutare se la linea guida presa a riferimento risponde ai requisiti previsti per una evident based guidelines.

METODI Si è costituito un gruppo di lavoro che ha esaminato la linea guida oggetto di studio ed ha applicato la checklist proposta dal metodo Agree per valutarla.

RISULTATI Le linee guida esaminate, come già evidenziato dalla valutazione preliminare, non rispondono a tutti i requisiti metodologici necessari per identificarle come una EBGL.

CONCLUSIONI A seguito dei risultati ottenuti e considerando le sfide come una occasione di crescita, perché non ipotizzare la stesura di una linea guida per Tecnici di senologia che nel rispetto dei criteri AGREE, includa tutte le raccomandazioni utili ai professionisti ed alle pazienti?

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bisognin Rita	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6760601	Indirizzo	Via Ospedale, 2/A
Fax	051 6760601	CAP	40133
E-mail	rita.bisognin@ausl.bo.it	Città	Bologna

29. REALIZZAZIONE DI UNA MODALITÀ INFORMATIZZATA PER LA RICHIESTA DELLE CONSULENZE INFERMIERISTICHE IN QUATTRO AMBITI

Bissaro D, Di Napoli D, Orlandi C, Rolandi S, Forma O, Brambilla D

IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano

BACKGROUND Le consulenze infermieristiche sono già una realtà all'interno dell'IRCCS San Raffaele di Milano, così come sono una realtà gli ambulatori a gestione infermieristica. I primi ambulatori ad essere stati realizzati sono stati quelli dedicati ai pazienti portatori di stomie e ai pazienti portatori di lesioni e ulcere cutanee. Oggi, in San Raffaele, gli infermieri delle diverse Unità Operative possono richiedere una consulenza per ricevere un parere dai colleghi esperti che gestiscono gli ambulatori infermieristici dedicati: 1) alla cura delle lesioni da pressione e delle deiscenze delle ferite chirurgiche; 2) alla cura delle entero- e delle uro-stomie; 3) al posizionamento dei cateteri venosi centrali ad accesso periferico (PICC) e 4) alla cura delle tracheostomie. Attualmente la richiesta di consulenza è effettuata su supporto cartaceo e le risposte sono scritte dagli infermieri esperti nel diario infermieristico. Si pensa che sarebbe opportuno che le risposte alle consulenze siano allegate al documento di dimissione infermieristica, in modo da rendere possibile una migliore documentazione delle necessità assistenziali dei pazienti dimessi dall'ospedale e migliorare i collegamenti con i servizi territoriali. L'attuale organizzazione rende impossibile questa modalità.

OBIETTIVI Realizzare una modalità informatizzata per la richiesta delle consulenze infermieristiche all'interno del sistema informativo ospedaliero. La modalità è analoga a quella già in uso per la richiesta di consulenze mediche. L'informatizzazione consentirà di contare tutti gli aspetti che riguardano il fenomeno (quante richieste per tipo, da quali reparti, per quali pazienti, in quali fasce orarie ecc.). In seguito alla messa in atto del monitoraggio delle attività di consulenza sarà possibile dimensionare adeguatamente il personale dei servizi erogatori e pianificare lo sviluppo delle diverse attività degli stessi servizi. Sarà anche possibile migliorare l'efficacia della continuità assistenziale fra l'ospedale e i servizi territoriali, poiché il referto della consulenza potrà essere inserito facilmente nella lettera di dimissione infermieristica.

METODI Sono state realizzate numerose riunioni con il personale dei quattro servizi interessati (Ambulatorio Infermieristico Stomie, Ambulatorio Infermieristico Vulnologia, Servizio Infermieristico PICC, Ambulatorio Infermieristico di Otorino) per l'analisi dei flussi delle informazioni e per l'analisi del percorso dei pazienti. Sono state realizzate numerose riunioni con la Direzione dei Sistemi Informativi per l'analisi dei passaggi informatici da realizzare nella nuova procedura. È stata realizzata una prima versione che consente di inviare la richiesta in via informatica ai servizi erogatori; questi servizi possono visualizzare la richiesta sul proprio PC, comunicare all'UO richiedente la data di esecuzione e archiviare la risposta nella cartella clinica elettronica.

RISULTATI È stata realizzata una prima versione di test della procedura. La partenza di una prima fase di sperimentazione, della durata di due mesi, è prevista per il 9 gennaio del prossimo anno. Nel mese di dicembre di quest'anno sono state programmate alcune riunioni: 1) con il personale delle UO richiedenti per illustrare le modalità di richiesta della consulenza; 2) con il personale dei quattro servizi erogatori per illustrare la procedura e per formare gli utilizzatori.

CONCLUSIONI Ci si riserva di esprimere le conclusioni definitive sui risultati dell'esperienza al termine della fase di sperimentazione. Per ora, possiamo affermare che il lavoro preparatorio ha consentito di definire nel dettaglio l'insieme delle attività erogate dagli ambulatori a gestione infermieristica e ciò ha consentito di portare alla luce una quantità considerevole di servizi erogati all'utenza, alcuni anche di notevole complessità clinica e organizzativa.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Orlandi Carlo	Istituzione	IRCCS Ospedale San Raffaele
Telefono	02 26435487	Indirizzo	Via Olgettina, 60
Fax	02 26432443	CAP	20132
E-mail	carlo.orlandi@hsr.it	Città	Milano

30. VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA RELATIVE ALLA PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA I RISULTATI DELLA SECONDA RILEVAZIONE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Bogni D, Bucaneve G, Morcellini R, Pioppo M

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND Presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, è stato eseguito un percorso di validazione interna delle le Linee Guida del PNLG sull'Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto – (2008). Dopo circa un anno dalla loro approvazione è stata organizzata, una prima valutazione retrospettiva su un campione di cartelle riferite ad interventi chirurgici programmati. I risultati di questa prima rilevazione, sono stati utilizzati come base iniziale di discussione con tutte le Unità Operative e per la definizione di percorsi organizzativi comuni che si sono concretizzati nella elaborazione dell'Istruzione Operativa per la somministrazione dell'antibiotico profilassi nei blocchi operatori. Dopo due mesi dall'applicazione dell'istruzione operativa e dopo un anno dalla prima rilevazione è stata eseguita una nuova verifica sulle cartelle cliniche. I risultati sono stati messi a confronto.

OBIETTIVI Valutare l'accordo con le indicazioni delle linee guida e dell'istruzione operativa nell'esecuzione della profilassi antibiotica.

METODI È stata effettuata una revisione delle cartelle cliniche relative agli interventi chirurgici eseguiti nel mese di Febbraio 2010 e messa a confronto con un campione di cartelle del mese di febbraio 2011. L'analisi è stata condotta utilizzando come supporto informatico i programmi Microsoft Access, Excel e Epi Info. 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 anestesiológica, 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). 4) se il trattamento antibiotico utilizzato in profilassi era protratto per più giorni dopo l'intervento. Nell'ultima rilevazione inoltre sono state valutate anche l'adesione alle indicazioni riportate nell'istruzione operativa e quindi se l'antibiotico era stato somministrato nel blocco operatorio e se era stata segnalata in cartella la non necessità dell'antibiotico profilassi.

RISULTATI Le cartelle cliniche valide valutate sono state 115, nella prima valutazione e 111 nella seconda. I risultati messi a confronto: Tabella 1 e Tabella 2 Tabella 1 distribuzione dei ricoveri valutati in base all'applicazione delle linee guida SECONDO LINEE GUIDA PRIMA RILEVAZIONE SECONDA RILEVAZIONE N. Cartelle (%) N. Cartelle (%) Si 50 (43%) 71 (64%) No 65 (57%) 40 (36%) Tabella 2. Cause di non rispetto delle linee guida CAUSA DI NON RISPETTO DELLA LINEA GUIDA PRIMA RILEVAZIONE SECONDA RILEVAZIONE Nr. DI CASI (%) * Nr. DI CASI (%) * (62 sottoposti a profilassi) (49 sottoposti a profilassi) Farmaco diverso 34 (55%) 20 (34%) Posologia diversa 11 (18%) 6 (10%) Tempi non rispettati 25 (40%) 11 (19%) Durata oltre le 24 h 18 (29%) 22 (37%) *in caso più errori in contemporanea.

CONCLUSIONI Tra la prima e la seconda rilevazione sono evidenti dei miglioramenti per gli aspetti legati ad una diversa organizzazione del lavoro come ad esempio il rispetto dei tempi di esecuzione per un'alta percentuale di esecuzione dell'antibiotico profilassi nel blocco operatorio. Rimane alta la percentuale di terapia continuata oltre le 24 ore. I risultati dimostrano come, in ambito chirurgico, rimane ancora alto il livello di non aderenza alle linee guida della profilassi antibiotica nella chirurgia programmata. Le cause di inappropriatezza sono 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.

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

31. INFEZIONI CORRELATE ALLA PRATICA ASSISTENZIALE IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI: PROPOSTA DI UN PERCORSO DI FARMACOSORVEGLIANZA

Bona R¹, Mero P², Piccioni D², Barbato I², Colombardo V², Conson M², Nocera M², Mesto A², Pozzebon M², Valle M², Viola P², Martinetti S²

¹Facoltà di Farmacia - Università degli Studi di Torino, ²ASL AT

BACKGROUND Il progetto nasce dalla collaborazione tra figure professionali diverse nell'ambito sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale di Asti (ASL AT), quali farmacisti, infettivologi, medici del risk management e qualità che hanno sentito la necessità di approfondire il problema dell'antibiotico resistenza. Gli antibiotici sono farmaci comunemente prescritti per la popolazione anziana (40% di tutti i medicinali): appare essenziale monitorarne il consumo in tali pazienti, poiché un uso non appropriato è una delle cause di sviluppo dell'antibiotico-resistenza. L'assistenza a pazienti anziani viene sempre più frequentemente erogata in ambiti diversi dagli ospedali, quali le residenze sanitarie assistite che offrono un complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale ed alberghiero. In questa categoria di pazienti il rischio infettivo è influenzato dall'utilizzo di dispositivi medicali invasivi quali catetere vescicale, catetere venoso centrale e periferico, dispositivi per tracheostomia, stomia addominale, PEG e dalla possibile presenza di patologie quali diabete, Alzheimer, broncopneumopatie croniche ostruttive, problemi cardiovascolari e muscolo-scheletrici. Occorre considerare anche lo stato di autonomia individuale (capacità del soggetto di muoversi e controllare la continenza di feci e urine), la presenza di lesioni da decubito, malnutrizione ed obesità. Tali condizioni di compromissione dello stato di salute, associate alla vita in comunità e a possibili ricoveri in ospedale, rendono la popolazione delle strutture residenziali particolarmente esposta al rischio di contrarre infezioni. Qualora si verifici un episodio infettivo, è opportuno un utilizzo congruo degli antibiotici al fine di evitare l'insorgenza di ceppi resistenti agli stessi e, nel caso non siano applicate in maniera corretta precauzioni standard e da contatto, il rischio di trasmissione ad altri residenti. Ciò rappresenta un problema sanitario serio, poiché focolai anche di piccole dimensioni possono avere un forte impatto sulla salute di intere comunità istituzionalizzate.

OBIETTIVI Il progetto ha lo scopo di effettuare una rilevazione in 14 strutture residenziali del territorio astigiano coinvolte nella distribuzione diretta di medicinali, attraverso attività di: • verifica del comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale operanti presso le strutture per quanto riguarda gli antibiotici per uso sistemico (valutazione dell'appropriatezza prescrittiva sia in relazione alle indicazioni sia alla durata della terapia); • sorveglianza delle infezioni tra gli anziani ospiti, specie in concomitanza con la presenza di dispositivi medici.

METODI È stato predisposto un database informatico per raccogliere elaborare le informazioni e predisporre l'analisi statistica. Lo strumento di rilevazione consiste in una scheda informatica che permette la raccolta dei dati di ciascun paziente. Tale strumento è stato fornito ed illustrato agli operatori delle strutture interessate nell'ambito di incontri dedicati. La scheda permette di rilevare: - le condizioni di salute, lo stato di autonomia individuale ed altre informazioni mediche potenzialmente in grado di influire sul rischio individuale di infezione; - informazioni riguardanti i trattamenti farmacologici con antibiotici: diagnosi, medico prescrittore, farmaco prescritto, posologia, durata della terapia, esito di un eventuale esame culturale ed antibiogramma. Particolare attenzione è volta alla verifica di patologie concomitanti e all'utilizzo di dispositivi medici associati in letteratura ad un diverso grado di rischio infettivo in soggetti anziani.

RISULTATI La prima fase del progetto si è svolta nei mesi di settembre e ottobre 2011 e ha riguardato l'illustrazione dell'attività alle strutture assistenziali. La fase di raccolta delle schede di monitoraggio è iniziata il 2 novembre 2011 e verrà condotta per almeno un anno. La popolazione coinvolta in questo studio è costituita da circa 1000 pazienti ospiti delle 14 strutture arruolate. Il numero totale delle schede pervenute fino ad oggi è 87. Di queste, 69 sono state analizzate, mentre 18 presentavano dati incompleti e saranno oggetto di successivi approfondimenti. Tra le schede valutate, l'85,5% riguardava infezioni delle vie respiratorie, il 4,35% infezioni urinarie ed il 10,15% altre tipologie di infezioni. Le infezioni delle vie respiratorie, 59 casi in totale, sono state trattate in modo appropriato somministrando penicilline o cefalosporine di III generazione, associate eventualmente a macrolidi o chinolonici. La durata della terapia varia in un intervallo da 3 a 14 giorni; tuttavia, solo in 3 casi l'antibiotico è stato assunto per meno di 5 giorni, periodo non congruo alla cura di questo tipo di infezioni. Per quanto riguarda le restanti schede, si può osservare un uso sporadico di antibiotici per le infezioni del tratto urinario, mentre gli altri casi (ferite chirurgiche, flebiti e infezioni del CVC) sono seguiti dagli infettivologi ospedalieri, pertanto la prescrizione dell'antibiotico è di derivazione specialistica. Sul totale dei pazienti trattati con antibiotici, il numero di ricoveri è molto basso, appena 4.

CONCLUSIONI Il progetto è stato accolto favorevolmente da parte del personale medico e infermieristico delle residenze. Allo stato attuale, poiché la raccolta dati è iniziata a novembre 2011, è difficile disporre di risultati, anche parziali. Si può ragionevolmente pensare che, vista l'adesione alle riunioni di start up del progetto da parte dei responsabili delle strutture, ci si possa aspettare anche una buona risposta per quanto riguarda l'invio delle schede di segnalazione. Anche se le schede raccolte finora sono poche, è possibile fare alcune considerazioni: per prima cosa, si riscontra un'appropriatezza d'uso degli antibiotici, sia per la scelta delle molecole, sia per la durata del trattamento; inoltre, il basso numero di ricoveri conferma una buona gestione delle infezioni a livello delle Strutture residenziali. Un'analisi a lungo termine, che includa il calcolo delle DDD prescritte e delle giornate di degenza, permetterà una valutazione più significativa. Le conoscenze acquisite potranno servire come punto di partenza per la realizzazione di eventi formativi mirati per i MMG e per il personale sanitario operante nelle strutture.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Martinetti Silvana	Istituzione	ASL AT
Telefono	0141 486870	Indirizzo	Corso Dante, 202
Fax	0141 485344	CAP	14100
E-mail	martinetti@asl.at.it	Città	Asti

32. PRESA IN CARICO PRE_DIMISSIONE DELLE PERSONE CON DIABETE IN TRATTAMENTO INSULINICO
Borghi F, Michelini M, Finardi L, Trianni R, Manicardi E, Capuano E, Galliani S, Iemmi M, Ferrari Lucchini S, Aldini R, Di Renzo D, Manicardi V
<i>Azienda USL di Reggio Emilia</i>

BACKGROUND Le persone con diabete sono ricoverate in ospedale con una frequenza 4 volte superiore alle persone non diabetiche ed hanno degenze superiori di circa 2 giornate. Il ricovero spesso è dovuto a patologie acute come fratture, ictus, Infarto miocardico, infezioni, scompenso cardiaco o ad interventi chirurgici programmati, che costituiscono di per sé uno stress metabolico e richiedono il trattamento insulinico durante e dopo il ricovero. Il paziente diabetico ricoverato è un paziente fragile che richiede una dimissione protetta ed una continuità assistenziale tra ospedale e territorio, che spesso non si realizza, lasciando il paziente ed i suoi famigliari in una condizione di incertezza e senza gli strumenti educativi e pratici per la esecuzione corretta della terapia.

OBIETTIVI Il team diabetologico si è proposto di strutturare una dimissione protetta dei pazienti diabetici ricoverati, attraverso la presa in carico pre-dimissione, per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi con terapia insulinica.

METODI Il percorso è stato costruito in collaborazione con le Coordinatrici Infermieristiche dei reparti di degenza attraverso un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare e prevede: 3 g prima della dimissione viene attivata la consulenza diabetologica strutturata che effettua – al letto del paziente ed entro 48 ore - l'addestramento all'uso dell'insulina, all'uso dei glucometri, consegna il materiale per la gestione della terapia e assegna il primo appuntamento post-dimissione. La dietista consegna le norme nutrizionali. Viene compilato e lasciato in cartella clinica il modulo della consulenza effettuata datato e firmato. È stata redatta una procedura dedicata e sono raccolti gli indicatori in corso d'anno: registrazione data richiesta e data di esecuzione della consulenza.

RISULTATI Dal gennaio 2010 al Novembre 2011, presso l'Osp di Montecchio (160 PI) sono state eseguite 119 dimissioni protette di pazienti diabetici ricoverati, dimessi con terapia insulinica: 72 dalla Medicina, 27 dalla lungodegenza, 10 dalla chirurgia e 10 dall'osservazione breve intensiva. Ogni paziente o care-giver è stato educato dall'infermiere della diabetologia all'uso della insulina, delle penne e alla esecuzione dell'autocontrollo glicemico, ed è stato fornito dei presidi per la esecuzione della terapia e di un appuntamento post dimissione per il primo controllo presso il servizio di diabetologia. Il paziente educato - o il care-giver, se non autosufficiente - ha eseguito sotto controllo del personale infermieristico le glicemie al dito e la somministrazione dell'insulina nel giorno/i rimasti prima della dimissione, per verificare l'efficacia della educazione strutturata. Il 78,2% delle consulenze è stato eseguito entro 24 ore, il 12% entro 48, ed il 10% entro 72 ore (quando le richieste sono giunte il fine-settimana).

CONCLUSIONI La consulenza infermieristica strutturata con educazione del paziente alla gestione della terapia insulinica e la presa in carico pre-dimissione delle persone con diabete ricoverate in ospedale, garantisce la continuità assistenziale tra ospedale e territorio dei pazienti diabetici dimessi con terapia insulinica, e riduce il rischio di errore nella esecuzione della terapia domiciliare e può permettere di ridurre la degenza. Il percorso ha trovato una ottima accoglienza da parte del personale infermieristico, dei pazienti e dei famigliari.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Manicardi Valeria	Istituzione	Azienda USL di Reggio Emilia
Telefono	0522 860111	Indirizzo	Via Barilla, 16
Fax	0522 860408	CAP	42027
E-mail	valeria.manicardi@ausl.re.it	Città	Montecchio Emilia

33. ACCOGLIENZA, COMUNICAZIONE E RELAZIONE CON I PAZIENTI ED I FAMIGLIARI IN AREA MEDICA: UN PROGETTO PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA IN OSPEDALE

Borghi S, Ferrari Lucchini S, Poli E, Cocconi A, Di Renzo D, Pingani S, Barbati C, Pantani T, Cerfogli L, Manicardi V

Azienda USL di Reggio Emilia

BACKGROUND Nelle attività dedicate all'assistenza, come gli ospedali, non è importante soltanto la competenza professionale e tecnica degli operatori, ma anche la comunicazione efficace al fine di costruire una relazione positiva con l'utente. Dalle analisi dei questionari di gradimento dei degenti e dalle rilevazioni del Comitato Consultivo misto (CCM) sono emerse criticità nella relazione tra famigliari e personale dedicato all'assistenza nell'area medica. Tra il 2006 e il 2008 è stato costituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da medici, infermieri e OSS che ha lavorato sulla analisi delle criticità legate alla relazione operatore- paziente – famigliare nei diversi momenti della degenza in area medica.

OBIETTIVI Nel Dipartimento Internistico dell'ospedale di Montecchio si è impostata un'attività di potenziamento delle capacità relazionali degli operatori volta a migliorare i rapporti con l'utenza e quindi la qualità della vita durante la permanenza in ospedale, partendo dal momento fondamentale dell'accoglienza. Gruppo target: Tutti gli Operatori sanitari del dipartimento Internistico.

METODI 1-Il Gruppo di lavoro ha individuata nel momento della accoglienza una delle fasi critiche della degenza in ospedale. Contemporaneamente il CCM ha pianificato e svolto un'indagine interna all'ospedale sulla Qualità Percepita dagli utenti e anche dagli operatori, con l'utilizzo di questionari anonimi raccolti in una giornata campione. Sono state formulate proposte di miglioramento condivise con tutto il personale e attuate in una prima fase pilota, per migliorare la relazione con il paziente e i famigliari 2 -Nel 2009 è stato organizzato un aggiornamento dedicato (ECM) in cui sono stati presentati il rationale del progetto, le criticità evidenziate, le proposte formulate ed i risultati raggiunti nella fase pilota ed è stato presentato e discusso il DVD realizzato dal gruppo di Lavoro "SCENE DI ORDINARIA ATTIVITÀ IN OSPEDALE", preparato in collaborazione con l'Ufficio formazione Aziendale.

RISULTATI Risultati 1: Le modifiche apportate alla organizzazione del dipartimento sono state: un tempo maggiore al momento della accoglienza dei pazienti in degenza dedicato alla illustrazione della organizzazione della vita ospedaliera, alla consegna del Depliant del reparto, rivisto secondo i suggerimenti degli operatori. Sono state esposte in ogni stanza Istruzioni agli Utenti, insieme ai nomi dei medici di riferimento. Sono stati modificati i cartellini di riconoscimento del personale, con scritte più grandi per favorire la identificazione degli operatori. Risultati 2: La giornata di formazione è stata integrata con il supporto audiovisivo dal titolo "SCENE DI ORDINARIA ATTIVITÀ IN OSPEDALE", (sceneggiatura di situazioni tipiche relazionali: tre scene recitate e registrate in negativo per mettere in evidenza gli errori comunicativi e successivamente in positivo per apprendere le modalità di una comunicazione efficace) accompagnate dai commenti della psicologa, che ha suscitato una discussione intensa con gli operatori. Risultati 3: nel 2010 il CCM ha ripetuto l'indagine conoscitiva sulla qualità percepita nel Dipartimento con netto miglioramento dei dati: oltre il 95% di gradimento elevato nei rapporti con il personale non medico, ed oltre il 98% nei rapporti con i Medici. Risultati 4: i reclami al reparto negli anni 2009-2010 e 2011 si sono ridotti a non più di 1-2 all'anno su oltre 1500 ricoveri a 20000 prestazioni ambulatoriali.

CONCLUSIONI Il personale sanitario ha apprezzato e gradito i cambiamenti apportati al momento della accoglienza ed ha sperimentato sul campo il miglioramento della relazione con pazienti e famigliari, a documentare la opportunità e necessità di discutere in gruppi di lavoro le criticità e a proporre azioni di miglioramento. Il CD sulla accoglienza e relazione con i pazienti ed i famigliari è diventato strumento di lavoro per la Scuola Infermieri e per altri aggiornamenti sul tema condotti negli altri ospedali dell'Azienda USL di Reggio Emilia. I questionari di gradimento hanno dimostrato il miglioramento della relazione tra operatori ed utenti dopo questo percorso di miglioramento.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Manicardi Valeria	Istituzione	Azienda USL di Reggio Emilia
Telefono	0522 860111	Indirizzo	Via Barilla, 16
Fax	0522 860408	CAP	42027
E-mail	valeria.manicardi@ausl.re.it	Città	Montecchio Emilia

34. LA FORMAZIONE ALL'EVIDENCE BASED PRACTICE NEL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA MIGLIORA LE CONOSCENZE E LE ABILITÀ DEGLI STUDENTI? LA VALUTAZIONE CON IL TEST DI FRESNO ADATTATO

Bozzolan M¹, Pavanello A², Barbieri R², Spada M³, Del Giovane C⁴, Gaiani R⁵

¹Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara, ²Libero professionista, ³Azienda USL Ravenna, ⁴Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, ⁵Università degli Studi di Ferrara

BACKGROUND La formazione alla Evidence Based Practice (EBP) è considerata “core” nella laurea in fisioterapia. Non è tuttavia chiaro quale siano le strategie formative più efficaci nella formazione di base e quanto modifichino conoscenze e abilità degli studenti. Nel corso di laurea in fisioterapia di Ferrara vengono effettuati interventi formativi multimodali: workshop interattivi nella didattica formale e, per la sede di Ferrara, l'Evidence Based Journal Club (EBJC). È utile valutarne l'efficacia formativa tramite strumenti validi, quali il test di Fresno adattato.

OBIETTIVI Valutare conoscenze ed abilità in EBP degli studenti del corso di laurea in Fisioterapia, PRE e POST l'attività formativa.

METODI Gli studenti del primo, secondo e terzo anno del corso di fisioterapia dell'Università di Ferrara (sedi di Ferrara e Faenza) sono stati testati con il test di Fresno adattato (versione italiana) e quindi valutati da un esaminatore in cieco, prima e dopo la didattica. La didattica consisteva in un corso integrato (metodologia della ricerca, statistica e informatica) al primo anno, un corso integrato (metodologia della ricerca, statistica e informatica) al secondo anno; la sede di Ferrara prevedeva inoltre un EBJC durante i tirocini sia per il secondo che per il terzo anno. I risultati ottenuti al test sono stati confrontati intra e inter gruppo (sedi ed anno di corso) con il test t di Student (per dati appaiati e non) e con test non parametrici. È stato anche valutato in quali e quanti item i diversi gruppi raggiungevano il 50% del punteggio massimo ottenibile, considerato il cut-point rappresentativo di superamento del test. Il punteggio massimo ottenibile al test è di Fresno adattato è di 156 punti.

RISULTATI Sono stati valutati un totale di 108 studenti (10% persi al follow-up). Incrementi medi statisticamente significativi si riscontrano al primo anno (52.1 punti, IC95% 46.4-57.7), al secondo (57.5, IC95% 46.9-68.1) e al terzo anno (16.8, IC95% 8-25.7) della sede di Ferrara e primo (8.7, IC95% 3.5-14), secondo (29.5, IC95% 15.9-43.2) della sede di Faenza. La significatività statistica è stata confermata anche dai test non parametrici. Gli incrementi corrispondono ad un aumento al POST del 252%, 112% e 23% rispettivamente per primo, secondo e terzo anno della sede di Ferrara, e del 33% e 71% per il primo e secondo anno della sede di Faenza. Gli incrementi riguardano gli item del test coerenti con gli obiettivi della didattica dello specifico anno di corso. Il secondo anno di Ferrara è l'unico che al POST raggiunge per ogni item il 50% del punteggio massimo ottenibile. Il terzo anno della sede di Faenza, che non ha effettuato alcun tipo di didattica correlata all'EBP nell'intervallo tra i due test, non ha riportato cambiamenti significativi. Per la sede di Ferrara, si osserva una differenza statisticamente significativa a favore di entrambi i POST del primo e secondo anno rispetto ai PRE del secondo e terzo anno.

CONCLUSIONI Attività formative multimodali determinano cambiamenti significativi delle conoscenze ed abilità in EBP degli studenti in fisioterapia. Il test di Fresno adattato, confermando la sua responsività, evidenzia che le variazioni riguardano proprio gli obiettivi formativi specifici oggetto della formazione. Metodi fortemente interattivi, quale l'Evidence Based Journal Club, contribuiscono al miglioramento. I dati emersi dal confronto tra i POST e i PRE dei diversi anni di corso suggeriscono inoltre la possibilità di un decadimento della performance a distanza di tempo, forse per studio effettuato soprattutto nella prospettiva dell'esame. Gli esiti rilevati sono utili per individuare le aree carenti della didattica nelle diverse sedi ed eventuali effetti di decadimento degli apprendimenti nel tempo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bozzolan Michela	Istituzione	Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna
Telefono	0532 236151	Indirizzo	Via Carlo Mayr, 106/A
Fax	0532 236158	CAP	44100
E-mail	michela.bozzolan@unife.it	Città	Ferrara

35. COMUNICAZIONE PRECOCE DELL'ERRORE AL CITTADINO: UN'ESPERIENZA
Briganti M, Pagliano M
<i>E.O. Ospedali Galliera di Genova</i>

BACKGROUND La gestione del rischio clinico e il miglioramento della sicurezza del paziente, vedono diversi settori e livelli di intervento. Fra questi il coinvolgimento del cittadino riveste un'importanza sicuramente rilevante. Le indicazioni in letteratura, così come numerose raccomandazioni a livello internazionale, stimolano le aziende sanitarie, in questo senso, alla comunicazione precoce al paziente dell'errore verificatosi, ove esso comporti un danno per lo stesso. Lo stesso Ministero della Salute, all'interno delle "Linee guida per gestire gli eventi avversi in sanità" (giugno 2011), riserva una "Raccomandazione per la comunicazione ai pazienti degli eventi avversi". Tale approccio ha dimostrato di ridurre il cosiddetto tasso di litigiosità tra cittadino e aziende/operatori (e il numero di contenziosi), migliorando più in generale la relazione tra le parti e, in senso più ampio, l'efficacia dell'assistenza.

OBIETTIVI Empowerment del cittadino nella gestione del rischio clinico. Riduzione della litigiosità e prevenzione del contenzioso.

METODI L'azienda, anticipando in qualche modo le indicazioni del Ministero della Salute e prendendo spunto da esperienze del mondo anglosassone, come "Being Open" (National Patient Safety Agency, 2009) e "When things go wrong" (Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, 2006), ha inteso applicare una strategia anticipatoria nel caso di eventi avversi con danno. In seguito a due casi, peraltro molto simili (smarrimento di campione biologico), segnalati da operatori dell'Ente, ha formato una task-force che ha incontrato i pazienti danneggiati per comunicare, prima che da loro fosse percepito, l'errore verificatosi, le conseguenze, le modalità di gestione del danno, porgendo le scuse dell'azienda e degli operatori e assicurando loro che l'organizzazione si è attivata prontamente per l'analisi del problema e il miglioramento del processo in oggetto.

RISULTATI Ad oggi i risultati possono essere soddisfacenti in relazione ai seguenti aspetti: - i cittadini pur manifestando il loro disagio e disappunto, sono rimasti soddisfatti della modalità di gestione del caso e della relazione instauratasi; - non è pervenuta all'azienda alcuna richiesta risarcitoria. L'esperienza presentata è limitata ad oggi a due casi, pertanto è sostanzialmente sovrapponibile ad un case-report. Dati quantitativi: -numero eventi trattati / numeri degli eventi verificati (2 / 2 - 100%) -numero richieste risarcitorie / numero degli eventi trattati (0 / 2).

CONCLUSIONI La modalità di approccio si è rivelata soddisfacente non solo per quanto citato sopra ma perché ha generato un circolo virtuoso all'interno dell'organizzazione, che ha coinvolto le UU.OO. per un reale e concreto miglioramento del processo di gestione del campione biologico.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Briganti Marco	Istituzione	E.O. Ospedali Galliera
Telefono	010 5632025	Indirizzo	Mura delle Cappuccine, 14
Fax	010 57481055	CAP	16128
E-mail	marco.briganti@galliera.it	Città	Genova

36. LA QUALITÀ PERCEPITA NEGLI AMBULATORI DI RIABILITAZIONE DELL'AZIENDA USL DI RAVENNA: SISTEMA DI RILEVAZIONE

Bucchi M

Università degli Studi di Ferrara - Corso di Laurea in Fisioterapia, sede di Faenza

BACKGROUND La qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria ed è l'obiettivo che ogni professionista deve costantemente ricercare nello svolgimento delle proprie funzioni. Le aziende sanitarie necessitano di soluzioni per effettuare un razionamento delle risorse, ed allo stesso tempo sono tenute al miglioramento qualitativo dei servizi attenendosi alla normativa e sottostando ai principi dell'accreditamento. Implementare il sistema qualità, diviene uno dei principali modi per soddisfare le richieste che i servizi sanitari devono affrontare. La qualità intesa come concetto globale, "Total Quality", racchiude in sé tutti gli aspetti e le strategie aziendali volte al raggiungimento della propria "mission": fare le cose giuste, nel migliore dei modi e col minore dei costi. Nel contesto del sistema sanitario italiano, così come in quello di altri Paesi, è molto presente il tema all'adeguamento alle esigenze di razionalità ed efficacia, e di garanzia della qualità e sicurezza da fornire ai cittadini.

OBIETTIVI L'obiettivo principale del progetto è quello di permettere, effettuando una indagine epidemiologica sulla qualità percepita da parte degli utenti dei servizi sanitari, di pianificare un graduale miglioramento del servizio. Disponendo dei dati raccolti con il questionario sarà infatti possibile valutare le aree di forza da sostenere e da promuovere, e le aree di criticità su cui intervenire per far crescere il servizio offerto ai cittadini.

METODI Attraverso un'indagine di "customer satisfaction", cercheremo di ottenere una visione d'insieme del servizio di riabilitazione per renderci conto se esso è globalmente apprezzato o meno dal cittadino. Gli studi sulla soddisfazione degli utenti costituiscono un elemento fondamentale per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate e per l'elaborazione ed il monitoraggio dei processi di gestione del servizio. Proponendo all'utenza un questionario, modello "ServQual", ideato sotto forma di pieghevole, realizzato utilizzando delle scale analogico visive in modo da essere di semplice compilazione ed immediata interpretazione, valuteremo la qualità percepita dall'utente nei servizi ambulatoriali di riabilitazione dell'Azienda USL di Ravenna. Il questionario rappresenta lo strumento quantitativo più adatto, per rilevare le percezioni ed i livelli di soddisfazione di un insieme di cittadini che hanno fruito di un servizio sanitario, in modo economico, veloce ed anonimo. Chiedendo direttamente ai cittadini di rileggere la propria esperienza personale, e monitorando nel tempo i risultati attraverso una carta di controllo, sarà possibile misurare il loro livello di soddisfazione, evidenziare i punti di forza del servizio e far emergere le possibili aree di miglioramento e le aree di criticità.

RISULTATI Grazie a quest'indagine si disporrà di una visione d'insieme del servizio di riabilitazione per rendersi conto se esso è globalmente apprezzato o meno dal cittadino. In questo modo si otterrà un riscontro sulla qualità percepita nei servizi ambulatoriali di riabilitazione dell'azienda USL di Ravenna per poter intervenire in maniera efficace per il miglioramento della qualità, investendo le risorse economiche disponibili in quelle che realmente sono le esigenze prioritarie, evitando sprechi e investimenti non mirati: anche la "NON qualità" ha dei costi, perciò diviene fondamentale stabilire a priori gli standard qualitativi da raggiungere, ed investire le risorse disponibili in quella direzione.

CONCLUSIONI Gli studi sulla soddisfazione degli utenti della nostra azienda costituiscono un elemento fondamentale per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate e per l'elaborazione ed il monitoraggio dei processi di gestione del servizio. Pertanto, ritengo essere un buon punto di partenza, disporre di uno strumento, in grado di individuare quali possano essere le aree su cui intervenire per migliorare il servizio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bucchi Michele	Istituzione	Università degli Studi di Ferrara - Corso di Laurea in Fisioterapia, sede di Faenza
Telefono	329 7424596	Indirizzo	N.D.
Fax	054 532736	CAP	48020
E-mail	michele.bucchi@student.unife.it	Città	Sant'Agata sul Santerno

37. LA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA COME STRUMENTO DI CONOSCENZA, EFFICIENZA E QUALITÀ. ANALISI DI UNO STUDIO

Busacca A, Ardizzone F

AO San Carlo Borromeo di Milano

BACKGROUND L'informatizzazione ha cambiato volto sia alla Pubblica Amministrazione, tramite il Decreto Legislativo n.82/2005, sia al mondo sanitario permettendo così di abbandonare il sistema cartaceo e di introdurre il sistema informatizzato. Nell'ambito della Certificazione di Qualità UNI EN ISO 9001 nell'anno 2001 dell'U.O.S. di Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano, nel manuale di qualità aziendale viene inserita la Documentazione Infermieristica, con relativa procedura.

OBIETTIVI L'obiettivo del presente lavoro è quello di comparare i risultati di due studi eseguiti sulla documentazione infermieristica presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo. Nel 2003 un gruppo di miglioramento multidisciplinare ha proposto uno studio sull'uso della documentazione infermieristica cartacea con lo scopo di individuare punti di forza e di debolezza, avere un'immagine più chiara e reale dello strumento, raccogliere suggerimenti e possibili azioni di miglioramento. Nel 2006 l'Azienda ha abbandonato il tradizionale strumento cartaceo ed ha introdotto presso il l'U.O.S. di pronto soccorso la documentazione sanitaria informatizzata, così nel 2009 un nuovo studio è stato proposto al fine di indagare sui vari aspetti qualitativi del metodo informatizzato.

METODI Nel 2003 è stato elaborato un questionario di 20 domande e uno spazio libero per raccogliere eventuali commenti e/o proposte. Dopo un colloquio con la coordinatrice infermieristica del servizio, sull'obiettivo dello studio, sono stati consegnati 56 questionari in forma anonima. Dopo un mese sono stati ritirati 54 questionari completi e, solo 2 incompleti. Nel 2009 è stato riproposto un questionario di 20 domande sulla documentazione infermieristica informatizzata utilizzata presso il pronto soccorso. I questionari consegnati sono stati 58 sempre in forma anonima e sono stati ritirati 55 questionari a distanza di un mese dalla loro distribuzione. Il campione oggetto di studio ha acconsentito alla diffusione dei dati nel rispetto della normativa vigente.

RISULTATI L'analisi dei dati ha evidenziato le varie differenze fra la documentazione cartacea e quella informatizzata, ed ha permesso quindi di raccogliere informazioni utili per migliorare questo strumento. Nel 2003 l'impiego della documentazione infermieristica cartacea era ritenuto utile perché tutelava gli infermieri dai rischi legali e agevolava i professionisti perché sempre disponibile.

CONCLUSIONI La documentazione infermieristica informatizzata può rappresentare l'occasione per beneficiare di vantaggi tipici della gestione informatica e del controllo automatizzato dei dati, e cioè la possibilità di conservare con sicurezza una grossa quantità di dati; elaborare dati rapidamente; visualizzare e stampare nell'immediato dati importanti nei processi decisionali della direzione strategica infermieristica; comunicare e far circolare rapidamente informazioni tra soggetti interessati e varie parti dell'organizzazione; migliorare l'insegnamento della gestione dell'assistenza sviluppando protocolli e standard assistenziali. La documentazione infermieristica si è rivelata un ottimo strumento professionale che permette la "comunicazione a distanza", "l'aggregazione dei dati" e di conseguenza la possibilità di costruire indicatori per il miglioramento assistenziale infermieristico. L'informatizzazione inoltre, può migliorare la sicurezza del paziente e degli operatori a condizione che ciò avvenga all'interno di una programmazione ben strutturata e flessibile in base alle problematiche che di volta in volta si presentano.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Busacca Antonino	Istituzione	AO San Carlo Borromeo
Telefono	02 40222378	Indirizzo	Via Pio II, 3
Fax	02 40222377	CAP	20153
E-mail	busacca68@gmail.com	Città	Milano

38. PAIN... NO THANKS
Calò LC¹, Morichi V², Politano R¹, Bendelari V¹
¹ AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ² INRCA di Ancona

BACKGROUND L'anno 2010-2011 è stato dichiarato dall'OMS il periodo del "NO PAIN", varando una serie di nuove indicazioni per la corretta gestione del dolore e ponendolo come nuovo parametro vitale da valutare e gestire. Il dolore rimane uno dei principali motivi di accesso in pronto soccorso e il protocollo "Oramorph", in uso presso il DEA di II° livello di Ancona, si offre come soluzione in acuto del trattamento della sintomatologia di alcune classi di patologie. Il concordato prevede l'uso della Morfina orale nel trattamento di: cervicobrachialgia; lombalgia; otalgia; odontalgia e traumi isolati degli arti. La gestione del dolore ad opera diretta dell'Infermiere di Triage si attiva per algia medio/gravi valutate secondo la scala NRS (numeric rating scale) da ≥ 4 a 10. Il protocollo è stato ideato oltre che per intervenire tempestivamente sulla gestione della sintomatologia, anche considerando la sicurezza degli operatori utilizzando una molecola ampiamente nota, con somministrazione non invasiva e che presenta in commercio l'antagonista in caso di eventi avversi. La casistica elaborata è incoraggiante, con un abbattimento complessivo del dolore maggiore del 20% e con una percentuale ridotta di effetti collaterali evidenziati.

OBIETTIVI Gestione del Parametro Vitale "Pain" negli utenti del pronto soccorso secondo protocollo con l'utilizzo dell'ORAMORPH 10mg/5cc.

METODI Valutazione del dolore secondo scala NRS all'arrivo in pronto soccorso e rivalutazione post assunzione in un tempo massimo di 45'.

RISULTATI Sono stati raccolti i dati relativi ai pazienti, a cui è stata somministrata la morfina orale (formulazione ORAMORPH) secondo il protocollo operativo approvato, nel periodo tra il 23/10/2010 e il 28/08/2011. La tabella 1 mostra le caratteristiche generali della popolazione. L'efficacia del farmaco è stata valutata come valore finale medio NRS e riduzione assoluta e percentuale del punteggio NRS prima e dopo la somministrazione dell'analgesico. La sicurezza del protocollo è stata valutata come numero di effetti collaterali totali e maggiori (definiti come alterazioni dello stato cognitivo, sedazione/sonnolenza, bradicardia/ipotensione, ritenzione urinaria, reazione cutanea, disturbi respiratori). Sono stati reclutati 122 pazienti, di età media 42 ± 17 anni (range 16-87), per il 70% circa tra i 25 e i 65 anni, con una lieve prevalenza di sesso maschile (55.7%). In accordo con i criteri di inclusione, la maggior parte lamentava dolore a seguito di traumi (41.8%), seguiti in ordine di frequenza da lombo o cervicobrachialgia (34.4%) e odonto-otalgia (23.8%). Il punteggio medio della scala NRS prima della somministrazione del farmaco analgesico è stato pari a 8.20 ± 1.48 , con ben il 75% dei casi ≥ 8 . La quasi totalità dei pazienti ha ricevuto un dosaggio di morfina orale pari allo standard di trattamento previsto dal protocollo (10 mg), con soli 5 soggetti a cui la dose è stata ridotta a 5 mg in quanto di età > 75 anni (di cui due anche affetti da patologia respiratoria cronica). La scala NRS, rivalutata dopo un intervallo di tempo medio pari a 32.96 ± 12.6 minuti, è risultata pari a 6.48 ± 2.19 , con una riduzione media assoluta di 1.72 ± 1.87 punti e percentuale del $20.96 \pm 22.3\%$. Dopo lo stesso intervallo di tempo, sono stati lamentati effetti collaterali solo da 10 soggetti (pari al 8.3%), di cui solo in cinque casi (4.1%) significativi (in tre casi sedazione/sonnolenza, in due casi bradicardia/ipotensione). L'analisi statistica, condotta con il metodo del confronto tra medie per variabili continue e del chi quadro per variabili categoriche, non ha evidenziato differenze significative in termini di efficacia all'analgesico, eccetto che una minore risposta nel gruppo dei soggetti con lombo o cervicobrachialgia rispetto a tutti gli altri (punteggio NRS finale medio 7.05 ± 2.4 vs. 6.17 ± 2 , $p=0.036$; riduzione assoluta punteggio NRS 1.14 ± 1.65 vs. 2.04 ± 1.9 , $p=0.012$; riduzione percentuale punteggio NRS 14.5 ± 20.7 vs. 24.5 ± 22.5 , $p=0.019$). Dopo regressione logistica corretta per sesso ed età, tali differenze hanno perso di significatività. In termini di effetti collaterali, sono state individuate differenze statisticamente significative solo per età sia considerando quelli totali (media 54.6 ± 20.8 vs. 41.1 ± 15.8 , $p=0.013$) sia solo per quelli maggiori (57.6 ± 20.8 vs. 41.44 ± 16.04 , $p=0.033$). Il numero esiguo di soggetti trattati con metà dose rende ragione probabilmente della mancata differenza in termini di efficacia ed effetti collaterali rispetto a quelli trattati con dose piena.

CONCLUSIONI Il protocollo Oramorph, ideato presso il Dea di Ancona, si è dimostrato funzionale e sicuro a tal punto che altre strutture hanno adottato la stessa scheda di valutazione. L'attuazione rapida e la via di somministrazione sicura per l'infermiere e il costo ridotto rendono il protocollo efficace supportando il lavoro al Triage.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Calò Luigi Cristiano	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 5964061	Indirizzo	Via Conca, 71
Fax	071 5963012	CAP	60100
E-mail	inf.calo@hotmail.it	Città	Ancona

39. CISTITE INTERSTIZIALE: DIAGNOSI DIFFERENZIALE E PROGETTO RIABILITATIVO MULTIDISCIPLINARE
Campi T, Vassura M
<i>Università degli Studi di Ferrara</i>

BACKGROUND La Commissione USA per la sorveglianza delle Malattie Rare, ha documentato che per un terzo dei soggetti affetti da una di esse, sono stati necessari da 1 a 5 anni per ottenere la diagnosi corretta e che per il 15% dei pazienti la diagnosi è stata definita dopo 6 anni dall'esordio clinico della patologia. I dati europei confermano la difficoltà da parte degli operatori sanitari di riconoscere gli eventi rari, senza eccezione per quanto riguarda la CI. Un ulteriore ostacolo è costituito dalla rarità dei presidi specializzati in grado di effettuare una valutazione clinica ben strutturata al fine di ottenere una diagnosi corretta ed un percorso riabilitativo efficace. La CI, in Italia, è stata ufficialmente riconosciuta Malattia Rara nel 2001, ma ad oggi non vi è uniformità nell'inquadramento delle relative terapie e nella modalità della loro erogazione da regione a regione. A tale riguardo la giunta regionale dell'Emilia-Romagna, recependo il Decreto Ministeriale n.278 del 18.05.2001, ha stabilito la necessità di istituzione e regolamentazione della rete nazionale delle Malattie Rare, la previsione che i presidi di tale rete operino secondo protocolli clinici concordati con i centri interregionali di riferimento, nonché l'istituzione di un gruppo tecnico regionale per le malattie rare.

OBIETTIVI Le proposte sviluppate all'interno di questa studio prendono spunto dal contenuto del D.M.278. Esse hanno lo scopo di proporre un percorso diagnostico e riabilitativo multidisciplinare indirizzato ai pazienti affetti da CI e patologie concomitanti di interesse riabilitativo, come ad esempio, la sindrome fibromialgica e l'urgenza incontinenza.

METODI Il supporto scientifico prevede l'uso del diario minzionale che indaga sintomi minzionali e relative abitudini; del bladder training il cui scopo è la correzione di eventuali compensi; del Pelvic Floor muscles training per incrementare forza ed endurance muscolare; di un questionario anamnestico che raccoglie dati personali, anamnestici, abitudini di vita del paziente e conoscenze riguardo la patologia e di un questionario fisioterapico che raccoglie i principali dati riguardanti i sintomi dolorosi, i sintomi urinari, la sfera sessuale e la qualità di vita del paziente. L'equipe multidisciplinare proposta è formata da un medico urologo; un infermiere case manager; un medico fisiatra, un medico reumatologo; un coordinatore fisioterapico, un fisioterapista perineale. Sarà inoltre possibile attivare la consulenza di uno psicologo/sessuologo che potrà fornire al paziente supporto e consigli specifici. Tale progetto prevede che lo studio abbia una durata di 6 mesi al termine del quale si ritiene sia possibile confrontare lo stato di salute iniziale del paziente con quello ottenuto in seguito al trattamento; ciò grazie all'esame obiettivo e al confronto dei risultati rilevati con la somministrazione del questionario fisioterapico nel primo e nell'ultimo giorno di trattamento riabilitativo perineale. I costi stimati della messa in atto di tale progetto sono stati calcolati ipotizzando un'affluenza al servizio di circa 150 utenti provenienti da tutte le province del territorio romagnolo in un periodo di 6 mesi.

RISULTATI La messa in atto di questo progetto permetterebbe dunque di fornire una risposta multidisciplinare e coordinata ai diversi aspetti della patologia CI, con una presa in carico globale del paziente. In maniera più specifica potrebbe portare ad una diagnosi precoce della Cistite Interstiziale con una conseguente presa in carico precoce, al miglioramento dello stato di salute del paziente e all'innalzamento della sua qualità di vita grazie all'attenuazione di sintomi quali pollachiuria, nocturia, dispaurenia, e dolore. Nei pazienti che inizialmente presentavano Urgenza Incontinenza si potrà giungere inoltre ad un'attenuazione della sensazione di urgenza e nei pazienti con concomitanza di sintomi fibromialgici si potrà perseguire l'obiettivo di ottenere un rilassamento muscolare globale.

CONCLUSIONI La messa in atto di tale progetto prevede un costo aggiuntivo stimato di circa 5000€; un investimento di tale portata si può considerare estremamente esiguo se paragonato ai volumi aziendali e soprattutto se si tiene conto del risparmio indiretto che la diagnosi precoce, la relativa presa in carico e il trattamento multidisciplinare della CI potrebbero comportare. Verrebbero infatti ridotte le spese sociali dovute alle numerose ed infruttuose visite specialistiche con i relativi esami diagnostici e le eventuali terapie farmacologiche che un terzo dei pazienti effettua nell'arco di cinque anni dall'esordio clinico della patologia, prima di giungere alla corretta diagnosi di Cistite Interstiziale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Vassura Maddalena	Istituzione	Università degli Studi di Ferrara
Telefono	0546 662072	Indirizzo	Via Mura Torelli, 67
Fax	0532 455546	CAP	48018
E-mail	maddalena.vassura@student.unife.it	Città	Faenza

40. I QUESTIONARI FABBISOGNI FORMATIVI E CLIMA INTERNO. ANALISI DI UN'ESPERIENZA
Camusso N
<i>ASL Oristano</i>

BACKGROUND Solo attraverso l'analisi dei fabbisogni è possibile realizzare un programma di formazione efficace così come un progetto di miglioramento quali - quantitativo e organizzativo dei servizi. È necessario infatti conoscere i bisogni reali e cogliere le molteplici problematiche correlate ai rapporti tra colleghi così come all'ambiente di lavoro per contrastare le profonde ripercussioni che ambiente fisico e di relazione può avere sia sul benessere psicofisico dei lavoratori che sulla qualità globale dell'attività lavorativa.

OBIETTIVI Al fine di migliorare l'offerta formativa stato intrapresa un'analisi conoscitiva basata su questionari.

METODI A tutto il personale del Dipartimento dei Servizi Diagnostici sono stati somministrati ottanta questionari anonimi suddivisi in due parti. La prima contenente domande di carattere generale (titolo di studio e percorso formativo di base), domande sulla soddisfazione in rapporto all'ambiente di lavoro, le motivazioni, le eventuali difficoltà incontrate nello svolgimento dei propri compiti. La seconda riguardante compiti e funzioni specifiche del proprio lavoro, conoscenze informatiche generali e specifiche, conoscenze linguistiche, cultura professionale e contenuti ritenuti prioritari sui quali concentrare la formazione, precedenti esperienze formative e qualità delle stesse. In base alla professione è stato chiesto in quali ambiti vorrebbero migliorare la propria preparazione e a quale tipologia di evento formativo volessero partecipare.

RISULTATI Sono stati restituiti compilati il 75% dei questionari. Il 60% si dichiara poco soddisfatto dell'ambiente di lavoro, in termini di arredamento e strumentazione. Le principali difficoltà derivano: il 24% dal carico di lavoro, il 19% dai colleghi, 30% dall'ambiente, 5% dai superiori, il 22% dal personale di altri reparti. Il 34% ritiene il suo ruolo adeguato alle sue capacità, l'80% ritiene che le mansioni che ricopre siano attinenti alla sua formazione, il 48% ritiene che un rapporto positivo con i colleghi influenzi positivamente il suo lavoro. Il 60% svolge funzioni diagnostiche, il 10% ha ruoli di formazione ed educazione. Il 60% ha buone conoscenze informatiche di base ma vorrebbe sviluppare le competenze nei software di gestione specifici del settore di appartenenza. L'80% ha delle conoscenze linguistiche a livello scolastico di Inglese e Francese. L'80% degli intervistati dichiara di aver partecipato a corsi d'aggiornamento, anche se il 40% dichiara che raramente i corsi erano attinenti al ruolo svolto. Il 60% preferirebbe una formazione sul campo piuttosto che in aula. Il 30% si dichiara disponibile ad un confronto con colleghi di altri dipartimenti o di altre aziende. L'80% degli infermieri chiedono eventi formativi sulla comunicazione.

CONCLUSIONI L'esperienza ha rappresentato pertanto una base importante per le strategie organizzative e la scelta dei target di formazione/informazione per orientare sempre più il servizio ad quel miglioramento continuo che è alla base di un efficace/efficiente laboratorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Camusso Niccolò	Istituzione	ASL Oristano - Ospedale San Martino
Telefono	0783 317318	Indirizzo	Via Rockefeller
Fax	0783 317262	CAP	09170
E-mail	niccolocamusso@alice.it	Città	Oristano

41. RIASCOLTO CRITICO-ANALITICO DELLE CHIAMATE 118: ATTIVITÀ FORMATIVA PER LA RIDUZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CON L'OBIETTIVO DI MIGLIORARE LE COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI, ORGANIZZATIVE E RELAZIONALI DEGLI OPERATORI DI CENTRALE

Cannizzaro G

AOU Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND L'intervento ha luogo nella centrale operativa del 118 di Ancona ed è il risultato di un percorso psicologico sia in formazione continua sia per un sostegno sistemico, dove valutare e correggere competenze relazionali e comunicative.

OBIETTIVI Obiettivi primari sono: 1. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento di trasporto (intra ed extraospedaliero) 2. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage all'interno del Sistema 118. Costituiscono obiettivi specifici: a. Il miglioramento dell'intervista valutata secondo i punteggi assegnati agli items relativi all'Aderenza al protocollo dell'intervista telefonica, b. Il miglioramento della fase di organizzazione dell'intervento valutata secondo i punteggi assegnati agli items relativi alla "Performance organizzativa", c. Il miglioramento della fase di interfaccia con l'utente valutata secondo i punteggi assegnati agli items relativi alla "Competenza relazionale", d. L'ottimizzazione dei processi di cura e della pianificazione delle diverse tipologie di intervento, e. La trasparenza, la verificabilità e la confrontabilità dell'attività del Sistema di emergenza 118 all'interno delle diverse centrali operative 118.

METODI La chiamata venga valutata in base a: 1. Aderenza al protocollo dell'intervista telefonica 2. Performance organizzativa 3. Competenza relazionale Metodologia applicata: Questa attività prevede che il riascolto venga effettuato: 1. Su reclami pervenuti (RIASCOLTO RECLAMI) 2. Due/tre chiamate di ogni operatore all'anno scelte casualmente tra codici rossi o gialli di invio (RIASCOLTO FORMATIVO) Vengono analizzate per mezzo di item, a seconda della complessità degli stessi, (per 'Aderenza al protocollo dell'intervista, aderenza telefonica, "Performance organizzativa", "Competenza relazionale") Ogni mese la psicologa isola alcune chiamate che vengono trascritte e trasmesse in forma cartacea assieme ad un modulo per l'assegnazione dei punteggi. Tale assegnazione avviene per la parte tecnica e gestionale senza il riascolto diretto della chiamata. Successivamente i supervisori si incontrano per discutere, condividere e arrivare ad un accordo sui punteggi da assegnare. Tali punteggi vengono registrati in un apposito software sviluppato ad hoc che elabora un giudizio di sintesi generale e di periodo per ogni operatore e per la centrale tramite un grafico.

RISULTATI L'esito del progetto formativo a regime verrà valutato attraverso il confronto longitudinale pre e post intervento dei seguenti indicatori: reclami, eventi sentinella, eventi non conformi. I dati, essendo il progetto in corso d'opera, non sono ancora disponibili. Vengono effettuati dalla Psicologa: riascolti mensili degli Operatori di centrale per ca. 100 (chiamate/operatore) per 17 (operatori che aderiscono all'attività) pari a ca. 1.700 chiamate al mese per un totale di ca. 15.000 chiamate riascoltate all'anno, riascolti di gruppo, per ca. n. 6 incontri/anno, relativi a chiamate scelte di volta in volta dagli operatori coinvolti nella formazione. Ha aderito al progetto ca. l'81% del personale di centrale. Il gruppo di supervisione ha valutato attraverso l'utilizzo del software dedicato l'appropriatezza dell'intervista telefonica e della gestione dell'intervento per ca. 50 eventi. Allo stato attuale si è rilevato un azzeramento dei reclami pervenuti a carico del personale aderente al progetto.

CONCLUSIONI L'attività di riascolto delle chiamate (in tutte le sue forme) è un'attività delicata e complessa che necessita di una metodologia sofisticata, di molto tempo, di un gruppo di supervisori esperti e di infermieri formati e preparati ad affrontare tale attività. Essa risulta necessaria a far fronte agli obiettivi primari sopra indicati. Fermi restando gli obiettivi specifici di: a) Il miglioramento dell'intervista valutata secondo i punteggi assegnati agli items relativi "all'Aderenza al protocollo dell'intervista telefonica", b) Il miglioramento della fase di organizzazione dell'intervento valutata secondo i punteggi assegnati agli items relativi alla "Performance organizzativa", c) Il miglioramento della fase di interfaccia con l'utente valutata secondo i punteggi assegnati agli items relativi alla "Competenza relazionale", d) L'ottimizzazione dei processi di cura e della pianificazione delle diverse tipologie di intervento, e) La trasparenza, la verificabilità e la confrontabilità dell'attività del Sistema di emergenza 118 all'interno delle diverse centrali operative 118.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Cannizzaro Giorgia	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 5964141	Indirizzo	Via Conca
Fax	071 219800	CAP	60020
E-mail	giorgia.ca@libero.it	Città	Ancona

42. IL RISK MANAGEMENT IN SANITÀ: COMPARAZIONE SCALE CADUTE, INDICATORE DI PRESTAZIONE DI SICUREZZA E FASE SPERIMENTALE HENDRICH II CON AGGIORNAMENTO PROTOCOLLO

Caranti M

IPASVI Rovigo

BACKGROUND La gestione del rischio clinico comprende le attività che hanno come obiettivo quello di creare il contesto e le condizioni clinico-organizzative favorevoli per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, in linea con gli standard professionali. Rappresenta la contestualizzazione nelle organizzazioni sanitarie delle diverse componenti della qualità, in particolare: efficacia, appropriatezza clinica ed organizzativa, sicurezza ed uso ottimale delle risorse nei servizi sanitari. Per ottenere, all'interno di una azienda ospedaliera, la cultura del rischio, si deve favorire la consapevolezza che la segnalazione degli eventi potenzialmente dannosi o dannosi, l'analisi degli incidenti e la valutazione dei rischi inerenti alle attività sanitarie consente di mantenere un elevato livello di allerta sul sistema e di organizzare le attività in modo da tutelare il paziente lungo tutte le fasi del processo di diagnosi e cura. Le cadute del Paziente in ospedale rappresentano un potenziale evento avverso parzialmente prevedibile oltre che un evento sentinella. L'efficace comprensione del rischio di caduta del Paziente degente in ospedale rappresenta un indicatore della qualità dell'assistenza infermieristica e della qualità organizzativa di un'azienda.

OBIETTIVI La tesi si propone di sensibilizzare il personale infermieristico alla segnalazione degli errori. Inoltre, si deve diffondere la cultura dell'errore intesa come elemento propositivo cogliendo l'occasione di imparare dagli errori acquisendone responsabilità, professionalità e competenza. Propone di offrire, dal punto di vista infermieristico, di sensibilizzare la segnalazione di errori imparando da tali errori, responsabilità, professionalità e competenza. L'importanza della "Clinical Governance" si basa su due dimensioni fondamentali: "la concezione di sistema e l'integrazione delle istituzioni, delle strutture organizzative e degli strumenti clinici e gestionali". La revisione del protocollo di prevenzione e gestione delle cadute intende costituire un supporto metodologico per un processo gestionale univoco, in un ottica di miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie, a garanzia della qualità, efficienza, efficacia, equità e sostenibilità delle cure erogate.

METODI Risk Management nella sanità con particolare riferimento alla segnalazione con scheda Incident Reporting (I.R.) effettuata dal preposto del Rischio Clinico ed una scheda dove spiega la dinamica compilata da chi individua l'incidente. Inserimento di una scheda di segnalazione delle cadute oggettiva e non soggettiva.

RISULTATI Il Modello di Rischio di caduta Hendrich II fornisce un mezzo per predire quali pazienti sono a rischio di caduta. È stato progettato per essere somministrato rapidamente e si concentra su otto fattori di rischio indipendenti: - Confusione, disorientamento, impulsività - Depressione sintomatica - Alterata eliminazione - Capogiro, vertigini - Sesso maschile - Antiepilettici (cambia posologia o la sospensione) - La somministrazione di benzodiazepine - Scarso rendimento nel "Get-up-and-Go" test di alzata da posizione seduta. Ciascuno dei fattori di rischio indipendenti viene assegnato un punteggio specifico. Se un fattore non è presente, il paziente riceve un punteggio pari a 0. La probabilità di cadere a causa di un fattore di rischio particolare, sono stati convertiti in numeri interi, poi ai punti di rischio. Come risultato, ogni elemento della scala ha il suo peso. Il paziente ha sia il fattore di rischio o non, quando presente, il paziente riceve il numero di punti per quella voce. La caduta Hendrich II modello di rischio si basa su fattori di rischio intrinseco, condizioni fisiologiche come vertigini che possono essere presenti sia in ambienti domestici e ospedalieri. I fattori intrinseci sono la causa di "cade per fattori fisiologici", cioè quelli che sono prevedibili e prevenibili. Il modello di Rischio di caduta Hendrich II non affronta estrinseci fattori ambientali come le condizioni pavimenti, dispositivi di assistenza, l'illuminazione e le scarpe. Il modello di Rischio Hendrich II ampiamente utilizzato è un facile modello predittivo. Da quando è stato sviluppato nel 2003, centinaia di ospedali l'hanno recepita nelle loro pratiche assistenziali, anche se non è stato ampiamente studiato, rapporti informali iniziali sono positivi, soprattutto quando il modello viene utilizzato in modo coerente. Ci sono state due versioni del modello di rischio caduta Hendrich. La prima versione è stata sulla base di analisi retrospettive e studi pilota. La seconda versione si basa su fattori di rischio che cambiano poco tra le versioni Hendrich ed Hendrich II, con studi specifici randomizzati, studio caso-controllo, una maggiore affidabilità dello strumento e specificità. È diventato...

CONCLUSIONI Utilizzare uno strumento completo e che non lasci alla sensibilità dell'operatore la compilazione ma si attesti su parametri oggettivi del paziente che si deve valutare.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Caranti Marco	Istituzione	IPASVI Rovigo
Telefono	328 8543644	Indirizzo	marco.caranti@pec.ipasvirovigo.it
Fax		CAP	45100
E-mail	caranti.marco@libero.it	Città	Rovigo

43. ELABORAZIONE DI UNA LINEA GUIDA INFERMIERISTICA, ADATTATA AL CONTESTO ALTOATESINO, PER LA PROFILASSI DELLA TROMBOSI IN OSPEDALE

Casanova Stua L¹, Cavada ML², Gamper E², Tappeiner W³

¹Comprensorio Sanitario di Bolzano, ²Università degli Studi di Verona - Corso di Laurea in Infermieristica, ³Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

BACKGROUND L'insorgenza di una trombosi costituisce un problema rilevante e frequente dei pazienti ricoverati in ospedale. L'incidenza di trombosi venosa profonda oscilla tra il 10% nei pazienti urologici e il 47% nei pazienti ortopedici; in media il 29% di tutti i pazienti chirurgici riscontrano una trombosi venosa profonda degli arti inferiori (NICE2010). Nei pazienti internistici l'incidenza delle trombosi è pari al 24%; nelle gravide e nelle puerpere è di circa tre volte superiore rispetto alle donne in generale con valori di 103 su 100.000 verso 36 su 100.000 (Rocha et al., 2007). L'incidenza di trombosi venosa profonda è di circa l'11% nei pazienti ricoverati in terapia intensiva (Limpus, Chaboyer, McDonald, & Thalib, 2006). Le trombosi venose profonde degli arti inferiori sono le principali responsabili della maggior parte delle embolie polmonari in pazienti ospedalizzati (Attia et al., 2001; Limpus, et al., 2006). Mediamente il 3% dei pazienti chirurgici, non in trattamento, vanno incontro ad embolia polmonare (NICE, 2010). Il trattamento di una trombo-embolia venosa e delle conseguenze a lungo termine sono strettamente correlate ad elevati costi sanitari. In Alto Adige non è possibile risalire a dati di incidenza del problema; inoltre non esiste una gestione infermieristica omogenea della profilassi delle trombosi in ambito ospedaliero. Per questo motivo è nata l'esigenza di elaborare uno strumento che unifichi la pratica quotidiana. L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha recepito tale necessità ed ha incaricato il gruppo di progetto "Evidence-based Nursing Alto Adige" di elaborare una linea guida.

OBIETTIVI La linea guida ha l'obiettivo di fornire raccomandazioni di comportamento infermieristico per la profilassi della trombosi venosa profonda degli arti inferiori.

METODI Il gruppo di progetto "Evidence-based Nursing Alto Adige" ha eseguito una ricerca bibliografica allo scopo di individuare linee guida basate sulle evidenze, che rispondessero ai diversi quesiti assistenziali e che potessero fungere da base per l'elaborazione di uno strumento adattato al contesto locale. La ricerca è stata eseguita in due gruppi separati utilizzando le banche dati di PubMed, Cinahl, Tripdatabase. È stata individuata una linea guida prodotta nel 2010 dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) che rispondeva alla maggior parte dei quesiti assistenziali inerenti la profilassi delle trombosi "Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital". La linea guida è stata valutata da quattro membri del gruppo in modo indipendente attraverso la checklist del German Centre for Evidence-based nursing (Istituto nazionale tedesco per l'assistenza infermieristica basata sulle prove d'efficacia) ed è stata scelta come strumento di riferimento. Dall'analisi della linea guida è emersa la mancanza di alcuni aspetti assistenziali come ad esempio l'uso delle fasce elastiche o il massaggio delle vene. È stata eseguita quindi una ricerca bibliografica nelle banche dati di PubMed, Cinahl, Cochrane, Embase per ricercare articoli scientifici specifici. Non sono state trovate né fonti secondarie né fonti primarie ma solo alcune revisioni narrative della letteratura. Le raccomandazioni della linea guida NICE, applicabili al contesto locale, sono state tradotte in lingua italiana e tedesca. Gli interventi presi in considerazione sono stati: la valutazione del rischio di trombosi, l'uso delle calze mediche antitrombosi, della compressione pneumatica intermittente, della mobilizzazione precoce, dell'idratazione per os, e i programmi educativi. Sono state aggiunte raccomandazioni elaborate dal gruppo sulla base dell'esperienza. L'aggiornamento della linea guida è previsto per il 2015.

RISULTATI La linea guida elaborata è stata pubblicata sul sito del gruppo di progetto Evidence-based Nursing Alto Adige (www.ebn.bz.it) e distribuita in forma cartacea a tutti i Coordinatori Infermieristici dei quattro Comprensori Sanitari dell'Alto Adige. Il gruppo ha elaborato inoltre un opuscolo informativo per i pazienti, di supporto all'infermiere durante il colloquio educativo, nel quale vengono spiegati, con un linguaggio semplice e comprensibile, le misure profilattiche della trombosi venosa profonda dell'arto inferiore.

CONCLUSIONI Data la natura multiprofessionale della tematica, si è reso necessario integrare la linea guida con delle raccomandazioni di tipo medico. A tal proposito è stato costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare che, oltre ad integrare la linea guida con contenuti medici, sta elaborando un "protocollo aziendale di profilassi antitrombotica stratificato sul rischio individuale". Terminata l'elaborazione della linea guida e del protocollo seguirà la fase di disseminazione e implementazione in Azienda (fase prevista per la primavera 2012).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Cavada Maria Luisa	Istituzione	Università degli Studi di Verona - Corso di Laurea in Infermieristica
Telefono	0471 067352	Indirizzo	Via Lorenz Boehler, 13
Fax	0471 067310	CAP	39100
E-mail	luisa.cavada@claudiana.bz.it	Città	Bolzano

44. GESTIONE DEL RISCHIO NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE: QUALE RELAZIONE TRA ERRORI CLINICI E GESTIONALI?

Casati O, Chiodi R, La Venia S, Bertolaia P

ASL di Milano

BACKGROUND Numerosi fattori hanno portato allo sviluppo di soluzioni alternative al ricovero ospedaliero e tra queste l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sta acquisendo una posizione di rilievo. Nella sola ASL di Milano il tasso di pazienti in ADI ha una crescita costante dal 2006 ad oggi, così come in crescita è il tasso di incidenza delle patologie critiche assistite a domicilio. Va precisato che l'attività di assistenza domiciliare nella nostra ASL è svolta in outsourcing da Enti Gestori accreditati ai quali annualmente viene assegnato un budget con il quale ogni EGP deve garantire l'assistenza secondo i profili di cura necessari e più idonei al caso.

OBIETTIVI È nello scenario sopra sintetizzato che si inserisce l'attenzione posta dalla nostra ASL al governo del rischio clinico connesso all'assistenza domiciliare. Obiettivo specifico del lavoro è stato quello da un lato di analizzare gli errori clinici più frequentemente riscontrabili nell'attività di assistenza domiciliare, dall'altro di valutare la possibile relazione tra questi e gli errori di gestione commessi dagli Erogatori nel governo economico del budget loro assegnato.

METODI Il lavoro è stato condotto partendo dall'analisi dei dati relativi a: errori clinici evidenziati nel corso dei controlli di appropriatezza effettuati dalla ASL a domicilio dei pazienti, case mix dei profili assistenziali, costo medio per utente, consumo di budget. Si è quindi proceduto, per quegli EGP che presentavano un eccessivo consumo di budget ed un elevato costo medio, all'analisi di una possibile relazione tra l'errore clinico percentualmente più rilevante e l'errore gestionale evidenziato.

RISULTATI In prima analisi il lavoro ha portato ad una "mappatura" degli errori clinici più frequenti evidenziati nell'attività di assistenza domiciliare svolta dagli EGP. La stesura di tale mappatura è stata possibile anche attraverso l'analisi dei dati dei controlli di appropriatezza domiciliari. I controlli, effettuati nel periodo gennaio - ottobre 2011, sono stati 850 domiciliari (corrispondenti al 14% dei casi presi in carico in ADI nel medesimo periodo) e 614 documentali. I principali errori clinici emersi sono stati: non corretta tenuta della documentazione clinica, mancata osservanza di norme igieniche e di asepsi, ritardo nell'inizio delle cure, adozione di protocolli di medicazione non efficaci, non adeguata valutazione delle necessità assistenziali per sovra o sotto stima, non adeguato turn over degli operatori. Relativamente ai dati gestionali si è evidenziato che l'eccessivo consumo di budget, quando non giustificato dall'aumento dell'utenza presa in carico, è strettamente correlato all'innalzamento del costo medio per utente e che quest'ultimo è strettamente connesso alla durata della presa in carico (durata media 78 giorni). L'analisi della correlazione tra sforamento di budget, elevato costo medio ed errore clinico ha riguardato ad oggi 5 dei 24 EGP accreditati per un totale di 2957 utenti assistiti. Va precisato che l'analisi è stata effettuata prevalentemente sui profili di cura medio-alti in quanto a maggiore complessità e maggior valorizzazione economica (credit-voucher 3° profilo). I primi risultati hanno rilevato che l'eccessivo consumo di budget legato all'allungamento della presa in carico (durata media > di 130 giorni) è correlabile con: applicazione di protocolli di medicazione non adeguati (maggior utilizzo di medicazioni semplici anziché medicazioni avanzate con un rapporto 2,3/1), sottovalutazione dei bisogni assistenziali complessivi dell'utente (prevalenza netta di interventi infermieristici su interventi misti infermieristico-assistenziali, rapporto credit/voucher di 7/1), mantenimento in assistenza della cronicità. Si è rilevato inoltre che l'eccessivo consumo di budget costituiva un elemento a sua volta condizionante un importante errore clinico quale il ritardo dell'avvio delle cure.

CONCLUSIONI L'iniziale studio effettuato ha permesso di evidenziare come rischio clinico e rischio gestionale possano effettivamente essere strettamente connessi. Non solo gli errori clinici possono condurre ad importanti errori gestionali ma quest'ultimi possono condizionare ed essere causa anche diretta dei primi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Casati Ornella	Istituzione	ASL di Milano
Telefono	02 85782624	Indirizzo	Via Ricordi, 1
Fax	02 85782629	CAP	20100
E-mail	ocasati@asl.milano.it	Città	Milano

45. LA QUALITÀ DEL SONNO NELL'UTENTE RICOVERATO IN OSPEDALE: UNO STUDIO CASO-CONTROLLO

Castagna L, Accardi R, Re LG

Fondazione IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena

BACKGROUND Il sonno è definibile come uno stato di incoscienza durante il quale il cervello riposa e dal quale un individuo può essere risvegliato da stimoli esterni. La sua qualità e quantità influisce sulla qualità di vita e il benessere percepito, risultando una variabile importante dello stato di salute psicofisica di una persona. Tuttavia, fra le necessità ascrivibili ad un utente ricoverato in una struttura ospedaliera, il bisogno di riposo e sonno viene spesso sottovalutato o, addirittura, nello specifico contesto, neppure considerato in sé come una necessità da dover o poter soddisfare. Invece questo è un problema comune in ospedale, determinato sia da fattori esogeni (es. ambiente estraneo, rumori, illuminazione, interventi dello staff clinico) che endogeni (ansia, patologia, stress, dolore). Un sonno adeguato è fondamentale per un recupero pieno dello stato di salute: in caso contrario si possono innescare gravi effetti su di essa e importanti interferenze sul normale processo di guarigione, e se è pur vero che uno stato di malattia influisce sulla qualità del sonno, è anche vero che una sua compromissione ne può condizionare pesantemente l'esito.

OBIETTIVI Valutare la qualità del sonno percepita da utenti sottoposti ad un ricovero ospedaliero (gruppo "caso") e da persone non ricoverate (gruppo "controllo") esaminandone il grado di comparabilità in termini di esito assoluto e di analisi delle diverse componenti (es. latenza, durata, efficacia).

METODI L'indagine è stata condotta attraverso la realizzazione di uno studio caso-controllo che ha coinvolto 64 utenti (casi) dimessi dopo un ricovero ospedaliero da 10 UUOO diverse e 64 persone (controlli); ad ogni caso è stato fatto corrispondere un controllo perfettamente sovrapponibile per sesso e fascia di età. Su costoro sono stati raccolti dati riguardanti i principali determinanti dimostratisi dai dati di letteratura potenzialmente agenti sulla qualità del sonno (es. tipo di attività lavorativa, consumo di alcolici e/o di caffè, fumo, alcune condizioni o patologie) ed è stata realizzata una misura della qualità percepita del sonno attraverso l'utilizzo del Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Gli esiti del PSQI score e dei punteggi parziali relativi alle diverse dimensioni del sonno analizzate dallo strumento sono stati soggetti ad un processo di comparazione fra i due gruppi a mezzo di tabelle di contingenza 2x2 e del test χ^2 .

RISULTATI Dopo una analisi post hoc, i due gruppi non si sono dimostrati significativamente differenti ($p > 0.05$) per i principali predittori agenti sulla qualità del sonno, tranne che per la ricorrenza di alcune condizioni o patologie ($p < 0.05$). Il gruppo controllo rispetto al gruppo caso ha meno disturbi del sonno ($p < 0.001$) e, nello specifico, esso manifesta una migliore qualità soggettiva, una maggiore durata ed efficacia, un minore ricorso a farmaci ($p < 0.001$) e una migliore tenuta del ritmo sonno-veglia e del benessere psichico ($p < 0.05$). Il periodo di latenza e la presenza di disturbi durante il sonno è comparabile per i due gruppi ($p > 0.05$).

CONCLUSIONI L'esposizione all'evento "ricovero ospedaliero", oltre a comportare nell'utente una comprensibile ed inevitabile condizione di ansia, preoccupazione e disagio, può influenzare anche la sua qualità del sonno, le cui ricadute hanno un ruolo significativo sia sul benessere psicofisico che sui normali processi di guarigione connessi al trattamento clinico erogato.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Re Luca Giuseppe	Istituzione	Fondazione IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena
Telefono	02 55035352	Indirizzo	Via Pace, 9
Fax	02 55035458	CAP	20100
E-mail	lucagiuseppere@gmail.com	Città	Milano

46. LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI FORMATIVI NELL'ISTITUTO DON ORIONE DI MILANO

Castaldo A

Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo di Milano

BACKGROUND La formazione continua, nella fattispecie quella aziendale, è considerata una leva strategica per favorire i cambiamenti organizzativi. Ciononostante, la valutazione a distanza degli effetti formativi sull'organizzazione è ancora poco effettuata e di difficile realizzazione, per motivi culturali, scarse competenze dei formatori, dispendio di risorse di tempo ed economiche. Ciò è maggiormente evidente per le organizzazioni in cui non esistono percorsi di valutazione (es. delle prestazioni) già implementati.

OBIETTIVI L'indagine ha l'obiettivo di rilevare la percezione di cambiamento professionale e il livello di competenze/performance raggiunto dagli operatori a distanza di 6/9 mesi dalla fine di un percorso formativo aziendale. Nello specifico si è voluto misurare il trasferimento all'interno del contesto lavorativo delle conoscenze/capacità che sono state acquisite durante la formazione, ossia quello che Kirkpatrick, definisce il terzo livello - comportamenti - di valutazione dell'efficacia della formazione.

METODI La valutazione delle performance individuali, messe in pratica in seguito agli eventi formativi, è effettuata in parallelo dagli operatori sanitari e socio assistenziali che hanno partecipato agli eventi formativi e dai rispettivi coordinatori, attraverso varie metodologie e strumenti costruiti ad hoc. La valutazione degli operatori riguarda: • la percezione dell'efficacia/applicabilità delle conoscenze nella propria realtà operativa; • un retest di apprendimento (2 domande sull'argomento principale del corso) per contestualizzare la valutazione a distanza; • un'autoanalisi delle competenze raggiunte, attraverso un set di indicatori comportamentali. La valutazione effettuata dai coordinatori (supervisori diretti) comprende: • un'analisi - osservativa - delle competenze raggiunte dai propri operatori, attraverso una check list di indicatori comportamentali (identica a quelli degli operatori); • un'analisi dei risultati, attraverso focus group e report che individuano situazioni critiche.

RISULTATI La rilevazione è stata condotta a distanza di 6-9 mesi dalla realizzazione degli eventi formativi aziendali, scelti tra quelli più strategici per l'organizzazione. Complessivamente dal 2009 a primo trimestre 2001 sono stati valutati 20 percorsi formativi (4, 2009; 10, 2010; 6, 2011). La valutazione degli effetti formativi ha previsto un percorso graduale, partendo da una prima sperimentazione nel 2009, fino ad arrivare al 2011 con una revisione delle modalità operative e degli strumenti di rilevazione. La prima sperimentazione pilota, effettuata su 2 gruppi di operatori (infermieri e ASA) aveva l'obiettivo di tarare le modalità valutative. Alla fine del 2009 si è pervenuti alla condivisione con le parti sociali di un percorso più strutturato nel 2010, che coinvolgesse tutte le professioni sanitarie e socio-assistenziali. Nel 2011 è stata compiuta una revisione del percorso, in funzione dei risultati della sperimentazione dell'anno precedente, dei feedback pervenuti dagli operatori e di un'analisi più approfondita con i coordinatori/responsabili dei servizi.

CONCLUSIONI La sperimentazione della valutazione degli effetti formativi si è prefigurata una scelta coraggiosa e impegnativa, anche se condivisa con la direzione dell'istituto e con le parti sociali. La gradualità del percorso si è resa necessaria per la storia - soprattutto culturale dell'istituto. I feedback ad oggi sembrano confermare una maggiore accettazione della valutazione, a fronte delle resistenze iniziali. Tale indagine è solo il primo passo per sistematizzare ulteriormente la valutazione delle performance a seguito della formazione versus la valutazione dell'impatto organizzativo. In termini evolutivi, saranno considerati ulteriori indicatori, rilevabili attraverso segnalazioni/reclami, customer satisfaction, audit clinici, verifiche di vigilanza ASL. Infine la valutazione d'impatto pur se molto complessa, in quanto richiede lo sviluppo e il monitoraggio di diversi aspetti, l'integrazione con altri sistemi di valutazione di qualità, orienterebbe maggiormente la direzione sui correttivi - non solamente formativi, da realizzare.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Castaldo Anna	Istituzione	Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo di Milano
Telefono	02 4294581	Indirizzo	Viale Caterina da Forlì, 19
Fax	02 40043459	CAP	20146
E-mail	anna.castaldo@donorionemilano.it	Città	Milano

47. SISTEMA QUALITÀ E GOVERNO CLINICO: UN APPROCCIO INTEGRATO PER SUPPORTARE I DIPARTIMENTI CON COMPETENZE, RISORSE E STRUMENTI ADEGUATI

Cencetti S, Baraghini G, Trevisani B

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Policlinico

BACKGROUND Nella nostra azienda da molti anni è aperto il tentativo di promuovere iniziative innovative capaci di promuovere le logiche del governo clinico. Fin da 1999 furono avviati progetti che videro coinvolte molte persone e la progettazione e sviluppo di applicativi specifici; Per vari motivi i risultati non furono in linea con le aspettative. Dalla analisi delle ragioni di questo fallimento tutti e tre questi aspetti sono stati ripresi e oggi sono fra gli elementi portanti del progetto di rilancio dei dipartimenti e delle logiche del Governo clinico.

OBIETTIVI Creare le condizioni culturali (formazione) e strutturali (risorse, competenze e strumenti) affinché i dipartimenti diventino il vero punto di riferimento della organizzazione e operino con le logiche del governo clinico.

METODI 1. Momenti formativi specifici che hanno visto coinvolti i direttori di dipartimento e tutti gli interessati su una serie di argomenti legati alla gestione e al Governo clinico (indicatori, audit clinico, project management). In particolare per quanto riguarda l'audit clinico un referente aziendale ha frequentato per 11 mesi un corso regionale per allineare le nostre competenze a quelle regionali e avviando iniziative specifiche. 2. Rivedere l'organizzazione dipartimentale con la istituzione dei Nuclei direzionali di dipartimento (NDD) – 3. Lo sviluppo di uno strumento (PianoWEB - progetti) che li guida e supporta nella gestione dei progetti e del miglioramento (già a regime) 4. Lo sviluppo di uno strumento (Piano Web – performance) che li supporta nella gestione del ciclo delle performance (cliniche ed organizzative) – già disponibile e in via di completamento 5. Manuale della qualità – è stata rivista la struttura e i contenuti del manuale della qualità di ogni dipartimento.

RISULTATI 1. Il manuale di dipartimento da strumento burocratico “poco vissuto” è stato trasformato in strumento veramente rappresentativo della organizzazione dipartimentale evidenziando elementi qualificanti e aspetti su cui lavorare. 2. I NDD – Ogni direttore di dipartimento è affiancato nella gestione operativa da un gruppo di 5 operatori referenti di: direzione sanitaria, farmacia, controllo di gestione, ufficio infermieristico, RAQ di dipartimento. 3. L'audit clinico comincia a diventare una prassi consolidata portata avanti con rigore metodologico, la direzione lo ha inserito fra gli obiettivi di budget e soprattutto comincia ad essere percepito come utile dai professionisti. 4. Lo strumento predisposto per la gestione dei progetti e del ciclo delle performance (base comune che facilita accesso e formazione degli operatori) recupera tutta l'esperienza fatta oltre 10 anni fa con lo sviluppo di due strumenti (Piano e Misura) e si sta rilevando molto efficace ed apprezzato a livello locale e nazionale – È stato descritto in un volume pubblicato da Franco Angeli, ha ricevuto un riconoscimento a FORUM PA 2011 come una delle 10 storie di qualità più significative ma soprattutto è stato richiesto e/o adottato in altri contesti sanitari e non, con grande soddisfazione (comune di Modena, AVEN RER nord, Policlinico di Catania, Policlinico di Parma ecc). • Il dipartimento, può gestire in maniera semplice progetti e performance e attivare quel ciclo virtuoso di miglioramento che è favorito dal fatto che il sistema da la massima trasparenza (tutti possono vedere tutto) e questo rappresenta uno stimolo importante. • Il sistema è stato progettato con la logica del cloud computing e questo permette di coinvolgere altre realtà esterne alla nostra azienda e avviare progetti di “sussidiarietà culturale” ma anche di benchmarking con approcci semplici e a basso costo.

CONCLUSIONI Il fatto che molti operatori medici, infermieri dell'area TA si avvicinano con soddisfazione crescente all'approccio e agli strumenti proposti ci fa capire che la strada potrebbe essere quella giusta. Siamo altresì convinti che se non si fa un approccio di sistema come quello proposto ma ci si limita ad azioni spot (ancorché gestite bene) non si riuscirà a introdurre le logiche del governo clinico come sistema di governo aziendale. Pensiamo che le possibilità di successo dipendono dalla capacità di motivare gli operatori con una serie di iniziative che hanno nel sistema di valutazione (meritocrazia) un elemento fondamentale alla pari del livello di coinvolgimento della direzione generale che deve essere percepito dagli operatori. alcuni risultati ed esperienze ci suggeriscono di muoverci su questa strada e questo sarà l'obiettivo dei prossimi anni.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Baraghini Gianfranco	Istituzione	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Policlinico
Telefono	059 4222371	Indirizzo	Via del Pozzo, 71
Fax	059 4224205	CAP	41100
E-mail	baraghini.gianfranco@policlinico.mo.it	Città	Modena

48. ANALISI DELLE MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL PRELIEVO PER L'EMOCOLTURA NEL PAZIENTE ADULTO OSPEDALIZZATO

Cerullo F¹, Bargellini A², Zito L¹, Ferri P²

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

BACKGROUND L'emocoltura rappresenta l'esame fondamentale per una diagnosi clinica tempestiva di batteriemia, permettendo l'identificazione dell'agente eziologico e l'instaurazione precoce di una efficace terapia antimicrobica. Il prelievo ematico per emocoltura viene prevalentemente eseguito dal personale infermieristico. È responsabilità di questo professionista eseguire la tecnica del prelievo secondo standard evidence based, in quanto l'errata esecuzione può comportare emoculture false-positive. Pertanto, durante la raccolta del campione è importante rispettare la procedura corretta per non contaminare la coltura e di conseguenza alterare l'esito dell'esame, determinando incertezze diagnostiche e aumenti della spesa sanitaria a causa di trattamenti inutili, esecuzione di costosi test di verifica e allungamento della durata della degenza del paziente.

OBIETTIVI L'obiettivo principale dell'indagine è rilevare le modalità di esecuzione della tecnica dell'emocoltura in uso tra gli infermieri di una struttura ospedaliera dell'Emilia-Romagna e identificare eventuali aree critiche.

METODI Studio trasversale tramite indagine conoscitiva con l'utilizzo di un questionario di tipo strutturato costituito da 21 domande chiuse a risposta multipla, gentilmente concesso dagli autori di uno studio analogo condotto presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo. Il questionario è stato integrato con domande di carattere generale per raccogliere alcune informazioni sulla tipologia di setting lavorativo e sul livello di esperienza soggettiva in merito alla prassi indagata e sulle caratteristiche anagrafiche e formative dei partecipanti allo studio. Campione: tutta la popolazione infermieristica in servizio c/o quelle aree cliniche che hanno richiesto un maggior numero di emoculture nel 2010. Durata dello studio aprile/giugno 2011.

RISULTATI Gli infermieri coinvolti sono stati 342, e hanno risposto 210 con un tasso di adesione del 61,4%. Dalle risposte emerge che: differenti sono le fonti di conoscenza specifiche della procedura mentre è chiaro il concetto dell'importanza del lavaggio delle mani prima di procedere a tecniche invasive. Circa la metà degli operatori intervistati utilizza un corretto antisettico cutaneo prediligendo il povidone iodio al 10% (27,7%) rispetto alla clorexidina gluconato 0,5% in soluzione alcolica (21,8%). Solamente il 16,8% dichiara di aspettare l'asciugatura del disinfettante prima della venipuntura. Al momento del prelievo in relazione all'ordine di connessione dei flaconi costituente un set, quasi l'80% degli infermieri dichiara di connetterli in modo appropriato. La quantità di sangue raccolta per flacone risulta variabile con un 55,6% degli operatori che si attiene a quanto indicato dalla procedura aziendale e dalle indicazioni della ditta fornitrice. Una percentuale troppo elevata degli operatori (36,4%) dichiara di prelevare 1 solo set per paziente contrariamente alle indicazioni riportate in letteratura, mentre il 7,8% dichiara che la scelta di utilizzare 1 o più set deriva dalle prescrizioni del medico. Anche l'intervallo dichiarato tra un prelievo e l'altro è molto variabile con solo un 26,8% che afferma di non attendere tra un set e l'altro.

CONCLUSIONI Dall'analisi dei dati si evince grande variabilità comportamentale nell'esecuzione della prassi dell'emocoltura. Emerge poca adesione alla procedura specifica interna e alla letteratura di riferimento. Gli aspetti maggiormente critici sono legati a fattori tecnici quali la scelta del materiale, la modalità del prelievo e il volume di sangue e a fattori clinici quali il numero e la successione temporale dei prelievi. Tali aspetti influiscono sulla possibilità di interpretare correttamente il risultato dell'esame con conseguenti ricadute sia sul paziente che sull'organizzazione. La corretta esecuzione dell'emocoltura rappresenta dunque un importante obiettivo di qualsiasi programma d'intervento in ambito clinico.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Cerullo Fabiola	Istituzione	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Policlinico
Telefono	059 4222090	Indirizzo	Via del Pozzo, 71
Fax	059 4223601	CAP	41122
E-mail	fabiola59@libero.it	Città	Modena

49. CASE MANAGEMENT DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO DALL'ANALISI DELLA REALTÀ (AUDIT) AL PROGETTO DI MIGLIORAMENTO

Cesari G, Baldo A, Massari M, Mazzoli E

AUSL di Ferrara

BACKGROUND Lo scompenso cardiaco è una condizione clinica complessa che rappresenta un importante problema di salute nel mondo occidentale, con rilevanza clinica ed economica in quanto è una delle patologie croniche a maggiore diffusione e ad alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'utilizzo di risorse sanitarie. Gli approcci terapeutici sono multipli e hanno lo scopo di prevenire e/o ritardare il peggioramento della patologia; l'educazione sanitaria ricopre quindi un ruolo prioritario associato al trattamento farmacologico e/o chirurgico. I pazienti con scompenso cardiaco cronico e i loro stretti familiari devono essere informati riguardo alla natura della malattia, al riconoscimento precoce dei segni/sintomi di instabilizzazione e al cosa fare in caso di loro comparsa, alla terapia in generale e all'utilizzo dei farmaci in particolare, all'attività fisica quotidiana, alle restrizioni dietetiche. È molto importante che capiscano la loro malattia e siano coinvolti nella cura; inoltre la conoscenza relativa al significato di ogni preciso intervento aiuta il paziente e la famiglia ad avere aspettative realistiche. L'elaborazione di un progetto assistenziale condiviso tra l'utente, la sua famiglia e l'equipe assistenziale ha il vantaggio di migliorare la qualità di vita, di ridurre le riospedalizzazioni e i fattori di rischio, di attuare una riabilitazione precoce ed un'educazione terapeutica mirata ed efficace.

OBIETTIVI Valutare se nella pratica assistenziale ospedaliera vengono raccolti ed osservati alcuni aspetti fondamentali per il Case-Management del paziente con scompenso cardiaco quali: peso, diuresi, dieta, attività fisica, eliminazione del fumo ed analizzare il grado di educazione terapeutica dei pazienti dimessi dall'U.O. di Medicina con tale diagnosi.

METODI Fotografare la realtà operativa attraverso l'attuazione di un audit clinico. Un gruppo di operatori formati dalla Regione Emilia Romagna come Facilitatori di Audit hanno esaminato le Linee Guida Internazionali e hanno individuato i seguenti criteri: reingressi entro 30 giorni, esecuzione ecocardio, indicazioni su peso, fumo, attività fisica, dieta e registrazione classe NYHA. Dopo l'analisi dei dati raccolti gli operatori dell'UO coinvolta, mettendo in atto il processo di miglioramento continuo, hanno attivato un'azione correttiva che attraverso la creazione di un gruppo di lavoro ha portato alla creazione di 2 strumenti operativi.

RISULTATI L'audit è stato effettuato a posteriori su 108 cartelle con diagnosi di dimissione primaria e secondaria di scompenso cardiaco. I risultati raggiunti sono stati ottimi per quanto riguarda i reingressi a 30 giorni (0%) e soddisfacenti con valori superiori al 50% dei ricoveri per i criteri inerenti ai controlli clinici/P.V. (ecocardio 51,4% - diuresi 55,1%). Grande criticità si è rilevata per l'educazione assistenziale, si riportato i dati positivi espressi in percentuale: fumo 1,9%, dieta iposodica 1,9%, peso 1,9%, attività fisica 41,1%. Nella realtà operativa spesso le indicazioni vengono fornite ma non vi è evidenza documentale in cartella clinica. L'azione correttiva ha prodotto 2 strumenti: 1) tabella che esplicita ed uniforma il percorso assistenziale dei pazienti ricoverati con diagnosi di scompenso cardiaco. Il medico identifica la classe NYHA del paziente e l'infermiere attua in autonomia i controlli programmati e gestisce il percorso assistenziale. 2) brochure informativa da consegnare alla dimissione a tutti i pazienti ricoverati con diagnosi di scompenso, dando evidenza documentale dell'avvenuta informazione.

CONCLUSIONI Gli strumenti saranno sperimentati per 3 mesi poi saranno applicati definitivamente nella prassi operativa; si procederà poi a programmare ulteriore audit per verificarne l'efficacia. Questa esperienza ci ha dimostrato che è necessario il coinvolgimento di tutte le figure professionali per evidenziare criticità e individuare soluzioni applicabili, e ci ha resi consapevoli che è indispensabile fare educazione sanitaria e darne evidenza con registrazione in cartella. Inoltre per favorire un processo terapeutico/assistenziale mirato, personalizzato, efficace e di qualità dobbiamo continuare il percorso iniziato garantendo la continuità tra ospedale e territorio attraverso l'inserimento di alcuni dati specifici nella lettera di dimissione infermieristica già in uso.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Cesari Gigliola	Istituzione	AUSL di Ferrara
Telefono	0532 317748	Indirizzo	Via Nazionale, 7
Fax	0532 317829	CAP	44011
E-mail	gigliola62@hotmail.it	Città	Argenta

50. TECNOLOGIE E SICUREZZA: IL CONTEGGIO DELLE GARZE CON UN SISTEMA DI LETTURA LED
Chiappetta A
<i>Azienda ULSS 4 Alto Vicentino</i>

BACKGROUND Le garze dimenticate all'interno delle cavità dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico sono un problema persistente nonostante le procedure standardizzate di prevenzione universalmente adottate^{1,2,3,4,5,6,7}. La letteratura riporta conteggi corretti nei casi di garze abbandonate; questo dato fa pensare che la causa più frequente non risiede nella negligenza degli operatori sanitari o nella mancata aderenza alle linee-guida^{6,7}. Non esistono metodiche che eliminano completamente il rischio di questo evento. Alcuni autori sottolineano che il conteggio manuale è una procedura laboriosa in alcuni casi e che presenta dei limiti intrinseci^{6,8}.

OBIETTIVI Un nostro studio ha evidenziato che gli errori nel conteggio sono legati in parte ai limiti fisiologici dei processi cognitivi umani⁶. Poiché i processi cognitivi non sono modificabili, una soluzione a questo problema potrebbe risiedere nell'assistenza tecnologica che può migliorare le misure di prevenzione comunemente utilizzate nel conteggio delle garze⁹.

METODI È stato eseguito uno studio osservazionale da parte di un chirurgo e di due infermieri di sala operatoria su quarantacinque pazienti sottoposti a interventi chirurgici di resezione del colon. In ventidue di questi pazienti è stato eseguito il conteggio delle garze manuale tradizionale, secondo le linee guida A.O.R.N., e in ventitré pazienti è stato utilizzato il sistema di conteggio automatico mediante un dispositivo LED. Si tratta di un apparecchio elettronico che è costituito da un contenitore di garze all'imbocco del quale è posizionato un lettore LED che esegue il conteggio automatico di tutti gli oggetti che lo attraversano; questo dispositivo esegue il conteggio che secondo le linee guida AORN viene eseguito dall'infermiere di sala. È un sistema maneggevole, semplice da utilizzare che in ogni momento dell'intervento chirurgico visualizza il numero delle garze portato nel campo operatorio dall'inizio dell'intervento, il numero di garze aggiunto in corso d'intervento, il numero di garze utilizzate e il numero di garze residue.

RISULTATI Sono emerse due discrepanze nel gruppo di casi in cui è stato utilizzato il contagarze elettronico, 7 discrepanze nel gruppo in cui è stato eseguito il conteggio manuale. Le discrepanze da cattivo posizionamento delle garze sono state due col sistema tradizionale e due col conteggio elettronico. Le discrepanze da cattivo conteggio sono state zero con il conta garze e cinque col conteggio manuale; la correlazione tra le due metodiche ha evidenziato $p > 0.001$. In un caso, nel gruppo del conteggio manuale, la discrepanza non è stata risolta con il riconteggio; è stata eseguita pertanto una radiografia del campo operatorio che non ha documentato la presenza del copro estraneo. Il tempo medio di conteggio delle garze col sistema manuale è stato di due minuti e mezzo, mentre il tempo utilizzato col sistema del contagarze è intorno a trenta secondi. tradizionale automatico P Eventi Discrepanze 7 2 > 0.001 a) malposizionamento 2 2 ns b) conteggio errato 5 0 > 0.001 Tempo conteggio 2.30 min 0.30 min > 0.001 Confronto protocollo di conteggio tradizionale e sistema automatico.

CONCLUSIONI Questo studio, nonostante la casistica ancora esigua, documenta che lo strumento tecnologico consente di ridurre gli errori del conteggio manuale delle garze che è il più grave fattore di rischio per l'instaurarsi della patologia da corpo estraneo abbandonato all'interno del corpo del paziente sottoposto a intervento chirurgico. I punti di forza del sistema automatico del conteggio sono rappresentati dalla disponibilità in tempo reale delle informazioni dell'utilizzo delle garze in corso d'intervento, riduzione dello stress conseguente a operazioni ripetitive, miglioramento della comunicazione tra gli operatori. I punti deboli sono rappresentati dalla possibilità del doppio conteggio di una garza quando insieme ad essa cadono nel contenitore coaguli di sangue, oppure quando una garza urta contro le barriere poste all'imbocco del contenitore attivando erroneamente la fotocellula. Altra evenienza pericolosa è il mancato conteggio quando sono buttate due garze contemporaneamente. Il sistema automatico prevede che il passaggio della garza attraverso l'imbocco del contenitore sia sempre seguito dal controllo visivo e uditivo dello strumentista. Le attività di conteggio manuale distolgono l'attenzione dello strumentista sulla progressione dell'intervento qualora si verifichi una discrepanza che richiede il riconteggio delle garze.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Chiappetta Angelo	Istituzione	Azienda ULSS 4 Alto Vicentino
Telefono	0445 598378	Indirizzo	Via de Lellis
Fax	0445 598333	CAP	36015
E-mail	angelo.chiappetta@sichirurgia.org	Città	Schio

51. LA FORMAZIONE SUL CAMPO: STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO PER LE COMPETENZE DI PROCESSO E DI SISTEMA

Ciavatta C¹, Del Po D¹, Mango F¹, Santoliquido D¹, Colaci D², De Iaco MG², Damiani MG³, Alicino C³, Pizzolorusso L³

¹Centro di Riabilitazione di Venosa (PZ) Provincia della Natività B.M.V. dell'Ordine dei Padri Trinitari, ²Centro di Riabilitazione di Gagliano del Capo (LE) Provincia della Natività B.M.V. dell'Ordine dei Padri Trinitari, ³Centro di Riabilitazione di Andria (BT) Provincia della Natività B.M.V. dell'Ordine dei Padri Trinitari

BACKGROUND Il Governo Clinico implica sia la definizione, il mantenimento e verifica della qualità clinica, sia meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali. Uno leva strategica fondamentale per promuovere il cambiamento organizzativo è rappresentata dalla formazione. L'attuale programma di Educazione continua in medicina prevede l'utilizzo della formazione sul campo come tipologia formativa e le organizzazioni trovano in questa opportunità una importante risorsa. La letteratura sull'efficacia dell'attività formativa è molto ricca. Una review della Cochrane (Forsetlund L. et al., 2009), relativa agli effetti sulla pratica professionale e sugli outcome dell'attività formativa, ha evidenziato come le strategie interattive ed il lavoro in piccoli gruppi risultino essere più efficaci della formazione tradizionalmente intesa. Proprio dall'analisi di queste esperienze "virtuose" è stato possibile mettere a punto vere e proprie linee guida sull'argomento. Importanti sono quelle che la World Confederation for Physical Therapy (Wcpt) ha pubblicato nel 2011. La Provincia della Natività della Beata Maria Vergine dell'Ordine dei Padri Trinitari, che opera attraverso tre Centri di Riabilitazione in Puglia e Basilicata, ha ritenuto necessario uniformare le procedure di progettazione e formalizzazione della progettazione riabilitativa. L'utilizzo della tecnologia informatizzata rappresenta ormai un ulteriore elemento con cui confrontarsi. L'informatizzazione dei processi di erogazione dei servizi e di redazione della documentazione clinica consente di rendere più efficaci ed efficienti i processi, ottimizzando la comunicazione interprofessionale.

OBIETTIVI Scopo dell'azione formativa è stato quello di elaborare, a livello teorico e formale, nell'ambito della cartella clinica informatizzata, la parte relativa alla progettazione riabilitativa integrata (Programma e progetti riabilitativi, test di valutazione, misure di outcome). Il progetto ha promosso: - nell'ambito delle competenze di processo, il miglioramento del lavoro in équipe e dei processi di integrazione e comunicazione interna, relativamente alla gestione della cartella riabilitativa; - nell'ambito delle competenze di sistema, il miglioramento dell'organizzazione e gestione dei contesti organizzativi. Il livello di acquisizione è stato il miglioramento delle procedure in essere.

METODI Il progetto di formazione sul campo "Cartella riabilitativa informatizzata", della durata di 20 ore, ha coinvolto un gruppo di 20 operatori (Gruppo di miglioramento) ed è stato condotto parallelamente all'interno dei tre Centri di Riabilitazione dell'Organizzazione. Si è sviluppato attraverso quattro fasi operative: - ricerca ed analisi dei riferimenti normativi e delle linee guida e delle evidenze in riferimento alla elaborazione del progetto e programma riabilitativo; - descrizione formale delle modalità operative già in essere in ciascuna sede operativa; - revisione delle procedure in essere della singola sede operativa sulla scorta di quanto emerso dalla analisi delle procedure esistenti e i riferimenti normativi, linee guida, ecc.; integrazione delle procedure formalizzate nelle fasi precedenti, in ciascuna sede operativa, e progettazione di un modello operativo comune all'intera Organizzazione al fine di definire un unico standard operativo.

RISULTATI Il progetto ha evidenziato una forte condivisione dei processi già operativi fra gli operatori coinvolti. Prima dell'attività formativa esisteva tra gli operatori una minore consapevolezza dei processi nella loro globalità; la documentazione presentava una scarsa coerenza con la pratica. Dopo l'attività formativa è stato possibile ottenere una maggiore aderenza del processo descritto (a livello di formalizzazione) con la pratica. L'attività formativa ha permesso di evidenziare limiti in alcune aree dei processi. Ad esempio, la modalità di formalizzazione del consenso informato, in alcune situazioni, non era adeguata; i protocolli di cura non sufficientemente descritti. L'attività formativa ha permesso di strutturare una procedura unica standardizzata per i tre Centri di Riabilitazione. In questo modo l'Organizzazione, che utilizzava procedure diverse fra i tre Centri e comunicava con estrema difficoltà, ha potuto strutturare una modalità condivisa e soprattutto coerente ai propri bisogni.

CONCLUSIONI Al fine di promuovere la generalizzazione degli apprendimenti, dopo lo sviluppo del software, sarà necessario procedere con un evento di formazione residenziale rivolto a tutti gli operatori. Naturalmente è stato di estremo aiuto procedere per la revisione delle procedure con un Gruppo di miglioramento: attraverso il coinvolgimento delle funzioni ed i professionisti interessati sono stati chiaramente ed efficacemente revisionati i processi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ciavatta Claudio	Istituzione	Centro di Riabilitazione di Venosa (PZ) Provincia della Natività B.M.V. dell'Ordine dei Padri Trinitari
Telefono	0972 34242	Indirizzo	Piazza Don Bosco, 3
Fax	0972 34211	CAP	85029
E-mail	claudiociavatta@tiscali.it	Città	Venosa

52. CULTURA DELLA SICUREZZA E ALTA AFFIDABILITÀ IN PRONTO SOCCORSO: LE PERCEZIONI DEI PROFESSIONISTI

Ciraolo F¹, Manca C², Geddes M¹, Zaccardi F¹, Lagi A¹, Casini Raggi V¹, Gabellieri M¹

¹Azienda Sanitaria di Firenze, ²Azienda USL di Bologna

BACKGROUND Le aziende che ottengono performance di successo in condizioni complesse con livelli estremamente bassi di effetti negativi si definiscono “organizzazioni ad alta affidabilità”. La logica dell'affidabilità non fa riferimento soltanto ad un particolare tipo di organizzazione (traffico aereo, impianti nucleari etc.) ma costituisce sempre più un requisito organizzativo di funzionamento anche per ambiti produttivi e di servizi tradizionali, quali ad esempio il sistema sanitario. Il Pronto Soccorso è un servizio sanitario dell'area dell'Emergenza che eroga prestazioni immediate. La sua missione è di garantire a ogni cittadino un'appropriata presa in carico del problema di salute e, nei casi più gravi, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali. Differisce dalle altre aree ospedaliere proprio per la particolarità dell'emergenza, che si esprime nella necessità di operare all'interno di situazioni improvvise e non programmate. L'accesso è libero e le cure prestate coprono in genere un intervallo temporale ristretto (ore).

OBIETTIVI 1. misurare la cultura organizzativa della sicurezza in un pronto soccorso; 2. confrontare i risultati ottenuti con quelli di ricerche analoghe condotte in Italia ed in USA; 3. trarre indicazioni culturali e operative finalizzate al trasferimento in ambito sanitario di strumenti e comportamenti tipici delle organizzazioni ad alta affidabilità.

METODI È stato somministrato a circa 70 operatori del Pronto Soccorso un questionario di culture survey, The Hospital Survey on Patient Safety Culture di Sorra e Nieva, 2004, adattato e validato da SDA Bocconi, composto di 42 item, con risposte in scala Likert e aggregati in 12 dimensioni, cui corrispondono degli indici calcolabili e confrontabili con analoghe surveys condotte negli USA dall'American Hospital Association (AMA) su 108.621 operatori e da SDA Bocconi su 1071 operatori. La distribuzione di frequenza delle risposte agli item è stata percentualizzata e sono stati calcolate le medie delle due percentuali di risposta “positiva” tenendo conto del tipo di formulazione della domanda (con accezione negativa o positiva). Tali medie sono state poi aggregate nei 12 indici e confrontate con i risultati di indagini analoghe svolte in USA ed in Italia. I risultati dell'indagine sono stati discussi direttamente con una parte del personale del Pronto soccorso nel corso di un audit.

RISULTATI Il tasso di redemption risulta del 63%, con notevoli differenze fra il tasso rilevato del personale infermieristico (70%) e quello medico (42%), mentre il dato relativo al personale OTA/OSS è in linea con il dato medio, inferiore comunque al dato nazionale dell'indagine Bocconi che è risultato del 76%. Gli indici del campione fiorentino risultano inferiori sia agli indici di riferimento USA che a quelli italiani. Da notare che l'andamento rilevato nel presente lavoro è proporzionale agli indici di riferimento e non si rilevano inversioni di tendenza (come ad esempio accade nell'indice 7 fra dato USA e dato Bocconi), in altre parole la loro distribuzione interna è sovrapponibile a quella dei dati di riferimento.

CONCLUSIONI Dall'analisi dei risultati e dalla discussione di questi nell'audit dedicato è possibile trarre indicazioni sulla trasferibilità di strumenti e comportamenti per la gestione del rischio dalle organizzazioni ad alta affidabilità alle strutture sanitarie, sintetizzabili nelle seguenti indicazioni: 1) il commitment: i livelli direzionali devono considerare la sicurezza una priorità; 2) ridondanza nel personale e nelle misure di sicurezza; 3) sviluppo della formazione continua anche con forme innovative di apprendimento per prove ed errori; 4) preoccupazione verso i fallimenti, a partire dai piccoli incidenti, dai quali apprendere implementando sistemi di reporting e favorendo una cultura no blame; 5) riluttanza verso le interpretazioni semplificatrici; 6) sensibilità alle operazioni, intesa come capacità di mantenere una consapevolezza situazionale anche di fronte a processi automatici; 7) l'impegno alla resilienza; 8) deferenza verso l'expertise. La comprensione dei processi culturali in tema di sicurezza costituisce una delle questioni di maggiore rilievo per poter garantire l'affidabilità, in particolare per quelle organizzazioni che vivono in ambienti complessi, ad alto rischio, in condizioni di incertezza e ambiguità. Attraverso analisi di questo tipo è possibile osservare e comprendere il modo in cui le persone che operano nei sistemi organizzativi percepiscono il livello di sicurezza per i pazienti trovano quotidianamente ad assistere e curare.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ciraolo Francesca	Istituzione	Azienda Sanitaria di Firenze
Telefono	055 6938260	Indirizzo	Piazza Santa Maria Nuova, 1
Fax	055 6938394	CAP	50122
E-mail	francesca.ciraolo@asf.toscana.it	Città	Firenze

53. REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA POINT OF CARE TESTING (POCT) GESTITO SECONDO LOGICHE DI QUALITÀ
Colla R, Messori A, Teodori E
<i>Azienda USL di Reggio Emilia</i>

BACKGROUND I sistemi Point Of Care Testing (POCT) sono sistemi analitici che eseguono analisi in modo decentralizzato rispetto al laboratorio analisi e hanno il vantaggio di abbreviare i tempi di risposta. Generalmente sono sistemi molto semplici nell'uso, perché destinati a personale non di laboratorio. Ciononostante i sistemi qualità regionali dell'accreditamento/certificazioni, nonché i gruppi di studio delle principali società scientifiche di laboratorio danno indicazioni (spesso disattese per la complessità della loro attuazione) circa l'opportunità del loro uso sotto la supervisione del laboratorio, riconoscendoli come parte dell'attività complessiva del Servizio di Laboratorio, anche se fisicamente collocati all'esterno, in modo da assicurare una corretta gestione di tutti gli aspetti cruciali del processo analitico.

OBIETTIVI La realizzazione di un sistema POCT presso l'Ospedale di Correggio (RE), con apparecchi analitici situati presso il Pronto Soccorso (PS) e un backup per i marcatori cardiaci presso la Unità Internistica (UI), utilizzati dal personale infermieristico di quei reparti e gestito a distanza (circa 25 km) dal personale del Laboratorio dell'Ospedale di Guastalla (RE), secondo le stesse logiche di qualità e di attenzione alla gestione del rischio presenti in laboratorio.

METODI Attività progettate dalla Direzione del Laboratorio Analisi, in accordo con la Direzione del PS e sostenute dalla Direzione Aziendale: 1. scelta delle analisi da effettuare, dell'architettura del sistema (un "core" di 4 strumenti collocati in PS e un backup per i marcatori d'infarto miocardico in UI) e delle strumentazioni, fatta privilegiando semplicità d'uso, assenza di manipolazione di materiale biologico da parte del personale infermieristico, elevata qualità analitica e completa interfacciabilità con il sistema informatico del laboratorio analisi (LIS) 2. adattamento, alle nostre esigenze, di un middleware dedicato, interposto tra gli strumenti e il LIS, per valutare in laboratorio i dati relativi allo stato degli strumenti, allarmi o malfunzionamenti, i Controlli di qualità (CQ) e gli aspetti peculiari del materiale prelevato, quali ittero, emolisi, lipemia, sospetto di coaguli. 3. attivazione sugli strumenti dell'esecuzione quotidiana obbligatoria di CQ e delle relative regole: la mancata esecuzione o il riscontro di risultati fuori dai range previsti, viene rilevata dal sistema informatico che segnala l'errore, blocca il dato e impedisce l'esecuzione di altri test sugli strumenti 4. programmazione della valutazione quotidiana, da parte del laboratorio, dei CQ, di anomalie/errori funzionali degli strumenti e attivazione delle necessarie azioni correttive 5. Informatizzazione completa di tutto il percorso: accettazione informatica degli esami, stampa di un barcode (con i dati sia anagrafici e sia relativi alla richiesta) da applicare sulle provette, utilizzate per il dosaggio previa lettura del barcode stesso, stampa dei risultati per una visione immediata e contemporaneo invio dei dati al LIS del laboratorio, dove un medico valida, se necessario commenta, firma digitalmente un referto, che viene stampato automaticamente nella guardiola del PS 6. formazione del personale infermieristico con re training a cadenza annuale 7. programmazione manutenzioni periodiche, esecuzione di Controlli di qualità esterni, verifiche periodiche di allineamento con gli strumenti del laboratorio e gestione degli ordini reagenti da parte del personale del laboratorio 8. stesura Istruzione Operativa e impostazione punti di verifica e controllo.

RISULTATI Il sistema è stato attivato il 1 maggio 2010; da allora ha eseguito circa 90.000 esami. Il protocollo progettato è stato pienamente applicato e progressivamente perfezionato, soprattutto nella trasmissione e gestione delle segnalazioni. La supervisione del laboratorio è stata quotidiana, sia nella consulenza sull'utilizzo degli strumenti sia nella valutazione dei CQ: sono state individuate 19 situazioni di performance analitica non ottimale (non individuabile in altro modo), risolte 12 volte con manutenzioni locali e 7 volte con messa in fuori uso dello strumento e richiesta di intervento tecnico; individuati anche 3 pazienti con valori alterati da una fase preanalitica non corretta. Nei primi 3-4 mesi si sono riscontrate difficoltà sia da parte del personale infermieristico legate all'acquisizione della manualità operativa e sia da parte del personale del laboratorio, per la gestione di un qualcosa di "virtuale" con una manodopera non appartenente al servizio stesso. Non si sono mai verificati errori legati a scambi di pazienti o legati ad altri problemi analitici degli strumenti.

CONCLUSIONI La gestione di un POCT, da parte del laboratorio di riferimento, come se fosse una parte del laboratorio stesso, è un progetto non solo realizzabile, ma anche doveroso per lavorare in qualità e sicurezza; necessita di un software dedicato in grado di trasferire virtualmente il POCT in laboratorio e della disponibilità da parte di entrambi i servizi ad affrontare i problemi in modo costruttivo e risolutivo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Colla Rossana	Istituzione	Azienda USL di Reggio Emilia
Telefono	0522 837274	Indirizzo	Via Donatori del Sangue
Fax	0522 837399	CAP	42016
E-mail	collar@ausl.re.it	Città	Guastalla

54. PROGETTO VIE AEREE SICURE: REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIZZATO PER LA GESTIONE PERIOPERATORIA DELLE VIE AEREE

Corso RM, Bucciolini M, Agnoletti V, Piraccini E, Dal Monte D, Gambale G

AUSL di Forlì

BACKGROUND L'inadeguata gestione delle vie aeree, incluso la mancata identificazione dei rischi rappresenta un importante fattore che contribuisce alla morbidità e mortalità evitabile associata all'anestesia.

OBIETTIVI L'obiettivo del Progetto Vie Aeree Sicure è quello di rendere oggettiva e riproducibile la valutazione delle vie aeree preoperatoria, ridurre il numero di casi imprevisti, permettere l'analisi dei comportamenti degli operatori (implementazione dell'algoritmo di gestione delle vie aeree) e il monitoraggio dell'intero processo dalla fase preoperatoria a quella postoperatoria. Fine ultimo è ridurre il rischio per il paziente.

METODI Ai fini di migliorare la gestione perioperatoria delle vie aeree è stata creata una parte dedicata all'interno del software di gestione dati clinici dell'Azienda USL di Forlì. Attraverso questo strumento la valutazione delle vie aeree viene completamente informatizzata e integrata nella documentazione del paziente. L'inserimento di tutti i dati nel sistema informatico permette un'analisi precisa dell'intero processo dalla fase di predizione della difficoltà alla sua gestione secondo l'algoritmo delle Linee Guida interne fino alla parte postoperatoria con l'analisi delle complicanze entro le prime 48 ore. Responsabile della compilazione è il medico anestesista che durante la visita pre operatoria compila la prima parte della scheda VAD (Vie Aeree Difficili) grazie alla quale ottiene una valutazione del paziente in termini di difficoltà previste di intubazione. Tale valutazione segue il paziente in sala operatoria il giorno dell'intervento chirurgico, in quanto è all'interno del sistema informatico Aziendale. In questo modo i professionisti della sala operatoria ed in particolare l'anestesista conoscono lo stato predittivo di intubazione del paziente e possono quindi essere preparati in modo migliore ad ogni evenienza. Finito l'intervento l'anestesista ha il compito di compilare la seconda parte della scheda che riporta informazioni in merito all'esito dell'intubazione e una breve descrizione della tecnica utilizzata.

RISULTATI Dalla sua introduzione a ottobre 2011 sono stati rilevati 77 casi di difficoltà imprevista (incidenza 6.8%), a fronte di una incidenza di difficoltà imprevista di 1.9% del periodo ottobre 2009-ottobre 2010, dati questi ultimi ottenuti attraverso la segnalazione volontaria su scheda cartacea. Dal momento che il case-mix della popolazione chirurgica e la clinical competence degli operatori sanitari non si sono modificati è lecito dedurre che l'introduzione del sistema ha permesso di evidenziare numerosi casi che pur presentando una difficoltà di controllo della via aerea durante anestesia passavano inosservati (evento sfiorato o near miss). Il sistema oltre alla fase di valutazione preoperatoria prevede una raccolta dati sulla gestione delle vie aeree durante l'intervento (modalità di intubazione, presidi utilizzati, complicanze immediate) e la segnalazione nella scheda del paziente di eventuali complicanze entro le prime 48 ore. Ciò consente sia una analisi preventiva del rischio (identificazione della difficoltà prevista) che degli eventi sfiorati (difficoltà imprevista) consentendo così il monitoraggio degli interventi specifici in essere per la gestione delle vie aeree (algoritmi di gestione secondo Linee Guida). Uno dei punti salienti del sistema è inoltre la tracciabilità dello storico che consente al clinico di visualizzare in dettaglio la scheda del paziente anche a distanza di mesi o anni, permettendo di implementare una appropriata strategia per il controllo delle vie aeree e riducendo il rischio di mancata previsione. Il totale delle schede compilate in un anno è di 2717 (ottobre 2010-ottobre 2011). Il totale schede chiuse, ovvero di cui è stata compilata anche la parte post operatoria è 1415 (52% di schede chiuse sul totale). La Difficoltà prevista è del 4.5% mentre la Difficoltà imprevista è del 6.8%. Non sono state rilevate complicanze immediate o precoci. Nelle complicazioni nelle 48 ore abbiamo avuto: 5 codici gialli, 1 codice rosso (il codice colore è riferito al sistema di calcolo dello score MEWS). L'analisi dei casi non ha comunque trovato relazione con la gestione delle vie aeree.

CONCLUSIONI L'introduzione del Progetto ha consentito di migliorare la valutazione preoperatoria delle vie aeree di cui esiste ora dettagliata evidenza nella cartella clinica informatizzata, una migliore programmazione delle liste operatorie in funzione della difficoltà prevista, il monitoraggio dei near misses (difficoltà imprevista), la possibilità in caso di difficoltà di controllo della via aerea di rilasciare al paziente una relazione (Airway Alert Card) da presentare in caso di intervento in altra sede.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Corso Ruggero Massimo	Istituzione	AUSL di Forlì
Telefono	0543 735001	Indirizzo	Via Forlanini, 34
Fax	0543 738635	CAP	47100
E-mail	rmcorso@gmail.com	Città	Forlì

55. INDAGINE ESPLORATIVA RIGUARDANTE LA PERCEZIONE DELLA VIOLENZA ALL'INTERNO DELLE UNITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Coviello D, Musolesi S, Monesi A, Bartolomei M

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND A seguito di un'accurata revisione della letteratura, si può affermare che il fenomeno delle aggressioni a danno degli operatori sanitari è in aumento soprattutto nelle unità di Pronto Soccorso. Negli ultimi 15 anni l'argomento ha catalizzato l'attenzione di numerosi studi, prevalentemente condotti in Gran Bretagna e Stati Uniti, grazie ai quali varie organizzazioni hanno potuto apportare quei cambiamenti atti a contenere le conseguenze che si originano in un ambiente considerato "violento", come ad esempio: l'aumento dei conflitti tra colleghi, il calo di rendimento, il turnover, gli errori, la riduzione del morale, l'aumento del numero dei giorni di malattia ed eventuali contenziosi con l'utenza. L'opinione diffusa che la violenza sia un aspetto inevitabile del lavoro in emergenza-urgenza e che l'assenza di lesioni fisiche non producano effetti sugli operatori, è stata smentita da numerose ricerche le quali hanno dimostrato come nel tempo possano insorgere sintomi da Disordine da Stress Post-Traumatico riconducibili a pregresse aggressioni subite (sia verbali che psicologiche).

OBIETTIVI Il presente lavoro si prefigge l'obiettivo di indagare la percezione della violenza esercitata dagli utenti nei confronti degli operatori, in termini di frequenza e tipologia di aggressione, al fine di condurre una prima indagine conoscitiva sull'entità del tema trattato nell'area presa in esame.

METODI La realizzazione dello studio è stata effettuata attraverso la distribuzione, a tutto il personale infermieristico operante in diverse unità di Pronto Soccorso dell'AUSL di Bologna, di un questionario anonimo già utilizzato in alcune ricerche anglosassoni al quale sono stati aggiunti item contesto-specifici. Si è provveduto inoltre, a suddividere gli episodi di violenza nella seguente modalità: Violenza fisica, Violenza psicologica e Violenza verbale.

RISULTATI Dall'analisi dei dati è emerso che la quasi totalità del campione, formato da 154 Infermieri, ha subito almeno una delle forme di violenza indagate. Il luogo in cui si è manifestata prevalentemente la violenza risulta essere il Triage, ed i fattori di rischio ipotizzati dagli operatori riguardano: ☐ Lunghi tempi di attesa ☐ Problemi di comunicazione/relazione con l'utenza ☐ Mancanza di personale dedicato alla sicurezza degli operatori ☐ Alti carichi di lavoro ☐ Mancanza di videosorveglianza Ambienti di lavoro non adeguati. L'86,1% del campione indagato ritiene che subire violenza sul luogo di lavoro possa influenzare la performance, mentre il 64,6% afferma che la stessa sia responsabile di un possibile calo motivazionale. Infine, più del 90% dei rispondenti percepiscono il proprio lavoro come "rischioso" o quantomeno sostengono che il setting lavorativo (dislocazione degli ambienti e distribuzione degli spazi) non infonda sicurezza e fiducia.

CONCLUSIONI In linea con quanto riscontrato in letteratura, anche la motivazione ed il commitment risentono negativamente degli episodi di violenza subita. Oltre a ciò, attraverso l'uso del test della Regressione Lineare emerge una correlazione tra aggressione e presenza/assenza sia di un posto di polizia che di un sistema di videosorveglianza. Nel confronto tra gruppi, la violenza fisica è stata maggiormente segnalata da parte di donne ed operatori di Pronto Soccorso in cui afferiscono un numero maggiore di utenti, ed è ipotizzabile che questo tipo di esperienza possa produrre un aumento dello stress, del burnout ed un sentimento di insicurezza e malessere tra i professionisti durante l'espletamento del proprio lavoro. È interessante notare che solo il 56,65% degli operatori riferisce di aver denunciato ai superiori la violenza subita, ma è ancor più rilevante il fatto che ben il 93,7% dei rispondenti abbia scelto di non denunciare la violenza nemmeno in forma anonima. Al fine di ridurre possibili ripercussioni lavorative già citate in precedenza, sarebbe auspicabile una maggiore presa di coscienza del problema da parte del Management, unitamente alla realizzazione di un programma specifico di prevenzione del rischio sul posto di lavoro.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Musolesi Stefano	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono		Indirizzo	Via Lagarete, 10
Fax		CAP	40048
E-mail	s.musolesi@118er.it	Città	San Benedetto Val di Sambro

56. POSIZIONAMENTO INFERMIERISTICO DI CATETERI DA 20 CM IN VENA BASILICA CON TECNICA ECOGUIDATA; ECONOMICO PER L'AZIENDA E CONFORTEVOLE PER I PAZIENTI

Cristoffanini G, Busacca A, Di Tria G, Ardizzone F, Balzano C

AO San Carlo Borromeo di Milano

BACKGROUND L'incannulazione di grossi vasi con cateteri per infusioni a lungo e medio termine è sempre stata prerogativa dei medici ed in particolare di anestesisti, chirurghi e cardiologi. Alla luce delle più moderne evidenze scientifiche, aiutati dalla tecnologia e dalla sempre maggiore competenza infermieristica, abbiamo sviluppato una procedura infermieristica che permette di raggiungere lo stesso obiettivo. Tale manovra è risultata sicura, efficace, confortevole per i pazienti e mediamente più vantaggiosa dal punto di vista economico.

OBIETTIVI Obiettivo principale è quello di assicurare a costo zero ed in piena sicurezza, un accesso venoso periferico in qualsiasi tipologia di pazienti, anche in presenza di esaurimento del patrimonio venoso periferico per pregressi trattamenti endovenosi ripetuti e prolungati mediante agocannule.

METODI I PICC e i Midline sono sistemi venosi a medio termine, destinati ad un utilizzo sia continuo che discontinuo, sia intra- che extra-ospedaliero, per un periodo di tempo di solito compreso tra 1 settimana e 3 mesi, costruiti con materiali ad alta biocompatibilità, di calibro solitamente compreso tra i 3 ed i 6 French (Fr), i quali vengono inseriti - nel paziente adulto - attraverso l'incannulamento di una vena periferica dell'arto superiore. I PICC e i Midline possono essere inseriti (a) mediante semplice puntura e incannulamento di una vena superficiale visibile al gomito o al braccio (cosiddetta venipuntura "blind"), oppure (b) mediante venipuntura ecoguidata di vene profonde del braccio (v. basilica o vv. brachiali) al terzo medio del braccio, utilizzando la tecnica del microintrodotto. Tecnica. Due infermieri o in alternativa medico ed infermiere eseguiranno la procedura; il primo deve posizionare la sonda dell'ecografo e l'altro punge il paziente. Il paziente deve essere informato della procedura e dare il suo consenso, deve essere posizionato supino col braccio che si vuole incannulare ben aperto rispetto al tronco e possibilmente appoggiato ad un tavolino. Si esegue una prima ecografia per visualizzare il vaso da pungere. La vena cefalica è di calibro molto piccolo e la probabilità di pungere accidentalmente l'arteria è alta, mentre il calibro della vena basilica è maggiore e si evidenzia sotto eco l'assoluta assenza di altri vasi vicini. Diventa quindi prima scelta nella puntura ecoguidata la vena basilica. Durante l'ispezione ecografica vene ed arterie si differenziano in quanto le prime sono facilmente comprimibili esercitando una lieve pressione con la sonda dell'ecografo sulla cute mentre le seconde non collabiscono. Dopo avere individuato la vena basilica si procede ad ampia disinfezione della cute con clorexidina 0,5% in soluzione alcolica. Si applica una medicazione trasparente sterile sulla sonda dell'ecografo in modo da rendere sterile la superficie di contatto con la cute. Quando viene reperito il vaso si gira la sonda in modo da avere la visione longitudinale della vena da incannulare e s'inserisce un ago cannula 18 G immediatamente sotto la sonda facendosi guidare dall'immagine eco. Una volta che l'ago cannula è posizionato nel vaso, previa preparazione di campo sterile, si procede con tecnica di Seldinger all'introduzione nella cannula della guida metallica, si rimuove la cannula 18 G che viene sostituita dal catetere definitivo. A questo punto si fissa il catetere utilizzando un sistema di fissaggio senza sutura tipo StatLock. La tecnica qui proposta non richiede il controllo rx poiché la punta del catetere sarà in vena ascellare o succlavia.

RISULTATI Nessun catetere posizionato con questa tecnica ha causato flebiti, infezioni del punto di inserzione o stravasi ematici e solo in un caso il paziente si è rimosso accidentalmente il device. Inoltre abbiamo provato a rilevare la PVC contemporaneamente sia da un CVC in giugulare che da un catetere da 20 cm inserito in basilica senza sostanziali differenze di misurazione. Dalla primavera del 2010 a tutt'oggi sono stati posizionati circa 30 cateteri da 20 cm (14 G,6,3 Fr), elaborando una tecnica ben adattabile a qualsiasi realtà.

CONCLUSIONI In conclusione a distanza di un anno dall'inizio di questa esperienza, possiamo sostenere che il bilancio sia stato positivo per infermieri, medici e soprattutto per i pazienti nella speranza che questa procedura possa essere estesa anche presso altre UUOO aziendali. La scelta sembra pagare sia dal punto di vista del risparmio economico per l'azienda sia dal punto di vista del confort e della sicurezza dei pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Cristoffanini Giovanni	Istituzione	AO San Carlo Borromeo
Telefono	02 40222958	Indirizzo	Via Pio II, 3
Fax	02 40222377	CAP	20153
E-mail	busacca68@gmail.com	Città	Milano

57. ASSISTENZA ALLA PERSONA DEMENTE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: UN PERCORSO DI AUDIT**D'Anastasio C, Ciarrocchi RA, Lupi G, Descovich C***Azienda USL di Bologna*

BACKGROUND Il Progetto Regionale Demenze (DGR 2581/99) prevedeva azioni per “promuovere un processo di adeguamento e miglioramento dell’assistenza ai soggetti dementi in ogni servizio della rete” volto alla qualificazione diffusa di tutti i servizi della rete per far fronte, da un lato, agli specifici bisogni degli utenti dementi, e dall’altro migliorare le condizioni di vita degli utenti non colpiti da sindrome demenziale. Precedenti rilevazioni avevano stimato essere del 60% circa la presenza di utenti dementi nelle strutture residenziali per anziani convenzionate con l’AUSL di Bologna. Il Progetto aziendale Demenze ha attivato un percorso di sensibilizzazione e di accompagnamento delle strutture residenziali convenzionate nell’elaborazione di piani di miglioramento dell’assistenza alle persone dementi in assistenza residenziale, con progressivo miglioramento del livello di coinvolgimento delle strutture. In particolare, i passaggi salienti del percorso sono stati: 1.Elaborazione nel 2008, a cura di un gruppo multi professionale composto da referenti dei vari dipartimenti dell’Azienda USL e da referenti di gestori, del documento condiviso Guida utilizzo psicofarmaci, contenente anche indicazioni su provvedimenti assistenziali alternativi alla terapia farmacologica 2.Realizzazione corso di formazione “L’uso degli psicofarmaci nelle strutture residenziali”, in collaborazione tra Progetto Demenze e SATeR AUSL Bologna 3.Individuazione e rilevazione Indicatori di processo sull’utilizzo degli psicofarmaci.

OBIETTIVI Rilevare lo stato di adesione delle strutture residenziali alle linee di indirizzo prodotte, valutare le criticità assistenziali in riferimento a organizzazione, appropriatezza delle prestazioni, confronto tra le diverse realtà territoriali.

METODI È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare-multiprofessionale comprendente professionisti dell’AUSL (sia sanitari che socio-assistenziali) e rappresentanti delle strutture. Il gruppo, partendo dagli standard condivisi, ha elaborato un questionario di autovalutazione (da compilare a cura delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti), con l’obiettivo di rilevare, in una data prefissata, i seguenti indicatori: n. ospiti con demenza come problema prevalente/n. totale ospiti; n. ospiti con disturbo del comportamento/n. ospiti con diagnosi di demenza; n. ospiti trattati con psicofarmaci/n. tot. Ospiti; n. ospiti trattati per tipologia di psicofarmaco/n. tot. ospiti trattati con psicofarmaci; n. ospiti trattati con psicofarmaci/n. ospiti con disturbi del comportamento; n. ospiti con disturbi del comportamento in terapia neurolettica valutati con neuropsychiatric inventory (NPI)/n. ospiti con disturbi del comportamento in terapia neurolettica; n. ospiti con disturbi del comportamento inseriti in attività terapeutiche non farmacologiche valutati con NPI/n. ospiti con disturbi del comportamento inseriti in attività terapeutiche non farmacologiche; n. ospiti con prescrizione alla contenzione/ totale ospiti; n. ospiti dementi con prescrizione di contenzione fisica/n. ospiti con prescrizione di contenzione fisica.

RISULTATI Alla rilevazione, effettuata il 24/7/2011, hanno partecipato n. 63 strutture residenziali convenzionate con AUSL Bologna, suddivise in tre aree territoriali: Bologna città (27), Bologna Nord (21), Bologna Sud (15) per un totale di n. 2.917 ospiti residenti. Nelle strutture considerate la presenza di ospiti con diagnosi prevalente di demenza è risultata 61,3% di cui 63,6% con disturbi del comportamento. Dalla elaborazione dei dati raccolti sono emerse le seguenti criticità che configurano altrettante aree di miglioramento: scarsa valutazione specifica dei disturbi comportamentali e deficitaria valutazione degli effetti della terapia farmacologica e della terapia non farmacologica per i disturbi comportamentali (solo nel 20,3% dei pz. dementi che assumono psicofarmaci e nel 19,6% dei pz. dementi in terapia non farmacologica); elevata contenzione fisica dei pz. dementi con disturbi del comportamento (83%).

CONCLUSIONI Questo progetto di audit clinico ha già raggiunto un primo importante obiettivo di forte condivisione di priorità e linee progettuali da parte di strutture residenziali e dell’AUSL. In primavera 2012 la rivalutazione dopo le azioni di miglioramento delle criticità emerse dalla prima analisi permetterà al gruppo di lavoro di determinare i benefici apportati all’aspetto socio-assistenziali dei pazienti seguiti in queste struttura.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	D'Anastasio Clelia	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6478069	Indirizzo	Largo Nigrisoli, 2
Fax	051 3172709	CAP	40137
E-mail	clelia.danastasio@ausl.bologna.it	Città	Bologna

58. DALLE AREE GRIGIE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE: PIANIFICARE LA RICERCA SU RILEVANTI PRIORITÀ TRASCURATE

Da Rin Della Mora R¹, Bagnasco A², Sasso L²

¹Istituto Giannina Gaslini di Genova, ²Università degli Studi di Genova

BACKGROUND L'argomento degli incidenti del minore ricoverato è una tematica poco trattata in letteratura, nonostante il primo articolo pubblicato risalga al 1963, e vi sia stato un incremento degli studi negli ultimi 5 anni, soprattutto riguardo alle cadute. Allo stato delle conoscenze attuali, quindi, il gap conoscitivo non permette un inquadramento preciso del fenomeno, non esistendo ancora basi e indicazioni comuni riguardo a diversi ambiti (tassonomia, contestualizzazione, valutazione del rischio, prevenzione del fenomeno) per l'ambito pediatrico.

OBIETTIVI • Programmare un percorso di ricerca tramite l'individuazione degli ambiti di indagine per il quali è necessaria la produzione di ulteriori dati • Progettare e condurre studi allo scopo di contribuire a colmare il gap conoscitivo sugli incidenti del minore ricoverato in ospedale.

METODI La letteratura esistente sul fenomeno è stata integrata dalla letteratura sugli incidenti del minore in ambito domestico e le cadute dell'adulto/anziano in ambito ospedaliero, per individuare gli ambiti in relazione con il fenomeno. L'individuazione degli ambiti ha condotto ad individuare le lacune, e a programmare un percorso di ricerca volto a colmarle. Gli ambiti ed il percorso sono stati rivisti dopo ogni studio condotto sulla base delle nuove conoscenze.

RISULTATI Sono stati identificati come prioritari diversi ambiti e quindi programmato un percorso di ricerca comprendente 6 studi sul fenomeno (5 nazionali, ed 1 internazionale) riguardanti: contestualizzazione del fenomeno "incidenti del minore ricoverato in ospedale pediatrico" (2 studi, di cui 1 retrospettivo e 1 prospettico), survey sulle pratiche correlate alle cadute negli ospedali e centri pediatrici italiani (1 studio), survey sulle pratiche correlate alle cadute negli ospedali e centri pediatrici europei (1 studio), validazione di uno strumento statunitense per la valutazione del rischio di caduta del minore ricoverato in un ospedale italiano (1 studio), studio qualitativo sulla percezione delle infermiere, dei genitori e dei minori del rischio di caduta in ospedale (1 studio). Di questi, 3 sono già stati condotti (Esibiti, Urbano, Da Rin Della Mora, Calza, Sperlinga, Bagnasco, Sasso 2007, Calza, Da Rin Della Mora, Urbano, Esibiti, Sperlinga, Bagnasco, Sasso 2007, Da Rin Della Mora, Bagnasco, Sasso, 2010), 2 sono in corso, ed 1 in fase di progettazione. I risultati degli studi condotti sono stati presentati a congressi nazionali ed internazionali e proposti per la pubblicazione su riviste scientifiche internazionali.

CONCLUSIONI La creazione e la continua revisione del percorso di ricerca ha portato ad individuare gli ambiti maggiormente lacunosi dal punto di vista conoscitivo; per colmare questi gap, sono stati ideati studi a livello nazionale e internazionale. I risultati dei primi studi condotti costituiscono una base di dati da cui partire (in ambito nazionale) ed un ulteriore contributo (in ambito internazionale) per identificare un comune approccio al fenomeno; un ulteriore contributo sarà dato dagli studi in corso e in via di progettazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bagnasco Annamaria	Istituzione	Università degli Studi di Genova
Telefono	010 3538513	Indirizzo	Via A. Pastore, 1
Fax	010 3538552	CAP	16132
E-mail	annamaria.bagnasco@unige.it	Città	Genova

59. L'INTEGRAZIONE DELL'EVIDENCE-BASED PRACTICE CURRICULUM NEL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA: LE PERCEZIONI DEGLI STUDENTI

Da Roit M¹, Bertin N¹, Bombardi S², Fiorini F², Bozzolan M²

¹Università degli Studi di Ferrara - Corso di Laurea in Fisioterapia, ²Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara

BACKGROUND La pratica basata sulle prove di efficacia (EBP) è "core" in fisioterapia: i documenti di riferimento nazionali e internazionali suggeriscono che la formazione inizi fin dalla laurea di base. In assenza di chiare evidenze, diverse sono le proposte per costruire i percorsi formativi: il corso di laurea in fisioterapia di Ferrara prevede corsi formali interattivi al primo e secondo anno, Evidence Based Journal Club durante i tirocini e, dall'anno accademico 2010-11, specifici obiettivi educativi in tirocinio. Poco si conosce su come i diversi interventi educativi sono percepiti dagli studenti in fisioterapia. Vissuto e motivazioni possono però essere importanti leve o barriere per l'apprendimento delle conoscenze ed abilità in EBP e per il cambiamento dei comportamenti professionali nella pratica clinica.

OBIETTIVI Indagare il vissuto degli studenti riguardo al percorso formativo per l'EBP proposto nel corso di laurea in fisioterapia di Ferrara e la loro percezione delle competenze in EBP espresse durante il tirocinio.

METODI Gli studenti del primo, secondo e terzo anno del corso di laurea di Ferrara ("triangolazione delle persone") sono stati invitati a discutere della loro esperienza sulla formazione all'EBP, utilizzando la tecnica del focus group. Due ricercatrici esperte nel campo hanno condotto quattro focus group (2 per il terzo anno; 1, con campionamento "quasi-random", rispettivamente per secondo e primo anno). Le registrazioni dei focus sono state trascritte, analizzate e codificate in modo indipendente da due laureandi (mediante il software per la ricerca qualitativa Atlas.ti) e dalle due ricercatrici esperte (codifica cartacea). È stato utilizzando lo strumento della concettualizzazione della "Grounded Theory", con successivo confronto e validazione reciproca dei risultati ("confirmation dei dati"). Il documento così ottenuto è stato discusso, ulteriormente validato ed interpretato dall'intero gruppo di ricerca, comprendente anche l'esperto in EBP. Con la statistica Kappa è stato indagato l'agreement tra autovalutazioni degli studenti e valutazioni del tutor in EBP (dedotte dai contratti di apprendimento che riportano autovalutazioni e valutazioni) per le competenze EBP espresse nel tirocinio.

RISULTATI Dall'analisi dei focus emergono cinque tematiche: 1) le difficoltà percepite dagli studenti, 2) la metodologia della formazione, 3) la metodologia del processo EBP, 4) il passaggio dalla teoria alla pratica in tirocinio e 5) l'impatto dell'EBP sulla pratica. Il network grafico complessivo delle relazioni tra i codici delle cinque tematiche evidenzia due grandi gruppi relazionali: da un lato la formazione e l'impatto dell'EBP sulla pratica professionale, dall'altro le difficoltà incontrate nell'applicazione del processo nella pratica (di tirocinio). I gruppi relazionali si congiungono attraverso la figura chiave della guida di tirocinio, vissuta al tempo stesso come barriera (se non conosce l'EBP) e come potenziale facilitatore dello studente (se è in grado di fornire un feedback formativo) nel superare le difficoltà incontrate nell'applicazione pratica. Le principali barriere sono relative al tempo, alle conoscenze e al non vedere effetti nella pratica di tirocinio dati dall'applicazione del processo di EBP. Molto positivi in termini di formazione sono stati i Journal Club, per la possibilità di confronto tra pari su un caso clinico, e la didattica interattiva messa in atto. In parziale contrasto con quanto emerge dai focus, gli studenti in genere si attribuiscono buone autovalutazioni di competenza in EBP, con scarso agreement ($K < 0,40$) rispetto alla corrispondente valutazione del tutor per l'EBP.).

CONCLUSIONI Gli studenti hanno riconosciuto l'importanza e l'utilità (teorica) dell'EBP, specie in prospettiva futura di professionisti autonomi, ma evidenziano difficoltà, soggettive ed oggettive, nell'applicazione alla pratica di quanto appreso. Cruciale nel facilitare/inibire il passaggio dalla teoria alla pratica è la figura del tutor di tirocinio. Il processo di miglioramento del percorso formativo potrà trarre beneficio dal potenziamento della didattica a gruppi ed interattiva, da attività tutoriali e di feedback periodiche per la "manutenzione" delle conoscenze ed delle abilità; cruciale, anche se non di facile modifica, è l'adozione dell'approccio EBP da parte dei tutor di tirocinio. In considerazione delle difficoltà riferite, si potrà eventualmente ridefinire ad "evidence user" il livello (minimo) atteso per le competenze in EBP nella laurea di base. Il completamento del progetto di studio, con la valutazione quantitativa delle competenze EBP mediante il test di Fresno adattato, offrirà un ulteriore contributo alla visione di insieme del fenomeno.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Da Roit Marco	Istituzione	Università degli Studi di Ferrara - Corso di Laurea in Fisioterapia
Telefono	0437 63980	Indirizzo	Via Carlo Mayr, 106/A
Fax	0532 236151	CAP	44121
E-mail	marco.daroit@gmail.com	Città	Ferrara

60. GESTIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO IN SALA OPERATORIA MEDIANTE L'APPLICAZIONE DEL METODO FMECA
Da Rold M
<i>ULSS 1 Belluno</i>

BACKGROUND Un programma di gestione del rischio clinico (GRC) utilizza diverse tipologie di strumenti per l'analisi dei rischi, analizzando gli eventi avversi con metodi di tipo reattivo o analizzando i processi per prevenire gli eventi con modalità di tipo proattivo. Molti sono gli approcci possibili per la valutazione della qualità e della sicurezza del paziente, ma se l'obiettivo è realizzare un processo sanitario sicuro, l'approccio proattivo è da preferire a quello reattivo.

OBIETTIVI Migliorare la sicurezza del paziente e promuovere la qualità dell'assistenza infermieristica in sala operatoria, mediante l'applicazione della tecnica FMECA, metodo di analisi proattiva per la GRC, per evidenziare le aree ritenute maggiormente critiche su cui poi attivare azioni di miglioramento.

METODI Partendo da una mappatura di tutte le attività di sala operatoria, dal momento della presa in carico del paziente fino al suo rientro in reparto, per ciascuna attività si individuano i possibili errori, le cause e gli effetti degli errori. Per ogni modo di errore si assegnano dei pesi relativi a gravità G (danno che il paziente può subire in conseguenza all'accadimento dell'errore), probabilità P (frequenza di accadimento dell'errore), rilevabilità R (livello delle misure di controllo già presenti nel processo, che consentono di individuare precocemente gli errori). Si utilizza una scala con valori compresi tra 1 e 5. Calcolo dell'indice di priorità del rischio IPR, moltiplicando $G \times P \times R$. Si sono determinate le azioni di miglioramento da attivare; poiché non esiste un valore assoluto dell'IPR per determinare a quale soglia è opportuno intervenire, si è deciso di prendere in considerazione solo l'attività con IPR più elevato. L'applicazione del criterio ha permesso quindi di identificare la criticità "mancato conteggio strumentario chirurgico" come attività considerata meritevole di priorità d'intervento. A fronte dell'importanza procedurale del conteggio dello strumentario chirurgico, nel blocco operatorio esiste una forte variabilità circa la sua applicazione, mancando non solo una modalità condivisa tra gli operatori per prevenire questo errore, ma anche uno strumento idoneo per documentare l'avvenuto conteggio. È proprio per questo motivo che la primaria azione correttiva messa in atto è stata quella di creare una procedura per il conteggio dello strumentario, con l'introduzione di una check list "conteggio ferri". La procedura ed il modulo con la check list sono state presentate e condivise con gli infermieri del blocco operatorio.

RISULTATI Lo studio ha condotto all'individuazione di 5 macroattività e di 31 attività principali dalla quale sono emersi 81 modi di guasto/errore. L'IPR più elevato è stato di 64, mentre il più basso di 4. Si tenga presente che il valore massimo attendibile è 125. Il gruppo di lavoro ha effettuato un controllo delle azioni correttive adottate, allo scopo di garantire l'effettiva gestione del rischio. A tal fine, dopo 6 mesi dall'implementazione della procedura, sono stati presi in considerazione gli interventi d'elezione e d'urgenza, svolti in un mese nella sala chirurgica del blocco operatorio; sono stati esclusi tutti gli interventi effettuati in laparoscopia e quelli in cui non è avvenuta l'apertura della cavità peritoneale, retroperitoneale, pelvica e toracica. Dal campione, costituito da 35 interventi, è emerso che nel 88% dei casi è stato effettuato il conteggio ferri chirurgici secondo procedura, utilizzando il nuovo modulo. Nel rimanente 12% (4 casi), in 3 casi i moduli presentavano errori metodologici nella compilazione e solo in 1 caso non era stato compilato. Si ipotizza che questi problemi siano dovuti alla fretta del personale e siano superabili pianificando e rinforzando la formazione degli operatori.

CONCLUSIONI Si tratta di una tecnica relativamente semplice, facile da capire tramite un training limitato; può essere applicata a tutto il processo di lavoro o a parti selezionate ed ha costi limitati. L'analisi dell'errore non ha carattere inquisitorio mirato alla ricerca delle responsabilità del singolo ma tiene conto della razionalità limitata insita nelle nostre azioni. La tecnica ha stimolato i partecipanti del gruppo di lavoro ad affinare la percezione e la consapevolezza del rischio, li ha coinvolti nella risoluzione dei problemi, favorendo momenti di confronto e di arricchimento professionale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Da Rold Marika	Istituzione	ULSS 1 Belluno
Telefono	0437 806119	Indirizzo	Viale Europa
Fax	0437 516114	CAP	32100
E-mail	marika_darold@libero.it	Città	Belluno

61. MEETING JOURNAL CLUB: ANALISI DEL PRIMO BIENNIO DI ATTIVITÀ

Dal Bò O, De Pol L, Lirutti M

Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine

BACKGROUND Il Journal Club costituisce un momento di discussione collegiale e un'occasione per affrontare problemi e proporre soluzioni inerenti la prassi clinica. Le caratteristiche dei journal clubs di successo sono rappresentate dalla conduzione di riunioni a cadenze fisse, la frequenza obbligatoria, l'identificazione di un obiettivo chiaro a lungo ed a breve termine, una durata definita, la presenza di un tutor deputato alla scelta dei documenti e alla conduzione della discussione, la distribuzione della documentazione prima della riunione, l'utilizzo della rete per una più ampia diffusione e archiviazione dei dati. La finalità dei Journal club sono le seguenti: a) acquisire, diffondere ed applicare le evidenze scientifiche; b) sviluppare abilità di lettura critica di risultati di ricerca focalizzando l'attenzione sulle metodologie di analisi statistiche adottate; c) analizzare le metodologie di analisi dei dati; d) sviluppare occasioni di confronto dell'équipe. In Azienda Ospedaliero Universitaria S.M.M. di Udine nel triennio 2009-2011 si sono sviluppati dei percorsi formativi accreditati come formazione sul campo che rappresentano un connubio tra la discussione del caso clinico ed il journal club in cui le evidenze vengono fortemente correlate all'attività clinica. A cadenza fissa con la supervisione del tutor, vengono presentati da parte di un membro del gruppo casi clinici e pubblicazioni scientifiche di particolare interesse con successiva discussione collegiale. Le modalità con cui i meeting journal club vengono strutturati sono descritte di seguito: 1. discussione di singoli casi emblematici emersi dalla prassi clinica e proposti da un componente. I casi possono essere ricostruiti a posteriori o selezionati nell'ambito della casistica in studio; 2. valutazione critica del percorso diagnostico-terapeutico. 3. selezione di alcune riviste di prestigio internazionale negli ambiti di ricerca selezionati. 4. l'articolo selezionato viene inviato via e-mail a tutti i partecipanti all'iniziativa formativa; 5. a turno, un relatore espone i lavori scientifici selezionati e i partecipanti, con il coordinamento dei responsabili scientifici del progetto, commentano criticamente i risultati degli studi. L'esito della discussione viene documentato attraverso un verbale.

OBIETTIVI Verificare la presenza dei determinati che incidono sull'efficacia dei meeting journal club nei percorsi attivati dall'AOU nel triennio 2009-2011. Verificare l'impatto in termini di ricadute nella pratica clinica.

METODI 1) la somministrazione di un questionario semistrutturato ai responsabili scientifici/tutor dei singoli progetti riguardante le modalità con cui le caratteristiche fondamentali dei meeting journal club hanno influenzato la pratica clinica; 2) l'analisi dei dati raccolti attraverso la compilazione della modulistica ECM regionale; 3) l'analisi delle relazioni dei responsabili scientifici/tutor; 4) l'analisi dei dati disponibili all'interno del database relativo alla formazione aziendale.

RISULTATI L'analisi quali quantitativa è stata condotta sui 26 meeting journal club attivati nel biennio 2009-2010. Le ore dedicate sono state 1100 ed hanno coinvolto 361 professionisti. I partecipanti hanno valutato gli eventi formativi attribuendo un valore medio di 4,2 all'efficacia ed un valore medio di 4,3 alla rilevanza. La qualità media ha raggiunto un valore di 4,2 mentre il gradimento medio complessivo è risultato di 4,2 (range 1-5). I professionisti coinvolti afferivano in modo prevalente all'area medica ma alcuni meeting hanno visto il coinvolgimento anche di altre figure quali infermieri, psicologi e tecnici sanitari. La durata media del singolo incontro è stata di 1,5 ore. Il numero medio di ore dedicate agli incontri previsti nell'anno è stato pari a 40 (range 8-160). Tutti i meeting sono stati sviluppati sotto la supervisione di un tutor/leader per un numero complessivo di ore pari a 1100. L'attività ha consentito l'attribuzione di n.5898 crediti ECM ai partecipanti e n.1007 crediti ECM di tutoraggio. Dalla analisi dei progetti emerge che nel 90% dei casi i meeting presentano le caratteristiche descritte come rilevanti in letteratura e dalla revisione delle relazioni dei responsabili scientifici nel 85% dei casi hanno delle ricadute positive nella prassi.

CONCLUSIONI Dall'analisi dei dati emerge che l'attività formativa è gradita ai partecipanti che la ritengono efficace per il raggiungimento degli obiettivi previsti. Nella quasi totalità dei casi i meeting/j.c. presentano le caratteristiche descritte come rilevanti in letteratura ed hanno un impatto positivo nell'adozione di best practice da parte dei professionisti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dal Bò Ornella	Istituzione	Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia
Telefono	0432 554332	Indirizzo	Piazzale Santa Maria della Misericordia
Fax	0432 554381	CAP	33100
E-mail	dalbo.ornella@aoud.sanita.fvg.it	Città	Udine

62. SATURAZIONE TRANSCUTANEA DI OSSIGENO NEI PRIMI MINUTI DOPO LA NASCITA: CONFRONTO TRA NATI SANI DA TAGLIO CESAREO ELETTIVO VS. TAGLIO CESAREO URGENTE

Dal Cengio V, Trevisanuto D, Ciullo R, Parotto M, Zacchettin C, Zanella P, Rizzo N, Zanardo V

Università degli Studi di Padova

BACKGROUND Le Linee Guida di Rianimazione Neonatale 2010 raccomandano il monitoraggio dei valori di saturazione transcutanea pre-duttale d'ossigeno (SpO₂) alla nascita nei neonati poco reattivi e/o poco tonici e riportano i limiti fisiologici di SpO₂ nei primi 10 minuti di vita per guidare la somministrazione di ossigeno. Studi precedenti hanno misurato la SpO₂ suggerendo un effetto dovuto al tipo di parto, ma i dati rimangono ancora inconclusivi: alcuni studi riportano una SpO₂ più bassa nei nati da taglio cesareo rispetto ai nati da parto vaginale, ma altri non trovano differenze tra i due gruppi. Nessuno studio ha finora indagato la fattibilità di tali Linee Guida e neppure la differenza di SpO₂ alla nascita tra nati da taglio cesareo elettivo e taglio cesareo urgente. I benefici meccanismi neuroendocrini di adattamento alla vita post-natale conseguenti al travaglio di parto sono assenti nei nati da taglio cesareo elettivo: ciò potrebbe determinare un andamento delle saturazioni alla nascita diverso rispetto ai nati da parto vaginale e da taglio cesareo urgente, i quali, peraltro, nascono spesso in una condizione di sofferenza fetale acuta.

OBIETTIVI Primario: confrontare il valore di SpO₂ pre-duttale e di frequenza cardiaca nei primi dieci minuti di vita nei nati da taglio cesareo elettivo e taglio cesareo urgente valutando anche la fattibilità delle Linee Guida di Rianimazione Neonatale 2010. Secondario: confrontare parametri emogasanalitici, glicemia, ematocrito, pressione arteriosa (PA) e temperatura (T°) alla nascita.

METODI Lo studio è stato condotto presso le sale parto della Clinica Ostetrica e della Divisione Ostetrica dell'Università degli Studi di Padova, Azienda Ospedaliera di Padova. Nello studio sono stati inclusi tutti i neonati sani con settimane gestazionali da 34+0 a 41+3, nati da taglio cesareo elettivo e taglio cesareo urgente. È stato incluso un gruppo di controllo costituito dai nati da parto vaginale. Sono stati esclusi i neonati che alla nascita hanno necessitato di ossigenoterapia o che sono stati rianimati. Il sensore del pulsiossimetro Masimo Radical-7 (Masimo, Irvine, California) è stato posizionato sulla mano destra del neonato. La SpO₂ e la frequenza cardiaca sono state registrate ad intervalli di un minuto nei primi dieci minuti di vita. In contemporanea è stata valutata l'attività del neonato: piange, agitato, tranquillo, dorme. Sono stati registrati anche altri parametri fetali e materni. I dati sono espressi come media + deviazione standard (DS). I gruppi sono stati confrontati con il test Anova e con il test di Fischer. Per il confronto tra le SpO₂ e le frequenze cardiache tra i tre gruppi è stato utilizzato il test Anova. Un valore di $p < 0.05$ è stato considerato statisticamente significativo.

RISULTATI Abbiamo studiato 79 neonati di età gestazionale pari a 39.3±1.3, 37.5±1.4, 38.0±2.1 settimane, nati da parto vaginale (n. 17), taglio cesareo elettivo (n. 50) e taglio cesareo urgente (n. 12), rispettivamente. Le SpO₂ sono progressivamente migliorate nei primi 10 minuti di vita in tutti i gruppi. Le SpO₂ medie dei nati da taglio cesareo sono state mediamente inferiori rispetto a quelle dei nati da parto vaginale ($p < 0.05$ a 5 minuti di vita TCU vs. PV). Nel gruppo dei nati da taglio cesareo urgente, le SpO₂ sono state mediamente più basse di quelle dei nati da taglio cesareo elettivo, anche se la differenza non è stata statisticamente significativa. Le FC sono risultate comparabili nei tre gruppi. pH, pO₂, pCO₂, HCO₃, PA e T° sono stati sovrapponibili nei tre gruppi, mentre l'ABE è risultato maggiore nel PV. La glicemia è risultata, invece, inferiore nei nati da TC.

CONCLUSIONI In accordo con i precedenti lavori, si è evidenziato che i valori di SpO₂ dei nati da taglio cesareo nei primi dieci minuti di vita sono mediamente più bassi rispetto a quelli dei nati da parto vaginale. Per quanto riguarda la SpO₂ dei nati da taglio cesareo urgente, questa è mediamente inferiore, anche se non statisticamente significativa, rispetto a quella dei nati da taglio cesareo elettivo. Lo stress fetale che sottende la scelta di procedere a taglio cesareo urgente sembrerebbe avere il ruolo maggiore sullo stato di ossigenazione del neonato nella sua fase di adattamento dopo la nascita. È stata, inoltre, verificata la fattibilità delle Linee Guida 2010.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dal Cengio Valentina	Istituzione	Università degli Studi di Padova
Telefono	0444 590505	Indirizzo	Via Giustiniani
Fax	0444 590505	CAP	35121
E-mail	valentina.dalcengio@studenti.unipd.it	Città	Padova

63. AUDIT CLINICO ANTIBIOTICO PROFILASSI PERI OPERATORIA. AOU MEYER, FIRENZE
De Masi S¹, Biermann KP¹, Martin A¹, Ciruolo F², Geddes M²
¹ AOU Meyer, ² Azienda Sanitaria di Firenze

BACKGROUND L’osservazione non strutturata di alcune cartelle cliniche relative ad interventi chirurgici eseguiti presso l’AOU Meyer di Firenze, ha fatto emergere aree di inappropriatezza in merito alla pratica dell’antibiotico profilassi peri operatoria e della terapia antibiotica post operatoria, nonostante la disponibilità di un protocollo aziendale redatto dal Dipartimento di Chirurgia, nell’anno 2007.

OBIETTIVI Identificare i margini di miglioramento della pratica dell’antibiotico profilassi, verificare la necessità di un aggiornamento del protocollo aziendale e mettere a punto specifici interventi favorenti l’implementazione.

METODI Un campione di 115 cartelle cliniche relative alle dimissioni dei primi 7 mesi del 2011, su un totale di poco più di 3000 DRG chirurgici, è stato analizzato, estraendo le seguenti informazioni corrispondenti ad altrettanti criteri relativi alla pratica dell’antibiotico profilassi: -classificazione dell’intervento (pulito, pulito-contaminato, contaminato, sporco) -somministrazione dell’antibiotico profilassi -timing della somministrazione -molecola utilizzata (eventuali allergie o pre-trattamenti) -dose utilizzata e peso del paziente -ricorso alla seconda dose e durata dell’intervento -indicazioni all’antibiotico terapia (limitatamente agli interventi di adeno-tonsillectomia) Le raccomandazioni di buona pratica clinica sono state mutate dai seguenti documenti evidence-based: - SIGN, Antibiotic prophylaxis in surgery, A national clinical guideline, 2008 - SNLG, Antibiotico profilassi perioperatoria nell’adulto, 2008 - The Children’s Hospital of Philadelphia, Peri-operative antibiotic prophylaxis, 2010 - Meyer, Firenze, Protocollo per la profilassi antibiotica perioperatoria in chirurgia, 2007 - CEVEAS, Linee guida di profilassi antibiotica perioperatoria in chirurgia pediatrica, 2000 Il giorno 9 novembre 2011, si è svolto l’audit clinico, con la presentazione dei risultati cui ha fatto seguito una discussione strutturata alla quale hanno preso parte le seguenti figure professionali: -moderatore esterno all’AOU Meyer -chirurghi pediatrici (otorino-laringoiatra, urologo, neonatologo, generale, ortopedico) -infettivologo -infermiere di sala operatoria -farmacista -clinical risk manager -rappresentante del comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere -anestesista -epidemiologo

RISULTATI Gli interventi più rappresentati sono di chirurgia addominale (25%), urologia (25%) e otorinolaringoiatria (33%). Oltre il 60% è rappresentato da interventi “Puliti-Contaminati”. Il tasso di appropriatezza totale dell’antibiotico profilassi è dell’87.8%, con un’appropriatezza all’uso, quando raccomandato, dell’81.4% e un’appropriatezza al non uso, quando non raccomandato del 91.7%. In sintesi si ricorre all’antibiotico profilassi in assenza di indicazioni nell’8.3% dei casi e si omette l’antibiotico profilassi in presenza di indicazioni nel 18.6% dei casi. Il ricorso alla seconda dose risulta appropriato complessivamente nel 90.2% dei casi. La seconda dose è sempre usata, quando raccomandata, mentre è utilizzata nel 10.2% dei casi in cui non è raccomandata. Le cefalosporina di III generazione sono usate in oltre il 60% dei casi, mentre il ricorso alle cefalosporine di I generazione, unanimemente raccomandate, si osserva soltanto nel 15% dei casi. Limitatamente ai casi di adeno-tonsillectomia, si segnala un costante ricorso alla prescrizione dell’antibiotico-terapia alla dimissione, in assenza di qualsivoglia indicazione clinica e in contro-tendenza rispetto a tutti i documenti consultati.

CONCLUSIONI La valutazione strutturata delle criticità emerse, condotta attraverso il metodo FMEA, ha consentito di identificare le seguenti azioni da intraprendere al fine di migliorare la pratica dell’antibiotico profilassi: 1) Inserimento delle informazioni sulla somministrazione dell’antibiotico-profilassi pre-operatoria nella Scheda Terapeutica Unica e nel Registro Operatorio Informatizzato 2) Revisione, condivisione e diffusione del protocollo sull’antibiotico profilassi 3) Maggior rigore nella compilazione della check list e della documentazione clinica 4) Ricorso a procedure strutturate di consenso per definire le raccomandazioni in carenza di evidenze. 5) Segnalazione alla Commissione Terapeutica Ospedaliera del sovra-utilizzo di antibiotici inappropriati e sollecitazione di azioni di monitoraggio 6) Re-audit fissato per settembre 2012.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Biermann Klaus Peter	Istituzione	AOU Meyer
Telefono	055 5662035	Indirizzo	Viale Pieraccini, 24
Fax	055 5662559	CAP	50139
E-mail	k.bierman@meyer.it	Città	Firenze

64. L'ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI ECM NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE ABRUZZO

Di Corcia T, Racciatti D, Tana F, Martines S, Muraglia A

Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo

BACKGROUND L'analisi dei fabbisogni formativi è la componente essenziale dell'ECM, è il primo anello del processo formativo, evidenzia le "carenze" che un professionista deve colmare, adeguando continuamente, conoscenze, abilità e competenze attese. È alla base della definizione di ogni obiettivo di formazione. L'obiettivo formativo è la risposta al gap esistente tra abilità, conoscenze e competenze possedute da un soggetto e quelle che dovrebbe possedere per raggiungere standard di prestazioni lavorative riconosciute ottimali da una organizzazione. In ogni indagine i bisogni formativi vanno ricercati secondo tre direttrici: 1. tecnico – professionale; 2. manageriale; 3. socio-sanitaria; I fabbisogni formativi rappresentano le necessità, esplicite o implicite, di "adattare" le risorse umane alle strutture organizzative e alle modalità di lavoro dell'azienda, in funzione delle esigenze del momento o di determinati scenari; indicano l'insieme dei contenuti di specifici interventi di formazione formulati a partire dai bisogni emersi. L'analisi dei bisogni formativi costituisce momento essenziale per la predisposizione del piano di formazione e per l'individuazione delle priorità nelle attività didattiche. Essa viene svolta direttamente dalla Direzione strategica per gli aspetti d'interesse generale e per lo sviluppo, tenendo anche conto delle direttive nazionali e regionali in materia, dei temi manageriali di sistema; una successiva quota si rileva attraverso interviste, incontri, riunioni, colloqui e/o proposte scritte; Dall'analisi dei dati raccolti vengono individuate e negoziate le linee principali di intervento e viene formulato lo specifico piano di attività.

OBIETTIVI Obiettivo del presente lavoro è stata la stesura di un documento condiviso da tutti i Responsabili degli Uffici Formazione Aziendali al fine di omogeneizzare le attività inerenti alla rilevazione dei bisogni formativi.

METODI La metodologia utilizzata si è basata sull'organizzazione di una serie di incontri con i Referenti Aziendali degli Uffici Formazione che ha portato alla stesura di un documento condiviso.

RISULTATI Verranno illustrate le "Linee Guida Regionali" per l'analisi dei fabbisogni formativi.

CONCLUSIONI Il lavoro è risultato un'esperienza positiva in quanto nasce dalla collaborazione dei referenti aziendali coordinati dall'ASR Abruzzo. Durante gli incontri è stato possibile far emergere i punti di forza e le criticità presenti nei diversi contesti organizzativi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Di Corcia Tiziana	Istituzione	Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo
Telefono	085 45087324	Indirizzo	Via Monti, 9
Fax	085 4508720	CAP	65127
E-mail	tiziana.dicorcia@asrabruzzo.it	Città	Pescara

65. PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO SULLA BPCO: RISULTATO DI 3 ANNI DI AUDIT STRUTTURATO
Di Gianfilippo G, Lunari P, Le Donne R, Mancini D, Silvestri S, Febbraio C, Giannursini E
<i>Ospedale San Camillo De Lellis di Rieti</i>

BACKGROUND Da anni la regione Lazio è sotto piano di rientro con impossibilità nel reintegro delle risorse (pensionamenti, acquisizione o upgrade degli strumenti...) e conseguente depauperamento delle professionalità. Ciò ha fatto sì che l'azienda ASL di Rieti adottasse i principi della Governance al fine di conciliare l'ottimizzazione delle residue risorse con il miglioramento continuo del "prodotto" salute. La BPCO riacutizzata è stata oggetto di particolare attenzione per il rilevante impatto gestionale e soprattutto per la necessità di integrazione funzionale fra diversi reparti con differenti approcci culturali e metodologici: Medicina Generale, Pneumologia, Anestesia e Rianimazione, Geriatria.

OBIETTIVI Garantire una adeguata e standardizzata assistenza a tutti i pazienti affetti da BPCO riacutizzata in considerazione dell'assetto aziendale che prevede solo un servizio di pneumologia attivo per 5 giorni/settimana, una NIV (Ventilazione Non Invasiva) possibile solo nel reparto di terapia intensiva ed una gestione di degenza ordinaria possibile solo presso la Medicina/Geriatria.

METODI I riferimenti per gli standard diagnostici ed assistenziali (Percorso Clinico Organizzativo, PCO) furono definiti in 2 differenti step: un ragionamento clinico in cui evidenziare tutte le procedure diagnostiche terapeutiche ritenute necessarie sulla base della evidenza e dell'appropriatezza; un percorso organizzativo per sancire chi e come, sulla base delle risorse aziendali, dovesse eseguire, tutte le procedure evidenziate nel ragionamento clinico. Per la compilazione del PCO furono coinvolti un referente leader (pneumologo) e i referenti di tutti i servizi e/o unità operative presenti nella specifica "filiera" di gestione della BPCO. La funzione di mediazione fu svolta da un facilitatore ad hoc (affidente alla UOC Audit Clinico e SIS) esterno alla filiera, secondo i principi del "solving problem". Il percorso così generato è stato monitorato sulla base di indicatori sviluppati su tutti i punti ritenuti critici per le difficoltà di integrazione o per il rischio salute del paziente. Gli audit sono stati eseguiti a cadenza formale semestrale, su campione di almeno il 50% dei pazienti in esame, e illustrati in conferenza plenaria aperta a tutti gli operatori e le professioni coinvolti nella "filiera" gestionale della BPCO.

RISULTATI Sulla base delle criticità aziendali sono stati identificati i seguenti indicatori: mortalità; rispetto prescrizione farmacologica (Aerosol); EGA (emogasanalisi) entro 2 ore in pazienti con $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHG e $\text{Ph} \geq 7.35$ o con $\text{Ph} < 7.35$; degenza > 9 gg; pazienti con $\text{ph} < 7.35$ al ricovero con necessità di ventilazione. I casi analizzati sono stati 382 per 7 audit semestrali e la tabella a seguire (Tabella 1) mostra i risultati ottenuti. Audit Indicatori I° 2008 II° 2008 I° 2009 II° 2009 I° 2010 II° 2010 I° 2011 Mortalità 8 7.8 1.5* 2.7 0* 2* 2* Rispetto prescrizione 72 82 100* 78 98* 100* 95 EGA entro 2 ore 35 36 88** 62 80 100** 100** $\text{Ph} < 7.35$ con NIV 26 7 8 12 4.5 9 4 Degenza > 9 gg 44 33 43 20 38 30 33 Tabella 1. Dati di attività di audit: I valori in tabella sono espressi in %. * $p < 0.05$; ** $p < 0.005$ La mortalità da un valore del 7-8% del primo anno di osservazione è scesa ad un valore oscillante fra lo 0 e 3 %, stabile nelle ultime 5 rilevazioni. Tale dato è stato conseguenza di una maggiore aderenza ad una corretta terapia (dal 72% al 100%), e ad un maggior rigore procedurale nel monitoraggio clinico dell'insufficienza respiratoria e dell'acidosi. La maggiore attenzione è stata confermata dalla riduzione dei pazienti con acidosi grave necessitante di NIV al momento del ricovero, sceso dal 26% della prima rilevazione a valori tra il 4 ed il 12% delle successive.

CONCLUSIONI La nostra esperienza, nata soprattutto come risposta di ottimizzazione alle grosse difficoltà d'accesso alle risorse generate dal piano di rientro economico regionale, ha evidenziato come la Governance Clinica sia ad oggi un importante strumento in grado di conciliare la pressante richiesta di qualità dei servizi con le necessità di ristrettezza economica contingente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Di Gianfilippo Giacinto	Istituzione	Ospedale San Camillo De Lellis
Telefono	0746 278051	Indirizzo	Viale Kennedy
Fax	0746 279925	CAP	02100
E-mail	g.digianfilippo@asl.rieti.it	Città	Rieti

66. IL DIARIO DEGLI ERRORI ESPERIENZA DELLA MEDICINA NUCLEARE DI TERAMO

Di Giovanni P¹, Santarelli F², Di Natale T², De Vincentis N², Braca D², Spitilli MG², Pepe P², Scarpone P², Di Gregorio A², Cacciatore M², Flammini P², Fabiani F²

¹Università degli Studi di Teramo, ²ASL Teramo

BACKGROUND Il Sistema Sanitario è influenzato da molteplici fattori tra cui la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche, dei ruoli professionali, tecnico-sanitari etc. Tutti questi fattori devono integrarsi per lavorare combinati e in armonia con il comune scopo di rispondere alle esigenze del paziente ed assicurargli la migliore cura possibile. Lungo questo articolato percorso è plausibile l'eventualità del verificarsi di errori o incidenti. Di norma gli errori non sfociano in incidenti o near misses, ma in una unità operativa possono essere ricorrenti, è quindi utile ottenere una loro mappatura all'interno dell'organizzazione. Fattore critico di questo problema è l'importante peso in sanità delle risorse umane. È importante coltivare una cultura della sicurezza che non sia di tipo autoreferenziale ma di tipo generativo "possiamo e dobbiamo migliorarci.." acquisendo la capacità di gestire l'errore sì come evento possibile ma soprattutto controllabile.

OBIETTIVI La gestione del rischio clinico si pone come cardine strategico nelle procedure di miglioramento continuo della qualità con lo scopo di creare idonei presupposti per lo sviluppo di un sistema di governo unitario delle attività che garantisca l'appropriatezza, la qualità e la sicurezza delle prestazioni e dei processi erogati. È quindi necessario conoscere i punti deboli dell'organizzazione ma soprattutto bisogna essere in grado di cogliere gli indizi utili a svelare gli errori latenti. La maggior parte delle volte accade che un errore venga riconosciuto subito e quindi corretto prima che provochi conseguenze, oppure successivi interventi ne attutiscono gli effetti. Il "near-miss" cioè quell'accadimento che avrebbe potuto ma non ha, per fortuna o per abilità di gestione, originato un evento avverso può fornirci preziose informazioni sui difetti delle nostre attività e può aiutarci a migliorare l'assistenza sanitaria. Questo ragionamento ci porta a considerare l'errore come un'occasione di apprendimento e di riflessione. Da qui l'importanza della segnalazione degli eventi avversi (Incident Reporting) e ancor più dei quasi eventi ovvero degli errori che non sfociano in eventi avversi.

METODI In prima fase è stato effettuato un corso preparatorio atto ad illustrare l'attuale concezione del rischio clinico e della sua gestione cercando di decentrare la visione corrente degli operatori, concentrati sulla bravura individuale, ad una più vasta cultura generativa con l'obiettivo del miglioramento continuo. Successivamente è stato presentato il diario degli errori, strumento cardine di questo progetto, che consiste in un modulo prestampato in cui ogni operatore ha annotato in maniera anonima errori propri e di altri indicando le condizioni ambientali che possono aver favorito l'errore e una valutazione del rischio che ha portato o avrebbe potuto portare l'errore commesso. Ad un mese dall'inizio delle annotazioni, all'interno di una riunione collegiale con l'ausilio di un conduttore esterno all'U.O.C. medico e psicologo esperto sia di gestione del rischio sanitario che di conduzione di gruppi, sono stati raccolti e letti i diari compilati dagli operatori con conseguente individuazione delle possibili azioni di miglioramento relative ai singoli problemi riscontrati lungo il corso dell'attività lavorativa. L'ultima fase è prettamente di controllo con la prerogativa di rendere ciclica la compilazione del diario degli errori ed usare i risultati stessi come metro di verifica e controllo delle vulnerabilità scoperte e sulle quali si è lavorato con azioni di miglioramento, ed i risultati ottenuti nei successivi cicli di raccolta dei diari.

RISULTATI Nel primo mese di annotazioni sono state raccolte n 116 schede. Sono stati riscontrati errori sistematici nella quasi totalità dei casi. Gli errori latenti, quindi non riguardanti l'azione del singolo individuo ma nascosti nel sistema in riferimento alle strutture, alle attrezzature, alla gestione ed organizzazione dell'attività sono stati riscontrati in oltre il 99% dei diari. Errori attivi, in diretto rapporto con l'incidente, in meno dell'1%. In questo modo è stato possibile ottenere una mappatura del rischio, analisi e gestione dei dati con individuazione degli eventi avversi e dei metodi correttivi da utilizzare, la gestione dell'informazione relativa al rischio e la messa a regime di un'attività di internal auditing a supporto del risk management, la formazione del personale, la gestione dei sinistri, l'individuazione delle azioni preventive e correttive con conseguente attivazione delle azioni di miglioramento.

CONCLUSIONI Con il presente progetto si vuole fornire una risposta alle moderne esigenze di maggiore qualità, sicurezza fiducia ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Il risk management è visto come il primo passo verso l'identificazione, valutazione e risoluzione dei rischi allo scopo di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi e ridurre al minimo gli eventi avversi prevenibili lavorando precocemente sugli errori che potrebbero, se non corretti, sfociare in eventi avversi e ridurre, di conseguenza, i costi derivanti da implicazioni medico-legali ed assicurative. È atteso un rinnovamento culturale degli operatori che li porti verso percorsi di miglioramento continuo della qualità e riduzione dei margini di rischio senza perdere di vista l'outcome in sanità come soddisfazione del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Fabiani Francesco	Istituzione	ASL Teramo
Telefono	0861 429348	Indirizzo	Piazza Italia, 1
Fax	0861 429345	CAP	64100
E-mail	francesco.fabiani@aslteramo.it	Città	Teramo

67. HTA SUL CLOUD COMPUTING DEI QUESTIONARI ON LINE: VANTAGGI E CRITICITÀ ALLA LUCE DELLA DISCIPLINA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'ORDINAMENTO ITALIANO

Di Spirito AM, Bartoccioni F, Pugliese A, Pacchiarini D, Amoddeo CE

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

BACKGROUND Le tecnologie sviluppatesi nel web permettono all'utente di disporre di vari strumenti di lavoro, fra cui quello di creare questionari on-line, al fine della raccolta e rielaborazione dei dati. Tali strumenti sono utili, rapidi ed economici, ma sono realmente sicuri?

OBIETTIVI Finalità del presente articolo è evidenziare sia i vantaggi di tali tools sia le eventuali criticità, riferendosi in particolar modo al delicato rapporto fra tali strumenti e tutela della privacy.

METODI Alcune piattaforme on-line offrono la possibilità di redigere tali questionari: ciò comporta un'evidente riduzione di costi, di errori di compilazione e trascrizione nonché una notevole velocizzazione nella rielaborazione dei dati rispetto al sistema cartaceo, grazie anche a rielaborazioni grafiche dei dati raccolti. Tuttavia tali tools devono rispettare la disciplina vigente sul trattamento dei dati personali, tanto più quando i dati sono conservati non più in un locale, ma sfruttando il cloud computing. Ciò è ancor più valido in campo sanitario in cui si trattano "dati sensibili" che identificano univocamente il paziente ed il relativo stato di salute.

RISULTATI Nel web sono state selezionate le piattaforme che forniscono il servizio gratuitamente, approfondendo la disciplina da queste applicata in tema di privacy. Si sono poi esaminati e confrontati i vantaggi e gli eventuali profili di criticità. Ciò al fine di rendere il più consapevole possibile, l'utente del servizio web, fra cui il personale sanitario, che si avvale di tale supporto nello svolgimento della propria attività lavorativa. In particolare dalla ricerca è emerso che 4,4 milioni di persone usano Google Docs e Spreadsheet (dato risalente a novembre 2008) (fonte www.sitepont.com/google-docs-use-just-a-blip/). Il tempo che in media un utente trascorre lavorando su Google Docs è pari a tre giorni in un mese: tale dato è sensibilmente cresciuto nel tempo se si pensa che nel settembre 2006 la media dei giorni trascorsi consultando Google Docs ammontava ad un giorno e mezzo, mentre nel settembre 2007 i giorni mensili di uso di Google Docs erano 2,8 circa (fonte www.labnol.org/internet/office/google-docs-site-traffic/5413/). Inoltre, secondo una ricerca dell'IDC-Ufficio Quick Poll (riportata anche dallo U.S Today ed effettuata mediante un'intervista on-line su un campione di 262 soggetti) emergeva che nel luglio 2008 solo il 5,8% degli intervistati usava tale supporto, e che a distanza di un anno la percentuale di persone che se ne avvalevano era cresciuta al 19,5%, con una stima di crescita al 27,1% nell'anno successivo (www.usatoday.com/tech/news/2009-09-21-google-docs-microsoft_N.htm).

CONCLUSIONI L'attività lavorativa del sanitario può essere notevolmente migliorata tramite l'utilizzo dei questionari on-line. Occorre tuttavia che questi sia pienamente consapevole ed informato sulle interrelazioni fra tale attività e la disciplina interna vigente in materia di trattamento dei dati personali, al fine di evitare inconsapevoli (ma pur sempre sanzionate) violazioni della stessa.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Di Spirito Alessandra Maria	Istituzione	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
Telefono	339 2458729	Indirizzo	Piazza Carlo Forlanini, 1
Fax	0743 261189	CAP	00151
E-mail	mineidi@yahoo.it	Città	Roma

68. LA CARTELLA DOMICILIARE INTEGRATA DELLA REGIONE ABRUZZO
Di Virgilio M, Angeli G, Muraglia A
<i>Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo</i>

BACKGROUND L'allungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente marcato in Abruzzo, comportano il contestuale aumento dell'incidenza e prevalenza di poli-patologie cronico degenerative e la progressiva perdita dell'autosufficienza. Questa situazione impone la necessità di individuare sia un sistema di offerta assistenziale che sappia dare risposte efficaci ed appropriate lungo tutto il percorso assistenziale dei pazienti (ospedale, residenzialità extra-ospedaliera e domicilio), sia strumenti di valutazione multidimensionali in grado di determinare i reali bisogni assistenziali, sia strumenti e metodi per il monitoraggio del rischio clinico.

OBIETTIVI Nell'ambito di questo scenario nasce la necessità di perseguire l'obiettivo ambizioso ed innovativo di sviluppare anche nel sistema territoriale nuove strategie di Clinical Governance finalizzate a garantire la sicurezza delle prestazioni sanitarie, la "best practice" e la "best organization". In tale ottica si inserisce la Cartella Domiciliare Integrata intesa come strumento di lavoro comune alle varie figure professionali che intervengono sul paziente per la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

METODI La Regione Abruzzo, in ottemperanza a quanto riportato nel "Sistema delle Cure Domiciliari Linee Guida" (Appendice E della DGR 224/06) ha costituito presso l'ASR Abruzzo un gruppo tecnico regionale per elaborazione della Cartella Domiciliare Regionale Integrata.

RISULTATI Le finalità della Cartella Domiciliare Integrata (CDI) sono le seguenti: □ fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate e garantire continuità assistenziale, documentando lo stato di salute dell'assistito, i trattamenti effettuati, i risultati conseguiti; □ tracciare le attività svolte, per permettere di risalire (tracciabilità) a: 1.responsabili; 2.cronologia; 3.modalità di esecuzione; □ facilitare l'integrazione operativa di diversi professionisti; □ costituire una fonte di dati per: 1.studi scientifici e ricerche cliniche; 2.attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari; 3.valutazioni dell'attività assistenziale; 4.esigenze amministrative, gestionali, legali. I requisiti a cui deve conformarsi il contenuto dei documenti della CDI sono pertanto i seguenti: tracciabilità; chiarezza; accuratezza, appropriatezza; veridicità; pertinenza e completezza.

CONCLUSIONI Tale lavoro mira a far comprendere come anche la cartella domiciliare integrata sia uno strumento perfettamente applicabile alla metodologia della "Clinical Governance". In conclusione, la Regione Abruzzo, si impegna anche attraverso l'adozione della Cartella Domiciliare Integrata da parte delle Aziende Sanitarie a garantire la continuità dell'assistenza dei pazienti cronici non autosufficienti trattati presso il proprio domicilio tramite strumenti di politiche di gestione della qualità e della sicurezza delle cure.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Di Virgilio Manuela	Istituzione	Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo
Telefono	085 45087312	Indirizzo	Via Monti, 9
Fax	085 4508720	CAP	65127
E-mail	manuela.divirgilio@asrabruzzo.it	Città	Pescara

69. INFERMIERI E SODDISFAZIONE LAVORATIVA: RISULTATI DI UN'INDAGINE CONOSCITIVA
Dignani L, Lucertini C, Toccaceli A
<i>AOU Ospedali Riuniti di Ancona</i>

BACKGROUND Le Risorse Umane sono l'elemento centrale di tutte le organizzazioni produttive, e in particolare di quelle che forniscono servizi sanitari, diretti alle persone e basati in maniera fondamentale sui rapporti interpersonali. Se la mission delle aziende sanitarie è quella di fornire assistenza di elevata qualità, i professionisti che vi operano diventano il riferimento assoluto per il governo dell'organizzazione. Di conseguenza il benessere lavorativo degli operatori assume un ruolo di primo piano nel mantenimento di elevati standard assistenziali. Il tema della "soddisfazione lavorativa" (Job Satisfaction) è piuttosto recente ed è oggetto di studio sia di chi si occupa di organizzazioni, sia di chi tratta i fenomeni che riguardano il mondo del lavoro. In ambito sanitario tale studio è volto ad indagare il peso con cui fattori quali le condizioni ambientali del luogo di lavoro, le relazioni interpersonali, i bisogni, il coinvolgimento e le aspettative incidono dal punto di vista fisico e psicologico sul professionista e sul suo rendimento all'interno del contesto in cui è inserito e opera. Diverse ricerche hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione positiva tra maggiore soddisfazione e riduzione dello stress, dell'assenteismo, del turnover. Proprio per tali relazioni, una delle moderne sfide in ambito sanitario è comprendere quali siano i determinanti che creano soddisfazione o insoddisfazione del personale.

OBIETTIVI - indagare se e quanto gli infermieri del Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Immuno-Allergiche e Respiratorie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona" sono soddisfatti del proprio lavoro; - analizzare i principali fattori di soddisfazione e insoddisfazione del personale infermieristico del Dipartimento.

METODI Per analizzare il grado di soddisfazione degli infermieri è stata utilizzata la Mueller-Mc Closkey Satisfaction Scale (MMSS, 1990), un questionario multidimensionale costruito per la valutazione della soddisfazione di équipes infermieristiche ospedaliere (alfa di Cronbach 0,89). Tale strumento è composto da 31 items, raggruppati in 8 sottoscale che corrispondono a specifiche dimensioni che caratterizzano la soddisfazione, e 5 livelli Likert (5=molto soddisfatto; 1=molto insoddisfatto). Il questionario è stato somministrato in forma anonima agli infermieri del Dipartimento tra aprile e giugno 2010, senza colloquio diretto esplicativo, ma allegando una adeguata lettera di presentazione, con riferimento agli obiettivi e motivazioni dello studio. I dati sono stati elaborati con l'ausilio del software Excel di Microsoft®, in modo da evidenziare il grado di soddisfazione/insoddisfazione del personale infermieristico sia in riferimento a ciascuna Unità Operativa (U.O.), che ad ogni sottoscala individuata.

RISULTATI Su un totale di 116 infermieri del Dipartimento, 104 hanno risposto in maniera completa, 92 donne e 12 uomini (tasso di risposta dell'89%). Gli infermieri provenivano da background formativi diversi: il 42,31% ha conseguito il titolo di scuola regionale, il 25,96% il Diploma Universitario e il 31,73% il Diploma di Laurea. L'età anagrafica e l'anzianità di servizio erano piuttosto disomogenee. La soddisfazione del gruppo professionale si è attestata su un valore medio di 3,05. Analizzando le singole sottoscale è stato possibile desumere quanto segue: il riconoscimento esplicito, le opportunità professionali, e gli elogi e riconoscimenti risultano essere quelli con maggiori criticità; il rapporto con i colleghi, le opportunità di interazioni sociali e l'organizzazione dell'orario di lavoro sono invece risultati i punti di forza.

CONCLUSIONI Il personale infermieristico ha dimostrato un grado di soddisfazione medio, pur essendoci diversi gradi di variabilità all'interno delle singole U.O. del Dipartimento. La conoscenza del grado di soddisfazione del personale e dei suoi determinanti è di fondamentale importanza in un'ottica di valorizzazione delle risorse umane. Infatti prendendo in considerazione le sottoscale e i singoli items che hanno generato più insoddisfazione tra gli infermieri, è possibile programmare precise e mirate manovre correttive, finalizzate al miglioramento del benessere lavorativo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dignani Lucia	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 5964980	Indirizzo	Via Conca
Fax	071 5964353	CAP	60100
E-mail	luciadignani@yahoo.it	Città	Ancona

70. PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ORGANIZZATIVA MISURAZIONE DELLA QUALITÀ ORGANIZZATIVA NELLE UNITÀ OPERATIVE DELL'AZIENDA ULSS N. 16 DI PADOVA. APPLICAZIONE DI UNO STRUMENTO DI MISURA

Donato D, Spanò A, Frison T, Mazzucco M, Pegoraro C, Marin I, Salvan L, Mazzucato F, Pelus F, Zampieri C, Scaffidi Domianello S, Brogio G

Azienda ULSS 16 Padova

BACKGROUND Da un'analisi di dati raccolti nelle unità operative sul livello di qualità dell'assistenza infermieristica erogata è stata rilevata una disomogeneità di interventi e conseguentemente livelli diversi di qualità delle cure infermieristiche erogate ai pazienti nelle unità operative. Analizzando la letteratura in materia di MCQ, si è venuti a conoscenza di uno strumento di valutazione della qualità organizzativa delle unità di cura: Instrument d'Evaluation de la qualité d'Organisation de l'Unité de Soins, (IEQOUS), studiato da Myriam Hubinon. Il Servizio per le Professioni Sanitarie ha promosso un percorso di miglioramento continuo della qualità assistenziale applicando lo strumento. Lo scopo dello strumento IEQOUS è di affrontare la realtà attraverso un approccio sistemico, considerando l'organizzazione una struttura flessibile ed orientata agli obiettivi e ponendo attenzione all'assistenza personalizzata e globale all'utenza. I principi ispiratori sono di considerare le cure indirette come elementi del sistema organizzativo capaci di influenzare la qualità delle cure fornite al paziente. Le attività di assistenza indiretta e organizzative sono indispensabili in quanto senza queste diventa difficile o impossibile affrontare, risolvere o ridurre i problemi di salute dei pazienti.

OBIETTIVI promuovere la qualità dell'assistenza mediante il miglioramento dell'organizzazione del lavoro infermieristico, attraverso l'attivazione di un percorso per la verifica ed il miglioramento della qualità organizzativa nelle strutture dell'azienda ULSS 16 di Padova.

METODI -formazione, sia residenziale che sul campo, rivolta a tutto il personale infermieristico delle unità operative aderenti al progetto -metodologia del lavoro di gruppo che ha visto coinvolti i coordinatori infermieristici e gli infermieri referenti del progetto. Lo strumento utilizzato (IEQOUS) permette di valutare l'organizzazione dell'assistenza su molteplici aspetti. È strutturato in otto dimensioni: processi di cura, gestione delle risorse, comunicazione/informazione, integrazione con le altre unità operative, formazione, gestione delle risorse materiali, gestione delle attività alberghiere, cultura dell'unità operativa, ognuna delle quali è composta da norme, che a loro volta sono dettagliate in criteri, principalmente criteri di struttura e di processo. Nella versione adattata alla realtà padovana esso è composto da 8 dimensioni, 32 norme e 148 criteri. I criteri delle singole norme prevedono 4 modalità di valutazione. Le tappe principali del progetto sono state le seguenti: -presentazione del progetto alla Direzione Strategica Aziendale, -richiesta di adesione al progetto (hanno aderito 50 unità operative su 51 totali); -condivisione del progetto e dello strumento IEQOUS con il gruppo professionale e sua rielaborazione ed adattamento individuando norme e criteri adeguati alla realtà locale; -inserimento del percorso negli obiettivi strategici aziendali; -applicazione dello strumento di autovalutazione IEQOUS; -formazione di tutti gli operatori delle unità operative aziendali aderenti al progetto; -prima autovalutazione (2004) effettuata dai coordinatori infermieristici -avvio di percorsi di miglioramento sulle tematiche maggiormente carenti: documentazione infermieristica, inserimento del neoassunto, pianificazione delle attività, informazione all'utente; -seconda autovalutazione (2009) effettuata dai coordinatori infermieristici per misurare lo scarto tra le due valutazioni ed evidenziare le aree di miglioramento.

RISULTATI Dal confronto dei dati delle 2 autovalutazioni emerge che vi sono stati miglioramenti in tutte le dimensioni valutate. Dai risultati dei valori medi di aggregato emersi dal confronto delle 2 autovalutazioni, riferiti alla prima dimensione "Processi di cura", dopo la revisione della documentazione infermieristica nelle unità operative di degenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione del paziente, emerge un miglioramento in tutti 6 gli aggregati con un aumento di punteggio che va da un minimo di 16.59 per l'aggregato domiciliare ad un massimo di 46.99 per l'aggregato materno infantile. Nella seconda dimensione "gestione delle risorse" il miglioramento ottenuto dopo la revisione dei modelli organizzativo-assistenziali, l'elaborazione ed implementazione di piani di inserimento per il personale infermieristico, varia da un punteggio minimo di 15 per l'aggregato area critica ad un punteggio massimo di 41,74 per l'aggregato materno infantile. Emergono miglioramenti anche in tutte le altre dimensioni.

CONCLUSIONI Il processo avviato va mantenuto individuando altre aree di miglioramento oltre che consolidando il livello di qualità raggiunto. Lo strumento dovrà essere sottoposto ad una revisione anche per renderlo coerente con le richieste della regione in tema di qualità e accreditamento. I risultati dell'autovalutazione hanno promosso l'attivazione di percorsi di audit sull'uso della documentazione infermieristica e percorsi di implementazione di linee guida e procedure assistenziali su alcuni ambiti quali la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione, la gestione dei cateteri venosi centrali e periferici e la prevenzione delle infezioni da catetere vescicale. Va sviluppata infine la parte relativa all'integrazione tra i servizi ed il miglioramento delle pratiche assistenziali.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Frison Tiziana	Istituzione	Azienda ULSS 16 Padova
Telefono	049 8214191	Indirizzo	Galleria Scrovegni, 5
Fax	049 8214133	CAP	35100
E-mail	tiziana.frison@sanita.padova.it	Città	Padova

71. L'INFORMATIZZAZIONE DEL PROCESSO DI GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA COME STRATEGIA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Donato D, Tremolada F, Boldrin M, Spanò A, Frison T, Mazzucco M, Michieli M, De Nardi P, Gomiero F, Merico D

Azienda ULSS 16 Padova

BACKGROUND L'unità operativa di Medicina, prima dell'avvio del progetto di informatizzazione del processo di gestione della terapia farmacologica, utilizzava un supporto cartaceo per la prescrizione dei farmaci e la documentazione dei parametri clinici. Questa modalità favorisce gli errori nelle varie fasi del processo di somministrazione dei farmaci. Ciò ha facilitato la decisione di implementare l'informatizzazione di tale processo. Per raggiungere l'obiettivo di miglioramento del processo di gestione della terapia farmacologica si è utilizzato un "percorso di formazione sul campo" che, ha reso possibile la formazione e l'addestramento del personale di assistenza all'utilizzo del programma informatico di prescrizione e somministrazione dei farmaci, nonché di gestione del magazzino farmaceutico di reparto. Il progetto prevede momenti di verifica intermedia a piccoli gruppi rappresentativi di tutti i partecipanti al progetto (direzione medica, medici e infermieri dell'unità operativa, farmacista, esperti dell'information technology) per l'individuazione e la condivisione di problemi, criticità che emergono durante l'utilizzo della terapia informatizzata e revisione dell'organizzazione di unità operativa. L'informatizzazione è tra gli obiettivi di budget del biennio 2011-2012 assegnati dalla direzione strategica alle strutture aziendali.

OBIETTIVI utilizzo del programma informatico di prescrizione e somministrazione dei farmaci, compresa la gestione del "magazzino informatico" dei farmaci, da parte del personale medico ed infermieristico e degli operatori di supporto dell'unità operativa di Medicina. Gli obiettivi sono perseguiti in collaborazione con il Servizio di Farmacia Ospedaliera ed il Dipartimento Interaziendale Information Technology.

METODI -analisi delle criticità maggiori e dei rischi conseguenti all'uso della prescrizione e somministrazione dei farmaci con sistema cartaceo -individuazione delle risorse tecnologiche necessarie e predisposizione della rete wireless per la prescrizione e somministrazione al letto del paziente -elaborazione di un programma di formazione sul campo (iniziato a ottobre 2011 e che si concluderà a maggio 2012) per formare tutto il personale di assistenza all'utilizzo del sistema informatizzato della prescrizione-somministrazione dei farmaci e gestione del magazzino farmaceutico di unità operativa -avvio dell'attuazione del programma di formazione sul campo che ha coinvolto in primis i medici, gli infermieri e gli operatori di supporto dell'unità operativa; altre figure professionali coinvolte sono i farmacisti aziendali e gli operatori dell'information technology; tale programma prevede le seguenti fasi: -una fase teorica d'aula sui temi del rischio nella gestione della terapia farmacologica, la responsabilità degli operatori e da incontri, in aula informatica, per l'utilizzo in situazione simulata del programma per la prescrizione, somministrazione dei farmaci e gestione del magazzino farmaceutico, nonché documentazione dei parametri clinici; -una fase di applicazione nella operatività quotidiana del programma informatizzato con il tutoraggio per le prime due settimane di avvio, degli esperti del dipartimento di information technology; -una fase di verifica/valutazione del cambiamento attraverso il monitoraggio in itinere con l'analisi e condivisione dei dati presenti nel data base dei processi aziendali (Qlik) e dalle segnalazioni da parte degli utilizzatori del software su eventuali proposte migliorative.

RISULTATI -utilizzo da parte di tutto il personale medico ed infermieristico del programma informatizzato -tracciabilità delle singole fasi di tutto il processo di gestione della terapia farmacologica; -riduzione dei rischi di errore; -gestione del tempo degli operatori più efficiente. Altri risultati relativi al periodo 29.11.2011-22.12.2011: - pazienti con terapia informatizzata sono 133 con numero di prescrizioni pari a 2945 (per principio attivo 788, per nome commerciale 2157); - tipo di prescrizione più utilizzata è la pianificata (il medico programma la terapia prescritta per più giorni) con 2479 prescrizioni, segue la terapia Puntuale o in emergenza con 280 prescrizioni, la prescrizione di farmaci in infusione continua (73) e al bisogno (113). - numero di prescrizioni effettuate per tipo di farmaco: i farmaci più prescritti sono: Furosemide, Lanzoprazolo, Coumadin®, Unasyn®, Cardioaspirin®, Norvasc®, Fidato®, Lantus®, Clexane®, Apidra®, Nitroglicerina, Levofloxacin. - numero di prescrizioni per ATC evidenzia che le categorie di farmaci, per sistema/apparato, maggiormente prescritte sono: • Sangue e organi emopoietici 639 (21,21%) • Sistema cardiovascolare 570 (18,92%) • Apparato gastrointestinale e metabolico 482 (16%); Il Sistema della terapia informatizzata permette di segnalare al medico prescrittore se il farmaco è incompatibile con altri farmaci che il paziente sta già assumendo. Il farmaco maggiormente incompatibile è risultato il furosemide (62 prescrizioni) seguito da nitroglicerina (35 prescrizioni) e coumadin (28); il sistema permette inoltre di segnalare eventuali allergie del paziente che avvertono qualsiasi medico prescrittore (sia del ricovero corrente che di futuri ricoveri all'interno dell'azienda e in unità operative che utilizzano il sistema informatizzato. Il sistema permette di calcolare il costo della terapia farmacologica per DRG e per Diagnosi principale; rileva inoltre le tipologie di infezioni e i farmaci antimicrobici utilizzati. Altro dato che il sistema ci fornisce è relativo alle terapie somministrate e quelle da somministrare e le diverse vie di somministrazione utilizzate.

CONCLUSIONI L'esperienza avviata ha presentato all'inizio alcune difficoltà derivanti soprattutto dalla resistenza iniziale degli operatori al cambiamento, legata soprattutto al timore di non essere in grado di utilizzare gli strumenti informatizzati. Il percorso formativo ed in particolare il tutoraggio degli esperti informatici sono stati fondamentali nel favorire l'utilizzo della prescrizione e somministrazione informatizzata dei farmaci.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Frison Tiziana	Istituzione	Azienda ULSS 16 Padova
Telefono	049 8214191	Indirizzo	Galleria Trieste, 5
Fax	049 8214133	CAP	35100
E-mail	tiziana.frison@sanita.padova.it	Città	Padova

72. LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLA DIAGNOSTICA TC ALLA LUCE DELL'INCIDENT REPORTING
Doratiotto S, Antoniutti M, Morana G
<i>Azienda ULSS 9 Treviso</i>

BACKGROUND L'Incident reporting rappresenta un sistema di raccolta delle segnalazioni di eventi avversi, quasi errori (near misses) e eventi senza danno, al fine di evidenziare le criticità dell'organizzazione e di alcune procedure e di individuare le strategie idonee a prevenire il futuro riaccadimento degli eventi.

OBIETTIVI Migliorare la gestione della sicurezza del paziente adottando le migliori pratiche gestionali per il governo del sistema e della rete aziendale. Analisi delle criticità rilevate con implementazione dell'Incident Reporting (IR) effettuato nel 2009-2010 e definizione di azioni di miglioramento.

METODI Analisi delle criticità rilevate mediante IR nei pazienti sottoposti a esame di Tomografia Computerizzata (TC) con somministrazione di mezzo di Contrasto (MdC) utilizzando lo strumento dell'Audit Radiologico attraverso una revisione strutturata tra vari professionisti (medici radiologi, tecnici sanitari di radiologia medica, infermieri professionali, operatori socio sanitari e amministrativi) che operano nella Struttura Complessa di Radiologia Diagnostica.

RISULTATI Sono state adottate delle azioni di miglioramento e dei metodi di monitoraggio sulle criticità con maggior frequenza di accadimento o maggior gravità nel processo TC. Criticità area Amministrativa: elevato numero di errori di prenotazione provenienti dal Centro Unico Prenotazioni (CUP) [190 pazienti su 695 schede di segnalazione]. Richieste non appropriate da parte dei Medici di Medicina Generale. [105 pazienti su 695 schede di segnalazione]. Azione di Miglioramento: dopo analisi dei dati, organizzazione di Audit con il CUP e con i Medici di Medicina Generale e diffusione tramite del documento finale condiviso. Metodo Di Monitoraggio: scheda rilevazione errori provenienti dal CUP. Criticità area Infermieristica: elevato numero di pazienti non adeguatamente preparato all'esame [180 pazienti su 695 schede di segnalazione] (mancata idratazione, digiuno, Modulo per somministrazione di MdC contenente informazioni preventive). Azione di Miglioramento: per i pazienti interni ed esterni è stata inviata una lettera del Direttore della Struttura Complessa di Radiologia a tutti i reparti per avvisare che le richieste di TC con MdC devono pervenire in Radiologia debitamente compilate e firmate di Consenso Informato e autorizzazione alla somministrazione del MdC, altrimenti non verrà dato l'appuntamento. Metodo di Monitoraggio: per i pazienti interni ed i pazienti esterni utilizzo della scheda di segnalazione di IR. Criticità area Tecnica: Errori presenti in PACS (Errato lato esame n° 19; Errore paziente n° 24; Errore attribuzione immagini n° 18; Studio Radiologico diverso n° 14; Prenotazione esame errata n° 32; Numero di studio non della Work List n° 24; Numero studio mancante 89). Distribuzione errori: Radiologia Tradizionale n° 86; Tomografia Computerizzata n° 51; Risonanza Magnetica n° 48; Angiografia e Interventistica n° 35). Carenza di assistenza infermieristica durante le ore notturne in regime di reperibilità e durante le guardie diurne nei festivi. Azione di Miglioramento: correzioni degli errori PACS e organizzazione permanente di Audit con esposizione di casi e Refresh su come risolvere le situazioni critiche e definizione. Stesura di una procedura "Gestione paziente di Pronto Soccorso in Radiologia" la Struttura Complessa di Pronto Soccorso. Metodo di Monitoraggio: Modulo segnalazione di errori in PACS degli amministratori di e monitoraggio degli errori tramite statistiche. Per la procedura Pronto Soccorso/Radiologia utilizzo della scheda di segnalazione di IR.

CONCLUSIONI Tale progetto ha permesso di rafforzare le conoscenze e le competenze di tutte le figure professionali che operano nella Struttura Complessa di Radiologia Diagnostica, in merito alle problematiche legate alla sicurezza dei pazienti e tradurre tali acquisizioni nella propria pratica professionale. Inoltre, ha consentito lo sviluppo di interventi efficaci e strettamente correlati alla comprensione delle criticità dell'organizzazione lavorativa nel processo TC con la necessità di razionalizzare la programmazione della lista TC per evitare un incongruo carico di lavoro e di dedicare a ogni paziente un adeguato tempo di accoglienza. Sono stati proposti Audit interni e gruppi di lavoro permanenti per proporre delle azioni correttive efficaci, monitorandole nel tempo allo scopo di aumentare la probabilità di intercettare l'errore prima che accada.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Doratiotto Stefano	Istituzione	Azienda ULSS 9 Treviso - Ospedale Ca' Foncello
Telefono	0422 322212	Indirizzo	Piazza Ospedale, 1
Fax	0422 322530	CAP	31100
E-mail	sdoratiotto@ulss.tv.it	Città	Treviso

73. LA SICUREZZA DEL PAZIENTE ED IL RISCHIO CLINICO PER L'AZIENDA ULSS 9 DI TREVISO NEL DIPARTIMENTO DI RADIOLOGIA CLINICA

Doratiotto S, Antoniutti M, Morana G, Di Paola F

Azienda ULSS 9 Treviso

BACKGROUND Potenziamento delle informazioni necessarie per accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari in merito alle problematiche legate alla sicurezza dei pazienti per tradurre tali acquisizioni nella quotidiana pratica professionale.

OBIETTIVI Attività di miglioramento continuo dei processi clinico-assistenziali in modalità multiprofessionale nelle proprie Unità Operative appartenenti al Dipartimento di Radiologia Clinica mediante Formazione sul Campo, anche con attività di lavori di gruppo, incontri programmati di Audit e periodici incontri tra Referenti delle varie Unità Operative, Responsabile del Progetto e Garante.

METODI Attività di sensibilizzazione e sviluppo della cultura sulla sicurezza dei pazienti a tutti gli operatori sanitari operanti in ciascuna Unità Operativa del Dipartimento di Radiologia Clinica mediante personale sanitario appositamente formato (Sensibilizzatori e Facilitatori) in un precedente Corso Formativo trasversale organizzato dalla nostra Azienda. Revisione dei processi lavorativi nelle varie Unità Operative mediante Audit all'interno del contesto lavorativo con la finalità di promuovere la Sicurezza degli operatori, del paziente e finalizzati alla gestione del Rischio Clinico. Analisi delle eventuali criticità riscontrate nei processi lavorativi e definite le opportune strategie di miglioramento.

RISULTATI Stesura, revisione/aggiornamento e condivisione tra le varie Unità Operative del Dipartimento di Radiologia Clinica di procedure nella gestione della sicurezza del paziente e nella gestione dei vari rischi negli esami diagnostici in ambito radiologico: per il personale amministrativo 6 nuove procedure; per il personale tecnico di Radiologia (TSRM), revisione di 20 procedure operative e 5 nuove procedure operative; per il personale infermieristico 3 nuove procedure operative e revisione di 5 procedure operative; per il personale ausiliario (OSS e OTA) 1 nuova procedure operativa; per il personale medico 2 nuove procedure operative e revisione di 6 procedure operative. Creazione permanente di un gruppo di lavoro multiprofessionale nel Dipartimento di Radiologia Clinica per il miglioramento continuo dell'attività professionale, dei processi clinico-assistenziali, in tema di sicurezza del paziente e del rischio clinico con la finalità di perfezionare l'organizzazione anche attraverso l'utilizzo di più idonee procedure professionali.

CONCLUSIONI Questo Progetto di Formazione sul Campo ha permesso di aiutare gli operatori sanitari di ogni profilo professionale ad utilizzare un approccio sistematico e concettuale per l'adozione nella prassi quotidiana di prestazioni assistenziali più sicure e per tradurre operativamente metodi e strumenti di identificazione e prevenzione dei rischi per la segnalazione degli eventi avversi. Tale esperienza formativa ha permesso altresì il miglioramento nella condivisione dei percorsi clinico-assistenziali all'interno del Dipartimento di Radiologia Clinica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Doratiotto Stefano	Istituzione	Azienda ULSS 9 Treviso - Ospedale Ca' Foncello
Telefono	0422 322212	Indirizzo	Piazza Ospedale, 1
Fax	0422 322530	CAP	31100
E-mail	sdoratiotto@ulss.tv.it	Città	Treviso

74. VALUTARE I FABBISOGNI FORMATIVI SULLA CLINICAL GOVERNANCE: UN'INDAGINE CONOSCITIVA SUI PROFESSIONISTI SANITARI

Dore M, Papalia R, Racca AM, Lovato E, Sacco R, Minniti D

Ospedali Riuniti di Rivoli

BACKGROUND Il consolidamento delle competenze dei professionisti e la relativa formazione costituiscono elementi fondamentali ed indispensabili per assicurare l'erogazione di cure efficaci, efficienti, appropriate e sicure.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è di effettuare un'indagine conoscitiva circa la conoscenza della Clinical Governance (CG) in generale e del rischio clinico nello specifico tra gli operatori sanitari degli Ospedali Riuniti di Rivoli.

METODI L'indagine è stata condotta, tra giugno e settembre 2011, con un'intervista strutturata mediante un questionario face-to-face di autovalutazione con valori da 1 a 10 su singoli temi della CG rivolto a medici, infermieri e agli Operatori Socio Sanitari (OSS) dei reparti di Medicina, Chirurgia, Ostetricia-Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Gastroenterologia, Cardiologia, ORL, Neurologia, Nefrologia e Urologia degli OO.RR. di Rivoli (Rivoli, Susa, Giaveno, Venaria). I dati sono stati raccolti in un database sul quale, utilizzando il software STATA 10, è stata effettuata un'analisi descrittiva del campione. Successivamente è stata analizzata la correlazione tra i singoli temi per genere, classi d'età, sede e reparto stratificate per medici, infermieri-OSS. Sono stati confrontati i singoli temi della CG tra le categorie professionali per indagare eventuali differenze tra esse. Infine sono state effettuate regressioni logistiche per identificare i campi conoscitivi che includevano un livello di autovalutazione della CG positivo (punteggio>5) e per escludere il ruolo di variabili confondenti (classi d'età, professione medica, infermieristica e socio-assistenziale).

RISULTATI Sono stati intervistati 209 dipendenti (n=89 Infermieri, n=30 OSS e n=90 Medici) afferenti agli ospedali di Rivoli (n=183), Susa (n=17), Giaveno (n=1) e Venaria (n=8). L'autovalutazione globale è risultata inferiore a 5 nel 41.2% di essi. (40.9% per i medici, 48.0% per infermieri e OSS). Tra i risultati significativi sulla mappatura del rischio per le singole tematiche considerate nella classe medica, sono emersi differenti gradi di conoscenza per ciascun ospedale sul Risk Management (p=0.024), sull'Errore Standard (p=0.004) e sulla CG (p=0.008) con punteggio di autovalutazione negativo (<5) rispettivamente per il 76.6%, il 64.06% ed il 77.0% dei Medici di Rivoli. Differenze statisticamente significative per tipo di reparto si sono riscontrate per la conoscenza delle Linee Guida (p=0.011), dove si sono rilevati punteggi soddisfacenti (>5) nei reparti di Medicina (83.3%), Chirurgia (76.9%), Ginecologia (90.9%) e Cardiologia (100%) e per la Malpractice (p=0.003), con particolari punteggi soddisfacenti nei reparti di Ginecologia (90.9%) e di ORL (100%) e per l'errore (p=0.018), con una valutazione globalmente positiva. Tra infermieri e OSS, sono emersi punteggi soddisfacenti di autovalutazione (>5) sulla conoscenza delle Linee Guida (82.9%), del Consenso (88.8%) e dell'Errore (69.5%). E' emerso che il 63.3% dei medici ha dichiarato buone conoscenze sulla Malpractice, mentre il 63.8% degli infermieri ne ha scarse conoscenze (p=0.000), oltre a non avere alcuna conoscenza in merito al rischio assicurativo. Mentre non sono emerse differenze statisticamente significative sulla conoscenza dei principi della CG e del Risk Management (p=0.117) tra medici e infermieri-OSS, una differenza statisticamente significativa è stata riscontrata sul rischio clinico (p<0.005), dove il 57.8% dei medici ha dichiarato di conoscerlo bene (>5), mentre il 69.49% degli infermieri-OSS si è autovalutata negativamente (<5). In un modello di regressione logistica, in cui il dato della CG è stato corretto per le singole tematiche indagate, è emerso che il grado di conoscenza della CG per ciascun dipendente è maggiormente influenzato (statisticamente significativo) da quello del Risk Management (OR=19.33; IC95%:5.83-64.06; p=0.000), della Malpractice (OR=5.90; IC95%:1.70-20.50; p=0.005) e dell'Errore (OR=6.21; IC95%:1.01-38.39; p=0.049).

CONCLUSIONI Dai dati analizzati emerge una scarsa conoscenza della CG nelle singole tematiche indagate. Nell'ottica di una corretta gestione e applicazione dei principi e strumenti della CG, si è deciso di fornire in via sperimentale una formazione a tutto il personale sanitario (360 persone) del Dipartimento di Area Medica; questo ovviamente prima di procedere ad una implementazione di un sistema di segnalazione volontaria degli eventi. Al termine del processo formativo (cod. ECM 8661 - 13 edizioni - Ottobre 2011/Gennaio 2012), sarà effettuata un'ulteriore indagine conoscitiva per misurare l'efficacia dell'evento formativo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Minniti Davide	Istituzione	ASL TO3
Telefono	011 9551372	Indirizzo	Strada Rivalta, 29
Fax	011 9551070	CAP	10098
E-mail	davide.minniti@libero.it	Città	Rivoli

75. IL CONSENSO INFORMATO: È DAVVERO NECESSARIO RICHIEDERLO AI PAZIENTI ANCHE PER PRESTAZIONI ASSISTENZIALI DEFINITE DI ROUTINE?

Droetto G¹, Dore M², Papalia R², Sacco R², Minniti D²

¹ASL TO3, ²Ospedali Riuniti di Rivoli

BACKGROUND Il consenso informato, quale espressione del diritto all'autodeterminazione diagnostico\terapeutica, è un obbligo contrattuale del medico, in quanto è funzionale al corretto adempimento della prestazione professionale, sebbene sia autonomo da esso. L'operatore sanitario ha l'obbligo di offrire tutti gli elementi utili ed indispensabili perché il cittadino, che dovrà sottoporsi ad un trattamento sanitario, sia comprensibilmente e completamente reso edotto in ordine al tipo di trattamento proposto, con vantaggi, rischi e possibili complicanze, alle alternative terapeutiche e/o diagnostiche, alle finalità, alla possibilità di successo e o di effetti iatrogenici. Il consenso implicito (assenso) viene dedotto secondo il criterio logico dalla disponibilità e collaborazione alle cure che il paziente manifesta rivolgendosi al contesto socio-sanitario, e collaborando con sanitari.

OBIETTIVI Costruire una documentazione sanitaria utile a definire quali pratiche mediche ed infermieristiche possono essere annoverate per l'acquisizione di un consenso comunicato "omnicomprensivo".

METODI Per individuare le metodiche assistenziali più frequenti e a basso rischio dell'integrità fisica del paziente nei reparti di degenza dell'Ospedale di Rivoli – ASLTO3 della Regione Piemonte, sono state effettuate: -ricerche utilizzando come database i dati pubblicati su PubMed; -interviste strutturate ad ogni Direttore di Reparto; -audit clinici con Medici DEA, internisti, medici di DS, medici legali e farmacisti. Una commissione finale di esperti, multidisciplinare, ha avuto il compito di sintetizzare quanto emerso e di elaborare un report finale da diffondere ai reparti di degenza.

RISULTATI Dai dati analizzati è emerso che le metodiche più frequenti che si possono rendere necessarie, durante tutto il periodo di degenza, relative al trattamento diagnostico/terapeutico/riabilitativo e relative all'assistenza infermieristica/ostetrica sono risultate: - i prelievi venosi, arteriosi e capillari - la terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica - le rilevazioni dei dati clinici essenziali (pressione arteriosa, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria etc..) - la visita medica - l'assistenza infermieristica/ ostetrica/riabilitativa secondo il piano di cura. Si ricorda come l'espressione del consenso in forma scritta è per legge obbligatoria nei casi di: - Trasfusione ematica - Procreazione medicalmente assistita - Sperimentazione clinica - Terapia "off label". La forma scritta è fortemente indicata in tutti quei casi dove la tipologia dell'intervento suggeriscono una dettagliata comunicazione, una chiara comprensione e la irrinunciabile accettazione del percorso diagnostico terapeutico da parte del cittadino oltre che la possibilità di ricostruire a posteriori, non infrequentemente a distanza di anni, i percorsi effettuati ai fini anche di tutela legale sia degli operatori sia delle strutture aziendali in cui essi operano. I dati sono stati raccolti sotto forma di dossier interno e trasmessi ad ogni SC di degenza come raccomandazione per tutti gli operatori sanitari dell'Ospedale di Rivoli.

CONCLUSIONI Per le procedure sanitarie più comuni, non necessitanti di un consenso informato esplicito, ciascuna struttura ospedaliera dovrebbe predisporre una documentazione, sottoposta a validazione e verifica interna, che contenga delle linee guida istituzionali in materia di consenso implicito. È altresì necessario implementare quegli standard aziendali di buona pratica comunicativa utili alla costruzione di una alleanza terapeutica eticamente e deontologicamente irrinunciabile, con un'efficace formazione sul campo degli operatori sanitari, su tutti i livelli, al fine di creare le premesse per una evoluzione culturale che ci porti ad una sanità con al centro dell'intervento non la malattia ma il malato nella sua complessità di portatore di bisogni, paure, sofferenze e speranze.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Droetto Giorgio	Istituzione	ASL TO3
Telefono	011 4017085	Indirizzo	Via Martiri XXX Aprile, 30
Fax	011 4017269	CAP	10093
E-mail	rickenpap81@hotmail.com	Città	Collegno

76. LA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA CON SISTEMA DA VINCI: UN'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI UDINE

Fabbro E, Crivellaro S, Adani GL, Vetrugno L, De Lucia P, Drigo D, Del Forno M, Puntel M, Guarrera MG

Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine

BACKGROUND La prostatectomia radicale robot assistita è una delle tecnologie più innovative introdotte in campo medico chirurgico; tuttavia ha un costo particolarmente elevato (da € 693.866,00 a € 1.734.66,00) e richiede notevoli spese di manutenzione.

OBIETTIVI All'interno della Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine è stata effettuata una valutazione comparando la procedure di chirurgia robotica con la prostatectomia radicale laparoscopica effettuate presso la nostra Azienda e dati riportati in letteratura.

METODI Abbiamo confrontato in termini di outcome clinico un campione di 54 procedure di prostatectomia radicale effettuate con la chirurgia robotica vs 50 interventi prostatectomia radicale laparoscopica. Come costi fissi abbiamo valutato l'ammortamento e la manutenzione, mentre per i costi variabili abbiamo considerato il tempo di degenza, il costo totale della sala operatoria e delle sacche di sangue.

RISULTATI Gli outcomes clinici delle procedura con chirurgia robotica sono stati: degenza media 3 giorni $\pm 0,877$ ($p < 0.001$), basso tasso di incontinenza ($p < 0.001$), miglior potenza sessuale ($p < 0.0142$) e nessuna trasfusione di sangue. con costo totale medio per una singola procedura pari a è risultato essere in media di 4990 €. E stata poi condotta una analisi di rapporti di Health Technology Assesment da cui è emerso che il costo totale medio per singola procedura con il Robot Da Vinci è stato di $6.944,77 \pm 2.147,65$ €.

CONCLUSIONI Dai dati si evince che la chirurgia robotica è associata ad un beneficio statisticamente significativo in termini di clinical outcome anche se il costo totale per singola procedura può essere ritenuto elevato. È quindi necessario mantenere il robot il più operativo possibile, usandolo per tutte le procedure che hanno un importante effetto sugli outcome clinici in modo da ottenere anche un maggior risparmio legato ai costi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Fabbro Elisa	Istituzione	Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia
Telefono	0432 559163	Indirizzo	Via Colugna, 50
Fax	0432 559239	CAP	33100
E-mail	fabbro.elisa@aoud.sanita.fvg.it	Città	Udine

77. I BISOGNI SPIRITUALI DELL'ASSISTITO E L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DELL'ARTE IN CAMPO FORMATIVO ED OPERATIVO

Falcatelli F

Facoltà di Infermieristica - Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND Storicamente gli infermieri hanno ricevuto una formazione volta a prendersi cura soprattutto dei bisogni fisici e psicosociali dei pazienti, ponendo poca attenzione ai bisogni spirituali degli stessi; ciò non è giustificato se si considera come universalmente condiviso nell'ambito dell'assistenza infermieristica, il concetto di olistico che intende rispondere a tutti i bisogni di un individuo, comprendendo dunque anche quelli spirituali. La spiritualità riguarda sostanzialmente il modo in cui una persona comprende e vive la vita, secondo i suoi significati, credenze e valori ed è quindi più sostanziale della religiosità, in quanto rappresenta l'aspetto unificante e integrante della vita di un individuo. Sorgono dunque due domande: l'assistenza infermieristica, rispetto ai bisogni spirituali dell'assistito, può ritenere di avere una "mission" ben precisa di tipo professionale? Nel contesto italiano la preparazione universitaria riesce a rispondere esaurientemente alla preparazione necessaria per il soddisfacimento di tali bisogni spirituali?

OBIETTIVI Evidenziare il livello di comprensione e d'attuazione dell'assistenza infermieristica rispetto ai bisogni spirituali nella realtà dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona". L'indagine conoscitiva è stata promossa tra gli studenti del II e III A.A 2010/2011 del Corso di Laurea in Infermieristica sede di Ancona e tra gli infermieri di alcune UU.OO/SOD dell'A.O "Ospedali Riuniti di Ancona" e dell'ADI zona territoriale n.7.

METODI A tal fine sono stati progettati due differenti questionari testati su un campione d'indagine composto da 141 studenti e 125 infermieri. I primi 5 items dei due questionari illustrano la conoscenza sui bisogni spirituali dell'assistito e l'assistenza relativa, i successivi items per studenti evidenziano il livello della proposta formativa, il grado d'apprendimento e il riscontro dell'accertamento di tali bisogni durante il tirocinio informativo. I successivi items per infermieri illustrano le fonti della conoscenza sull'argomento e il tipo di metodologia assistenziale attuata e le criticità relative.

RISULTATI Sia tra studenti che infermieri vi è una chiara comprensione della spiritualità di un individuo (83% vs. 76%), dei bisogni spirituali come propri di ogni paziente (78% vs. 76%) e come il soddisfacimento di essi rientri a pieno titolo tra gli obiettivi infermieristici (83% vs. 75%). È presente inoltre una buona condivisione dell'idea che il raggiungimento del benessere spirituale dei pazienti debba essere correlato ad un'assistenza infermieristica dedicata e olistica (86% vs. 91%). Emergono però allo stesso tempo criticità nel riconoscimento di tali bisogni da parte degli studenti nelle esperienze di tirocinio formativo (29%) e nella metodologia assistenziale non specifica attuata dal personale infermieristico (57%) che si presenta difficoltosa da mettere in pratica (34%).

CONCLUSIONI Nel campione indagato vi è un appropriato concetto di dimensione spirituale, bisogni spirituali e una buona condivisione di essi come oggetto dell'assistenza infermieristica. Le criticità sono presenti nel riconoscimento, da parte degli studenti, dei bisogni spirituali nelle esperienze di tirocinio e da parte del personale infermieristico nell'offrire una risposta assistenziale adeguata. È auspicabile che il personale infermieristico dal sapere, che in questo caso consiste nell'accettazione del benessere spirituale come obiettivo infermieristico, compia un passo avanti per saper essere riconoscendo la propria spiritualità come primo irrinunciabile passo per il saper fare offrendo la migliore risposta assistenziale attraverso la stesura di linee guida dedicate ad individuare interventi specifici. Inoltre, ad integrazione dello studio, bisognerebbe comprendere come i pazienti sentano soddisfatti i loro bisogni di spiritualità e come questo possa migliorare il loro stato di malattia temporaneo o a lungo termine che sia.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Falcatelli Federica	Istituzione	Università Politecnica delle Marche
Telefono	071 9199575	Indirizzo	Via Tronto, 10/A
Fax	071 2206000	CAP	60020
E-mail	ffalcatelli@alice.it	Città	Ancona

78. PERCORSO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

Ferrario B¹, Paier R², Schiavon L³, Simon G², Zavaroni C¹

¹Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 - Bassa Friulana, ²Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 - Friuli Occidentale, ³ASP Daniele Moro di Morsano al Tagliamento

BACKGROUND Lo sviluppo dell'offerta residenziale per anziani in Friuli Venezia Giulia è stato caratterizzato da una crescita, nel tempo, di strutture rappresentanti caratteristiche (strutturali e di servizio) diverse. Questo ha dato luogo a un'offerta disomogenea seguita da una pluralità di atti normativi, intervenuti in periodi temporali diversi, che hanno originato una regolamentazione frammentata e non coordinata, frutto di stratificazioni successive spesso determinate da esigenze contingenti. Oggi il processo di riqualificazione, avviato dalla Regione Friuli Venezia Giulia, mira a definire un sistema residenziale: definito da una regolamentazione unitaria coerente con la strategia generale; in grado di garantire maggiore equità nella presa in carico, tenendo in maggiore considerazione le caratteristiche del bisogno e le risorse economiche degli anziani e del loro nucleo familiare; capace di centrarsi sulle specifiche esigenze delle singole persone e di considerare con attenzione i risultati di salute e di qualità della vita.

OBIETTIVI Nell'ottica di una graduale implementazione di interventi e strumenti volti a migliorare la capacità di governo e la qualità complessiva dell'assistenza nel sistema residenziale per anziani della Regione, si è dato avvio un sistema regionale e aziendale di monitoraggio e di promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture, attraverso l'attivazione di percorsi di audit presso le strutture stesse.

METODI Definizione condivisa di una check list per le visite di audit, a partire da procedure e pratiche basate su prove di efficacia o di consenso tra esperti dove queste non erano presenti. Definizione di un set di indicatori utili all'analisi di performance, a partire dalle informazioni raccolte attraverso lo strumento di valutazione multidimensionale Val.Graf. Attività formativa sui percorsi di audit. Definizione di gruppi distrettuali, formati alle visite di audit. Visite di audit presso le strutture.

RISULTATI Sono state formati 20 gruppi distrettuali di valutazione (per un totale di 40 operatori) che potranno continuare l'attività di audit nel corso dei prossimi anni. In ciascuna Azienda per i servizi sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia, è stato effettuato un audit all'interno di una struttura residenziale per anziani. Sono state quindi coinvolte 6 strutture in totale, che sommano un'offerta di 959 posti letto, di cui circa il 91% per ospiti non autosufficienti. Nelle strutture i 33 requisiti elencati nella check list sono pienamente soddisfatti nel 38% dei casi, sono parzialmente soddisfatti nel 52% dei casi e non sono soddisfatti nel 10% dei casi (la non corrispondenza parziale è legata alla struttura della check list che, per ogni singolo requisito, prevede la valutazione di più standard). In relazione alle evidenze emerse nella visita di audit, è stato sviluppato, per ognuna delle sei strutture residenziali, un progetto di miglioramento della qualità.

CONCLUSIONI Il percorso di monitoraggio e di promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali, promosso nell'arco dell'anno 2011, ha permesso di avviare importanti sinergie tra i distretti e strutture residenziali. Questo ha costituito un passo importante per lo sviluppo di una rete di relazioni importanti per lo scambio di informazioni, buone pratiche e procedure. L'utilizzo sul campo della check list ha permesso di testarne i limiti e i pregi, rendendo possibile una sua revisione per l'anno 2012.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ferrario Barbara	Istituzione	Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 - Bassa Friulana
Telefono	0432 933139	Indirizzo	Borgo Aquileia, 2
Fax	0432 933138	CAP	33057
E-mail	barbara.ferrario@welfare.fvg.it	Città	Palmanova

79. MODELLO DI INTEGRAZIONE PER LO SVILUPPO DI COMPETENZE PER LA TUTELA DELLA SALUTE AMBIENTALE
Ferrelli RM¹, Desogus GF², Brambilla G¹, De Virgilio G¹
¹ Istituto Superiore di Sanità, ² ASL di Carbonia

BACKGROUND Le funzioni attribuite al Dipartimento di Prevenzione, struttura operativa dell'Azienda Sanitaria Locale, abbracciano tematiche, attività e compiti referenti agli aspetti della salute legati all'ambiente, nell'ottica dipartimentale di tutela e promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita. L'ISS e la Regione Autonoma della Sardegna hanno attivato una collaborazione in ambito formativo, a cura dell'Ufficio Relazioni Esterne (URE) dell'ISS, a seguito della quale, si attiva un ulteriore progetto, con la finalità di sviluppare competenze in tema di salute ambientale nella ASL di Carbonia, attraverso metodi didattici efficaci, ad alta interattività e integrazione, utilizzando tecniche diverse quali la formazione residenziale, il tutoraggio a distanza e la formazione sul campo.

OBIETTIVI Il progetto ha l'obiettivo principale di sviluppare le competenze di progettazione, gestione e valutazione di interventi nel settore salute e ambiente nel territorio di competenza della ASL Carbonia, in particolare in relazione alla preparazione e gestione di piani di intervento di prevenzione primaria all'esposizione di contaminanti tossici persistenti nel territorio.

METODI Per il raggiungimento degli obiettivi, il progetto si basa sull'integrazione di competenze e sull'utilizzo di metodi didattici appropriati alla formazione degli adulti, quali il Problem-based Learning (PBL). Le competenze contenutistiche sulla tematica salute e ambiente e contaminanti tossici persistenti sono a cura del Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria dell'ISS, mentre lo sviluppo di capacità manageriali e l'applicazione di protocolli di formazione adatti al professionista della sanità sono garantiti dalle competenze che l'URE ha maturato a partire dagli anni '90 in ambito andragogico applicato ai servizi sanitari. Il progetto prevede un percorso di formazione-azione, che comprende una prima fase di acquisizione delle competenze di progettazione, gestione e valutazione di un intervento sanitario, seguito da una fase di formazione specifica sui contenuti delle problematiche relative al tema salute e ambiente. Nel periodo successivo di Formazione sul Campo (FSC), i gruppi di lavoro costituiti durante la prima parte del progetto svilupperanno e implementeranno progetti di intervento in relazione alle tematiche identificate. I progetti sviluppati saranno oggetto della valutazione di efficacia del percorso formativo condotto.

RISULTATI I risultati attesi sono rappresentati dalla definizione di un sistema di valutazione di efficacia della formazione in relazione al processo formativo, all'apprendimento e all'impatto dell'intervento formativo sulla performance del professionista e sullo sviluppo organizzativo dell'azienda sanitaria.

CONCLUSIONI Il progetto si pone come esempio, da un lato, di integrazione di competenze metodologico-didattiche e tecniche e, dall'altro, per l'attenzione dedicata alla valutazione di efficacia del percorso formativo condotto attraverso la Formazione sul Campo. In relazione alla valutazione di impatto, la letteratura scientifica riconosce che l'uso di metodi didattici molteplici, interattivi e per piccoli gruppi di professionisti è efficace nel modificare sia il comportamento professionale che l'outcome nei pazienti. I project work sviluppati dai gruppi di lavoro rappresenteranno il banco di prova per la definizione di un sistema valido ed efficace per la valutazione dell'impatto degli interventi formativi.

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

80. APPROCCIO ALLA MODELLIZZAZIONE DELLA FUNZIONE AZIENDALE RICERCA E INNOVAZIONE E GLI STRUMENTI PRINCIPE

Fornari M, Lombardi M, Campanini N

Azienda USL di Parma

BACKGROUND La Regione Emilia Romagna con L.R. 29/2004 ha istituito la funzione Ricerca e Innovazione da affiancare alle funzioni storiche di Assistenza e Formazione in tutte le Aziende Sanitarie. Ha fornito attraverso atti di indirizzo principalmente contenuti nella DGR 1066/2009 indicazioni sugli strumenti da privilegiare nella realizzazione della funzione a livello delle singole aziende. L'Azienda USL di Parma, attraverso un percorso articolato che ha riguardato lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole, la formazione ad hoc e la messa in campo di un Gruppo di professionisti formato ai valori e principi della Governance, ha modellizzato e istituito la funzione aziendale e reso operativo il Board Aziendale della Ricerca e Innovazione e il Coordinamento Aziendale dell'Anagrafe della Ricerca e Innovazione.

OBIETTIVI - Sistematizzare la funzione Ricerca e Innovazione in Azienda - Rendere trasversali le conoscenze relativamente alle attività di Ricerca e Innovazione Aziendali.

METODI Attraverso la creazione del Board Aziendale ed il Gruppo di Coordinamento dell'Anagrafe della Ricerca e Innovazione e la loro attività.

RISULTATI Si sono standardizzate le modalità di condivisione e valutazione degli intenti progettuali da candidare a fonti di finanziamento pubblico. Sono state rendicontate nel database Regionale le iniziative di ricerca. Si è realizzato uno spazio nel sito aziendale dedicato. Si è creata la rete dei facilitatori per l'approccio alle tematiche della R&I.

CONCLUSIONI Il difficile compito per un'Azienda Sanitaria Territoriale di sviluppare una funzione "nuova" che richiede la capacità di utilizzare lo strumento del cambiamento, esige uno sforzo che punta al rinnovamento culturale finalizzato alla capacità di un uso appropriato delle risorse. Questa condizione deve essere soddisfatta indipendentemente dall'entità delle risorse dedicate.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Fornari Marzia	Istituzione	Azienda USL di Parma
Telefono	0521 393771	Indirizzo	Strada Quartiere, 2/A
Fax	0521 282393	CAP	43125
E-mail	mforinari@ausl.pr.it	Città	Parma

81. ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEI PAZIENTI CON STROKE ACUTO: MIGLIORARE PROCESSI ED ESITI CORRELATI
Gallerani F, Marcheselli M, Domenichini E
<i>Azienda USL di Bologna</i>

BACKGROUND La Geriatria dell'Ospedale di Bentivoglio ha sviluppato un percorso di Audit Clinico assistenziale che ha accompagnato la attivazione della Area Stroke Care. Alla Conferenza GIMBE 2011 è stata presentata la fase 4 dell'Audit nella quale sono stati analizzati due indicatori assistenziali rappresentati dalla ricerca della disfagia al ricovero e alla insorgenza di lesioni da pressione. Gli indicatori seppur buoni ci sono sembrati comunque migliorabili.

OBIETTIVI Si è pertanto deciso di sviluppare un Audit Assistenziale Specifico per la valutazione dei processi legati alla sicurezza del paziente (Safety), analizzando i processi legati alla diagnosi, prevenzione e trattamento della disfagia e delle lesioni da pressione. Si è inoltre inserita la valutazione del rischio di caduta.

METODI I tre ambiti considerati sono stati scomposti analizzando con appositi indicatori di processo e di esito. Per l'ambito "disfagia" si è scomposto il processo assistenziale in una fase diagnostico terapeutica inserendo due indicatori di processo; 1) esecuzione della BST all'ingresso i pazienti con ictus 2) Adozione di modalità di nutrizione personalizzata nei pazienti con disfagia entro 48 h. Come indicatore di esito si è adottato l'incidenza di polmonite nei pazienti con documentata disfagia. Per l'ambito della Prevenzione delle lesioni da decubito si sono adottati 4 indicatori di processo: 1) esecuzione della Braden Scale all'ingresso i pazienti con ictus, 2) prescrizione della superficie di scarico nei pazienti con Braden < 16, 3) redazione piano di cambi posturali nei pazienti con Braden < 16, 4) disponibilità della superficie di scarico entro 24 h / totale pazienti con materasso. Come indicatore di esito si è adottata la Incidenza lesioni da pressione nei pazienti ricoverati. Per l'ambito prevenzione del rischio di cadute l'indicatore di processo era la esecuzione della scale di Morse all'ingresso i pazienti con ictus; l'indicatore di esito era l'incidenza di cadute nei pazienti ad alto rischio.

RISULTATI L'ambito della Disfagia ha mostrato il raggiungimento dell'indicatore relativo alla esecuzione precoce del BST al letto del paziente che è diventato un processo routinario. La adozione di una modalità di nutrizione personalizzata è meno costante ma dipende sia dall'interessamento di altre professionalità (medici) sia dalla transitorietà della disfagia che spesso recede in 48 h. L'insorgenza della polmonite nei pazienti con disfagia è inferiore ai limiti riportati dalla letteratura. Gli interventi di miglioramento sul processo di prevenzione delle lesioni da pressione hanno avuto luogo durante il semestre di rilevazione per tale motivo pur con un evidente miglioramento l'indicatore talvolta non raggiunge ancora lo standard di processo prefissato. L'indicatore di esito con il 2.7% è ampiamente inferiore allo standard prefissato del 5%. Nell'ambito cadute l'indicatore mostra che la rilevazione della scale di Morse è stata ormai adottata come pratica assistenziale e trova conferma nell'indicatore di esito con l'assenza di cadute nei pazienti a rischio elevato.

CONCLUSIONI L'Audit clinico del 2010 ha dato l'avvio ad un processo autonomo di Audit Assistenziale che ha riguardato tre importanti ambiti della assistenza del paziente con Ictus Acuto in Stroke Care, la disfagia, la prevenzione delle lesioni da pressione e la prevenzione delle cadute. Sono stati scomposti i processi assistenziali di tipo preventivo, diagnostico e di trattamento e per ciascuno sono stati identificati indicatori di processo e almeno uno di esito. Gli Infermieri, gli OSS e i fisioterapisti hanno definito strumenti e modalità di intervento sui tre processi considerati. Per la prevenzione delle lesioni da pressione si è anche cercato un coinvolgimento con la Direzione Aziendale che è intervenuta direttamente sulla erogazione delle superfici. I risultati hanno confermato l'elevato livello assistenziale raggiunto nella Stroke Care di Bentivoglio sia nell'ambito dei processi che anche degli esiti. L'esperienza ha anche confermato che la reportistica dell'Audit è in grado di coinvolgere le Direzioni strategiche nel reale andamento della assistenza nei reparti stimolandole ad azioni di miglioramento a tutto vantaggio dell'abbattimento del rischio e della qualità di cura.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Gallerani Fabio	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6644490	Indirizzo	Via Marconi, 35
Fax	051 6644491	CAP	40010
E-mail	f.gallerani@ausl.bologna.it	Città	Bentivoglio

82. APPLICARE L'EBM ALLA PRATICA DI LABORATORIO: LA DIFFUSIONE DELLA PRATICA EMB ATTRAVERSO UN CORSO FAD

Giavarina D¹, Caputo M²

¹Ospedale San Bortolo di Vicenza, ²Azienda Ospedaliera di Bussolengo (VR)

BACKGROUND La Medicina di laboratorio ha vissuto e vive una crescente complessità in tutte le sue branche. Un supporto alle scelte e alle decisioni in uno scenario così complesso deriva certamente dalla capacità di valutare, capire e applicare le informazioni derivanti dalle evidenze della ricerca scientifica e clinica. Le prove sono però solo una parte del decision making, che comprende anche valutazioni di applicabilità, carico di lavoro, costi e molti altri fattori. Per tutte queste necessità un miglioramento nelle capacità di praticare la medicina di laboratorio sulla base delle prove è sicuramente un importante punto di partenza. Il Gruppo di Studio Evidence Based Laboratory Medicine (EBLM) ha sviluppato un corso ad hoc, prima in aula e poi FAD, per la diffusione della metodologia a 5 Step della EBM nella pratica di laboratorio.

OBIETTIVI Il programma del corso è diretto a chi aveva già qualche nozione di EBM, in particolare ai dirigenti dei laboratori che affrontino spesso problemi legati alla clinica e alla cura dei pazienti. Inoltre si rivolge a chi deve confrontarsi con le richieste dei clinici circa l'introduzione di nuovi test, il loro utilizzo, l'appropriatezza, l'efficacia diagnostica e clinica. Gli obiettivi sono: imparare a strutturare le domande per risolvere problemi; cercare efficacemente la letteratura; a valutare criticamente e rapidamente le prove di efficacia; a rispondere a domande diagnostiche riguardo a problematiche preanalitiche, di interpretazione dei risultati e di azioni da intraprendere dopo il risultato; preparare un protocollo per l'introduzione di un nuovo test. Gli obiettivi finali per l'utente sono: maggiore efficacia nel risolvere problemi di carattere clinico-diagnostico; maggiore capacità di incidere efficacemente nei team sanitari; maggiore efficacia nel migliorare gli outcome clinici.

METODI Il corso è stato prima strutturato per l'aula, con una metodologia fondata sulla esercitazione a piccoli gruppi, basato sulla trattazione dell'argomento svolta in Applying Evidence-Based Laboratory Medicine - A step by step guide Christopher P. Price, Joanne Lozar Glenn, Robert H. Christenson. AACC press 2009, il corso presenta la metodologia EBLM a 5 step (A5, Ask, Acquire, Appraise, Apply, Assess) per trattare un problema sanitario. Ogni modulo affronta uno step ed è composto da una breve introduzione, una parte centrale di esercizio e la parte finale di discussione in gruppo e sintesi. La trasposizione del corso in FAD ha visto la necessità di ampliare e adattare la parte di esercitazioni, con diversi strumenti, integrando Video, presentazioni, testi statici, tutorials per la ricerca bibliografica, questionari a domande aperte e chiuse. La realizzazione FAD è stata sviluppata con la collaborazione con EDULIFE (www.edulife.it). Le presentazioni sono state realizzate con la tecnica della ripresa diretta del relatore in azione con una LIM (Lavagna interattiva multimediale). Questa modalità rende il prodotto molto immediato all'utilizzatore. Le esercitazioni sono state curate come modalità diverse a seconda della necessità specifica del singolo step.

RISULTATI Il corso in Aula è stato presentato al Congresso Nazionale della Medicina di Laboratorio del 2010 a Verona e ha visto la partecipazione limitata a 30 professionisti, responsabili dei diversi gruppi di studio della Società Italiana di Medicina di Laboratorio (SIMeL). Il Corso FAD è stato editato la prima volta per la sola comunità dei soci SIMeL, per la durata di 12 ore e l'assegnazione di 12 crediti ECM, aperto per il periodo settembre-dicembre 2011. La SIMeL ha 2271 soci. Al 21 dicembre 2011 341 soci (15% del bacino teorico di utenza) sono iscritti al corso FAD. Di questi, al momento 114 hanno concluso il percorso e 109 (96%) hanno superato la valutazione finale di 38 domande, con soglia a 33 (85%) risposte positive. I soci che hanno concluso il percorso sono 58 sono tecnici sanitari di laboratorio biomedico, 27 biologi, 2 chimici, 27 medici. 33 soci hanno chiesto supporto telefonico o via mail per problemi tecnici e di funzione della piattaforma.

CONCLUSIONI I feedback a 10 giorni dalla chiusura del corso sono l'interesse e l'apprezzamento per il prodotto, associato ad una certa difficoltà complessiva, che si concretizza difficoltà al superamento della valutazione finale. Di rilievo è l'interesse dimostrato dai Tecnici di laboratorio, per i quali l'argomento può risultare forse di maggiore novità. L'EBM è oggi familiare e comune a tutti i professionisti della sanità, ma rimane spesso una metodologia per ricercatori di prove e per scrittori di revisioni sistematiche. Trasportare dalla ricerca alla pratica è la sfida vincente di ogni campo medico, ma lo è ancor di più per l'EBM, e se non tutti debbono sapere praticare l'EBM dall'origine delle prove primarie, tutti debbono avere qualche strumento per lavorare con i propri pazienti. Creare modalità di apprendimento nuove e diversificate può essere una via per facilitare la diffusione di un "modo di fare" che non sia più L'EBM, ma la pratica quotidiana della medicina, anche nei laboratori clinici.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Giavarina Davide	Istituzione	ULSS n. 6 Vicenza
Telefono	0444 753372	Indirizzo	Viale Rodolfi, 37
Fax	0444 752501	CAP	36100
E-mail	davide.giavarina@ulssvicenza.it	Città	Vicenza

83. LA NUOVA FRONTIERA DEL SSN: LA DE-OSPEDALIZZAZIONE ED I PERCORSI AMBULATORIALI

Giuliano G, Cristofano M, Fontanelli MR, Gragnani R, Benvenuti D, Filippi M, Di Baccio C, Meucci S, Giraldi M, Belcari G, Gemmi F

Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

BACKGROUND La revisione della normativa nazionale e regionale finalizzata al Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012 recepito dalla DGRT 493/2011), impegna le AASS ad una riorganizzazione delle cure ambulatoriali con potenziamento delle stesse e contestuale de-ospedalizzazione, particolarmente in alcuni settori di assistenza quali i Day Hospital Diagnostici od i lunghi percorsi assistenziali riconducibili a pacchetti di prestazioni ambulatoriali (i cd. Day Service Ambulatoriali –DSA). Non solo: il PSNGLA citato, recepito dalla Regione Toscana con la DGRT 493/2011, impegna le AASS alla revisione – con incremento - del contingente di prestazioni ambulatoriali, particolarmente per alcune prestazioni critiche. In tale panorama anche le Aziende Ospedaliere sono tenute a ridefinire, ampliandola, l’offerta di cure ambulatoriali da concertare con l’AS territoriale su cui insistono. Inoltre, per quanto disciplinato dalla stessa normativa sia nazionale che regionale, sono da attivarsi, da parte dei prescrittori, nuovi e diversi comportamenti prescrittivi che, pertanto, devono essere prontamente diffusi tra il personale dirigente medico delle AASS. Infine, le note ultime manovre di bilancio regionale rende necessario l’adeguamento prescrittivo anche in materia di esenzione, tema su cui ancora debbono essere debitamente informati i prescrittori.

OBIETTIVI 1. Revisione degli assetti assistenziali in accordo alla premessa, con de-ospedalizzazione dei percorsi di cura 2. Ridefinizione, con prioritizzazione, dell’offerta di cure ambulatoriali 3. Integrazione delle procedure organizzative con le infrastrutture informatiche ed informative connesse 4. Up-grading dei software di gestione delle attività ambulatoriali.

METODI 1. Azioni finalizzate alla de-ospedalizzazione con trasformazione dei DH diagnostici in DSA 2. Azioni finalizzate alla ripartizione della domanda di cure ambulatoriali nelle diverse classi di priorità, in accordo alla normativa di Piano, sia Nazionale che Regionale 3. Azioni Formative nei confronti del personale Dirigente Medico nonché del personale sanitario, tecnico ed amministrativo coinvolto nei processi.

RISULTATI I risultati ottenuti sono sommariamente così sintetizzabili: 1. Adeguamento delle prescrizioni SSR in accordo alla normativa regionale in essere da parte del personale della Dirigenza Medica 2. Organizzazione di percorsi strutturati di DSA in tutte le UU.OO che operavano in regime di DH diagnostico 3. Implementazione conseguente dei software gestionali con conseguente de-ospedalizzazione. Si segnala al proposito come la modifica degli assetti di cura sia avvenuta con minimo disagio per l’Utenza, fatte salve le obiettive difficoltà economiche imputabili alla nuova normativa in materia di esenzione, peraltro parametrizzate su base reddituale. 1. Per ciò che concerne la formazione, sono state organizzate 19 sessioni formative (con accreditamento ECM) cui sono stati ammessi 100-120 partecipanti a sessione tra Medici, Infermieri e personale coinvolto a vario titolo nei processi ambulatoriali, per un totale di circa 2.000 unità di personale formato. Si tenga presente che l’Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana ha i segg. contingenti di unità di personale: a. Medici (Universitari ed Ospedalieri) circa 1.000 b. Infermieri Professionali: circa 1.700 c. Personale sanitario di supporto (OSS ecc.): circa 700 2. Per ciò che concerne l’attività complessiva, nel 2010 essa è così sintetizzabile: a. Ricoveri Ordinari Medici: 23.070 b. Ricoveri Ordinari Chirurgici: 26.564 c. DH medici 16.098 d. DH chirurgici 7.482 Totale complessivo: 73.214 3. La conversione dei DH diagnostici in DSA è attualmente in atto. Si stima di poter convertire in DSA almeno il 75% dei DH Medici. Ad oggi sono stati avviati o completati nell’assetto organizzativo circa 120 diversi percorsi. L’attività di riorganizzazione è in atto e coinvolge un team dedicato coordinato a diverso titolo dagli autori dell’abstract. Ai fini di gestione e controllo delle attività, ogni percorso autorizzato dalla Direzione sanitaria è individuato da una serie di codici identificativi tra cui il DRG del corrispondente DH.

CONCLUSIONI Nel complesso si può affermare di avere ottenuto buoni-ottimi risultati, a dimostrazione delle capacità di tenuta del tessuto connettivo-organizzativo dell’Azienda, derivante anche da un solido impianto strutturale dei servizi offerti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Giuliano Gabriella	Istituzione	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana
Telefono	050 995903	Indirizzo	Via Roma, 67
Fax	050 995745	CAP	56126
E-mail	g.giuliano@ao-pisa.toscana.it	Città	Pisa

84. IN UN SETTING PSICHIATRICO, LA FORMAZIONE SUL CAMPO MODIFICA I COMPORTAMENTI PROFESSIONALI DEGLI INFERMIERI?

Gobbi P

BACKGROUND I tre reparti del presidio G. Corberi ospitano ancora 150 pazienti che hanno una lunga storia di patologia di origine psichiatrica, quasi sempre associata a problemi clinici complessi in ragione sia dell'istituzionalizzazione prolungata che dell'età (età media: 47 anni).

Il personale infermieristico che lavora in questa struttura deve affiancare alle necessarie capacità relazionali una buona competenza/abilità nella messa in atto di tecniche assistenziali di base e delle pratiche infermieristiche più comuni.

L'implementazione di programmi formativi ad hoc, realizzati congiuntamente tra l'ufficio infermieristico, che rileva i bisogni formativi del personale e l'ufficio formazione aziendale, può contribuire alla ripresa della necessaria manualità di esecuzione e all'aggiornamento in merito alle tecniche di assistenza di base e a procedure specifiche, in un contesto dove le opportunità di realizzarle nella pratica sono notevolmente ridotte.

OBIETTIVI La progettazione e realizzazione del corso "Evidence based practice di alcune pratiche assistenziali" si è proposto: 1. di aggiornare le conoscenze teoriche, basandole sulle più recenti prove di efficacia rintracciabili in letteratura, relative alle pratiche infermieristiche/assistenziali più comuni messe in atto nell'UOP Corberi: lavaggio delle mani; la gestione dei dispositivi vascolari e del catetere vescicale, posizionamento e gestione della PEG e del sondino naso gastrico, bronco-tracheoaspirazione; 2. di produrre ed implementare protocolli clinico assistenziali comuni ai tre reparti e condivisi; 3. di consentire l'osservazione di alcune tecniche infermieristiche inerenti pratiche assistenziali (vedi sopra) mediante uno stage osservazionale di dieci ore svolto in un ospedale per acuti.

METODI Obiettivi 1/2: approccio didattico tradizionale (lezione frontale su: EBN e prove di efficacia, visione di filmati) e attivo: coinvolgimento dei partecipanti in momenti di discussione e confronto; dimostrazioni pratiche sulle tecniche; lavori in piccoli gruppi su casi clinici; produzione di protocolli assistenziali relativi alle pratiche citate. Obiettivo 3. Stage osservazionale di 10 ore (5 ore in blocco operatorio; 5 ore in rieducazione neuromotoria) finalizzato all'osservazione, con apposito strumento, di infermieri esperti durante l'esecuzione di tecniche.

RISULTATI Obiettivi 1/2 - Sono state realizzate due edizioni del corso residenziale "EBN di alcune pratiche assistenziali" nel mese di novembre 2010; hanno partecipato 40 infermieri per ogni edizione (il corso è stato esteso anche agli infermieri e coordinatori dei distretti e ambulatori dell'ASL). - Sono stati prodotti ed implementati nei tre reparti (ottobre 2011) cinque protocolli clinico assistenziali, basati sulle migliori prove di efficacia disponibili al momento della stesura; i protocolli sono stati elaborati da quattro gruppi di lavoro composti da infermieri del presidio. Obiettivo 3. 25 infermieri su 33 e 3 coordinatori hanno partecipato allo stage (85%), per un totale di n° 55 osservazioni svolte (28 blocco operatorio; 27 Ried. Neuromotoria). Le tecniche assistenziali maggiormente osservate e documentate sono state: lavaggio sociale e uso dei guanti (100% operatori); lavaggi antisettico mani, posizionamento CVP (85%); gestione PEG e broncoaspirazione (74%). Le meno osservate: posizionamento SNG e cat. vescicale (22%). Sono state osservate e descritte anche le medicazione di sito chirurgico e di lesioni da decubito di 2°-3° stadio (55 e 44%). Nel 70% delle osservazioni effettuate gli infermieri segnalano aderenza ai protocolli implementati nel presidio; il 62% si definisce "competente" nell'esecuzione delle tecniche osservate, mentre il 33% preferisce non rispondere. 11 infermieri hanno completato l'osservazione con valutazioni personali sull'esperienza, giudicandola: "Positiva; da ripetere ogni anno; ottima accoglienza da parte degli altri infermieri; elevata competenza osservata nella risposta ai bisogni dei pazienti; differenziazione delle competenze nello stesso gruppo e tra i due reparti" ma anche "Non basta osservare, lo stage deve essere pratico". Ci si attende, ora, un miglioramento della gestione del processo assistenziale, almeno nelle prestazioni oggetto del processo formativo. La valutazione del risultato dell'azione formativa sarà effettuata: - per gli infermieri: dal Coordinatore del reparto di appartenenza, il quale, entro tre mesi dal termine dello stage rileverà, attraverso l'utilizzo di una check list, la corretta applicazione di una delle tecniche assistenziali osservate (dove il "corretto" è l'aderenza al protocollo) per ogni infermiere (almeno il 70% di valutazioni positive); - per i coordinatori: sarà effettuata dal Responsabile dell'Ufficio Infermieristico.

CONCLUSIONI Il progetto formativo ha utilizzato la nuova tipologia di "formazione sul campo" per introdurre un argomento ostico (specie in setting istituzionalizzati come l'ospedale psichiatrico), ossia rivedere le pratiche assistenziali sulla base delle migliori prove di efficacia disponibili. Nei contesti - caratterizzati da un turn over di personale molto basso e da professionalità e competenze scarsamente differenziati - innovare, aggiornarsi, erogare best practice sono visti come "minacce" ad abitudini e consuetudini radicati nel tempo. Il successo dell'iniziativa presentata, in termini di adesione al progetto e soddisfazione, è di stimolo a continuare sulla strada dell'implementazione di percorsi formativi "diversi", più appetibili, per raggiungere obiettivi insperati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Gobbi Paola	Istituzione	
Telefono	02 994308603	Indirizzo	
Fax	02 994308696	CAP	
E-mail	paolagobbi64@yahoo.it	Città	

85. INFERMIERI, RICERCA, ASSISTENZA AGLI ANZIANI: IMPLEMENTAZIONE DI UN PROGETTO FORMATIVO PRESSO L'INRCA DI ANCONA

Gobbi P, Marinelli D¹, Lattanzio F¹

¹INRCA di Ancona

BACKGROUND La ricerca è parte integrante delle finalità e della missione dell'INRCA – IRCCS e come tale deve interessare tutta l'organizzazione e le diverse figure professionali. Muovendo da questa esigenza, la Direzione Strategica dell'INRCA ha inteso intervenire, implementando il progetto formativo "Gli infermieri e l'EBM-EBN: il giusto approccio metodologico per sviluppare la cultura della ricerca e implementarla nella propria realtà operativa" per migliorare la professionalità a tutti i livelli e per affrontare la dicotomia tra ricerca ed assistenza che ancora rappresenta un oggettivo punto di debolezza. Il progetto si è articolato in tre fasi: 1.focalizzazione dei problemi assistenziali-organizzativi della propria realtà lavorativa su cui è possibile intervenire con azioni di miglioramento, scelta di un problema e strutturazione di un percorso di ricerca per la sua risoluzione (protocollo di ricerca); 2.messa in atto degli interventi nel proprio contesto lavorativo, sotto la guida di una tutorship; 3.controllo e valutazione in itinere e sugli esiti finali.

OBIETTIVI Obiettivi specifici: •sviluppare le competenze tecniche e metodologiche nell'ambito della ricerca, per qualificare la professione infermieristica; •individuare ed analizzare i problemi prioritari su cui sviluppare la ricerca clinica ed infermieristica; •applicare soluzioni efficaci all'esigenza di integrazione e coordinamento tra professionisti, grazie anche alla adozione di protocolli condivisi; •diffondere i risultati della ricerca ed implementare il progetto nella propria realtà operativa.

METODI L'avvio del progetto (settembre 2010) è stato preceduto dalla selezione dei partecipanti, infermieri e coordinatori impiegati nelle diverse sedi dell'INRCA (Ancona, Cosenza, Casatenovo Lecco) in possesso dei requisiti ritenuti minimi per intraprendere un percorso di ricerca (motivazione, conoscenza lingua inglese ed elementi di informatica) Sono stati poi organizzati n° 10 momenti formativi (da settembre a dicembre 2010), per un totale di 50 ore d'aula, delle quali circa 25 finalizzati all'acquisizione di conoscenze sulla metodologia della ricerca, consultazione di banche dati ed elementi di statistica; l'altra metà dedicati a: lavori di gruppo, discussione in aula, progettazione e stesura di protocolli, presentazione degli stessi e dei primi risultati ottenuti). Durante gli incontri i partecipanti, con l'aiuto dei tutor d'aula, hanno individuato alcune criticità della propria unità operativa, definito il relativo problema (clinico-assistenziale-organizzativo) e costruito il percorso di ricerca (protocollo) da implementare nella propria U.O.

RISULTATI Sono stati selezionati n. 15 partecipanti, 12 donne e 3 uomini. Di questi due sono coordinatori e 12 infermieri. Otto hanno conseguito un master di primo livello (prevalentemente in coordinamento, 1 in sanità pubblica, 1 in bioetica); 2 su 15 hanno pubblicato articoli su riviste (1 articolo su rivista indicizzata); la media degli anni lavorati è di 16 (range: 2 – 29). Tre partecipanti sono stati coinvolti nel passato in progetti di ricerca: 1 in ambito clinico, 1 nell'organizzazione, 1 in ambito formativo All'inizio del percorso sono stati individuati n. 6 problemi clinico-assistenziale-organizzativo meritevoli di essere analizzati attraverso specifici progetti di ricerca: 1.omogeneizzazione delle informazioni fornite dall'equipe infermieristica in merito all'educazione sanitaria dei pazienti con tracheotomia in fase di dimissione; 2.omogeneizzazione delle informazioni fornite dall'equipe infermieristica in merito all'educazione sanitaria dei pazienti con scompenso c.c. in fase di dimissione; 3.continuità assistenziale tra ambulatorio/day hospital e reparto del paziente oncologico in fase terminale; 4.sicurezza del percorso del paziente chirurgico (dal ricovero alla dimissione, in particolare le procedure in sala operatoria); miglioramento della qualità della documentazione sanitaria che accompagna il paziente dalla sala operatoria al reparto; 5.prevenzione delle lesioni da pressione durante il ricovero; 6.determinazione del fabbisogno di personale infermieristico e di supporto in una unità operativa di cardiologia e analisi delle prestazioni improprie messe in atto dagli infermieri.

CONCLUSIONI Il progetto formativo qui presentato ha permesso ad un gruppo di infermieri dell'INRCA di mettersi alla prova come ricercatori su progetti da loro ideati ed implementati nelle proprie realtà operative; il punto di partenza è stato rappresentato dai problemi che gli infermieri vivono quotidianamente; durante il percorso gli infermieri sono stati accompagnati nel processo di trasformazione dal problema al protocollo di ricerca, acquisendo quelle conoscenze teoriche e metodologiche e le abilità necessarie. Gli autori ritengono che questa sia la strada giusta per favorire lo sviluppo della ricerca da parte degli infermieri nella pratica del quotidiano.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Gobbi Paola	Istituzione	
Telefono	02 99456003	Indirizzo	
Fax	02 99456096	CAP	
E-mail	paolagobbi64@yahoo.it	Città	

86. IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO EDUCAZIONALE (PDTE) "IO E L'ASMA": L'ADESIONE AL PDTE E AL COLLOQUIO INDIVIDUALE NELLA PRATICA**Guarnaccia S, Pluda A, D'Agata E, Manfredi D, Facchetti S, Gretter V, Brioni A, Comberti E, Spiazzi R, Derelli E***Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

BACKGROUND Il modello per la cura dell'asma e per altre malattie croniche in età pediatrica dovrebbe utilizzare l'approccio Bio-Psico-Sociale con l'integrazione della componente educativa. L'educazione è una "pratica articolata", conduce a una diagnosi educativa, a scelta di obiettivi d'apprendimento e alla applicazione di tecniche d'insegnamento e di valutazione. Le principali finalità sono di condurre il bambino e la sua famiglia a conoscere la malattia, gestire la terapia con appropriatezza, raggiungere l'empowerment.

OBIETTIVI Adesione volontaria al PDTE; accettazione e partecipazione al colloquio educativo individuale integrato, utilizzo appropriato del distanziatore, registrazione dei sintomi attraverso il diario giornaliero.

METODI Bambini (0-14 anni) con diagnosi di asma e i loro genitori. Il PDTE "Io e l'Asma", condiviso con i medici di famiglia, è operativo presso il Centro "Io e l'Asma". Comprende 3 visite intervallate di 8 settimane, il follow-up a 6 mesi e ad 1 anno. Dopo la prima valutazione diagnostica-terapeutica, in un'aula dedicata, l'assistente sanitario incontra il bambino e la famiglia per un intervento informativo/educativo. L'incontro dura circa 30 min. Prevede una informazione sugli aspetti eziopatogenetici dell'asma, i fattori scatenanti e le modalità di somministrazione dei farmaci con dimostrazione pratica, la registrazione dei sintomi.

RISULTATI Le prime effettuate sono state: ottobre 2008 - settembre 2009: 227; 2009 - 2010: 257; 2010 - 2011: 250. L'adesione al PDTE, alle 3 visite intervallate di 8 settimane, è 74% nel 2008, 88% nel 2010. L'adesione ai colloqui educativi è: 2008-2009: 103 (45%); 2009-2010: 223 (87%); 2010-2011: 239 (96%). L'utilizzo inappropriato del distanziatore alla prima visita è dell'8% nei bambini sotto i 6 anni e del 25% tra i 7 e i 14 anni. Alla terza visita la totalità dei bambini utilizza il distanziatore appropriato. Alla terza visita il 66% utilizza il diario giornaliero.

CONCLUSIONI Il colloquio educativo individuale integrato nel PDTE viene accettato da quasi tutte le famiglie, ciò contribuisce a fare aumentare la percentuale di adesione al percorso nel corso degli anni nella pratica quotidiana. La totalità dei bambini alla terza visita utilizza il farmaco con il distanziatore appropriato. Stiamo lavorando per mettere in atto strategie che ci consentano di aumentare la percentuale dei bambini che utilizzino il diario giornaliero.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Guarnaccia Sebastiano	Istituzione	AO Spedali Civili di Brescia
Telefono	030 3849283	Indirizzo	Via del Medolo, 2
Fax	030 3849284	CAP	25123
E-mail	sebastiano.guarnaccia@spedalicivili.brescia.it	Città	Brescia

87. LA MEDICINA D'URGENZA NELLA PROSPETTIVA DELL'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. IL PROGETTO LIGURE DELLA RETE HTA

Iannone P, Haupt E, Flego G

ASL 4 Chiavarese

BACKGROUND Anche considerando la definizione tradizionale di tecnologia sanitaria come “l’insieme di farmaci, strumenti, procedure mediche e chirurgiche utilizzate per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione della malattia” (Jonsson & Banta, 1999) emerge chiaramente quanto di essa permea il mondo della Medicina d’Urgenza, tanto da rendere semplicemente impensabile un moderno Pronto Soccorso, un reparto di Medicina d’Urgenza o un servizio di emergenza territoriale senza l’apporto determinante delle tecnologie (dalla semplice cannula di Guedel al sofisticato dispositivo per la ventilazione non invasiva bi-level, dal capnografo calorimetrico all’emo-gasalizzatore, dal fonendoscopio all’ecografo multidisciplinare). Il ruolo della tecnologia diventa ancora più importante allargandone l’accezione anche a tutto ciò che sottende l’erogazione e l’organizzazione dei servizi sanitari, secondo la definizione “estesa” di tecnologia secondo l’“Office of Technology Assessment”. Secondo questa visione, anche il triage, i percorsi clinico-assistenziali, la medicina d’Osservazione, le strategie di gestione del sovraffollamento (overcrowding), la stessa organizzazione dell’emergenza territoriale e le modalità di interazione della rete dei pronto soccorso e dei centri “hub” di riferimento possono essere a buon ragione considerate tecnologia sanitaria.

OBIETTIVI Analogamente ad altre discipline, tuttavia, l’utilizzo che la Medicina d’Urgenza fa delle tecnologie sanitarie non è sempre adeguato alla complessità e alle problematiche che esse implicano, nella fideistica e ingenua convinzione che più tecnologia equivalga, ipso facto, a maggiore salute. Si citano tre casi emblematici (ma tutt’altro che isolati e certamente non esaustivi) di questa relazione imperfetta. Il primo riguarda il ruolo dell’Advanced Life Support (e dell’intervento dell’auto medicalizzata) nella gestione dell’arresto cardiaco extra-ospedaliero. A differenza di quanto intuitivamente si potrebbe supporre, non vi è alcuna evidenza che tale approccio più tecnologico e costoso sia superiore al Basic Life Support integrato dalla defibrillazione precoce praticato da personale, anche non sanitario, specificamente addestrato, e a un programma cosiddetto di “public access defibrillation”. Altro esempio è quello del progressivo e apparentemente inarrestabile incremento dell’utilizzo della TC in Medicina d’Urgenza nell’ultimo decennio (Ann Emerg Med 2011; 58: 452-462), senza un chiaro corrispettivo in termini di vantaggi sanitari. Nel caso del sempre maggiore utilizzo dell’angio-TC per l’embolia polmonare, anzi, vi sono evidenze che l’aumentata diagnosi di casi clinicamente irrilevanti di embolia polmonare abbia invece portato ad un aumento degli effetti indesiderati del trattamento anticoagulante (Arch Int Med 2011; 171:871-837). Anche per la traumatologia d’urgenza l’aumentato ricorso alla TC non ha portato ad un corrispettivo incremento delle diagnosi di lesioni potenzialmente letali o di ricoveri in terapia intensiva (JAMA 2010; 304: 1465-71). L’ultimo esempio che si vuole portare all’attenzione è l’impatto tecnologico nella organizzazione della rete dell’emergenza pre-ospedaliera, compreso il ruolo del soccorso con elicottero (Emerg Med J 2010; 27: 692-701) e dei trauma centers (N Engl J Med 2006; 354: 366-378), dove è estremamente difficile districare il ruolo e gli effetti di ciascuno dei fattori presi in considerazione.

METODI Le considerazioni e gli esempi precedenti introducono la necessità di un approccio HTA per la medicina d’urgenza, intendendo il termine come “la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali, etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione” (Carta di Trento, NI-HTA, 2003). Si discutono pertanto gli ambiti della Medicina d’Urgenza dove l’HTA può svolgere il suo ruolo, e gli strumenti dell’HTA (compreso il progetto DECIDE- <http://www.decide-collaboration.eu/>) non solo nella fase di valutazione delle nuove tecnologie e devices, ma anche nell’inquadrare correttamente le complesse problematiche e conseguenze connesse alla loro introduzione, come pure le possibilità di un approccio HTA alla valutazione dell’impatto della organizzazione dei servizi dell’emergenza, nella prospettiva delineata da Battista che vede la convergenza fra le finalità dell’HTA e quelle della Health Services Research (European Journal of Public Health 2009; 19: 227).

RISULTATI Si presenta infine il progetto ligure dell’HTA in seno alla Agenzia Sanitaria Regionale, fondato sulla tipologia del mini - HTA, i primi risultati concreti ottenuti e l’ipotesi di sviluppo di una rete valutativa HTA specificamente dedicata alla emergenza territoriale e ospedaliera, integrata con gli altri tavoli di governo clinico regionale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Iannone Primiano	Istituzione	ASL 4 Chiavarese
Telefono	0185 329591	Indirizzo	Via G.B. Ghio, 9
Fax	0185 329762	CAP	16043
E-mail	primiann@libero.it	Città	Chiavari

88. INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: SPERIMENTAZIONE DI UNA RETE DI STRUTTURE A MEDIA INTENSITÀ DI CURA

Lacaita G, Speccher L, Crippa F, Necchi D

ASL di Milano

BACKGROUND Il progetto nasce nel 2008 nell'ASL MILANO secondo linee strategiche di intervento condivise con i MMG, MCA, dopo lettura /studio epidemiologico del territorio sulla rilevazione dei bisogni dei cittadini/ utenti anche in relazione all'offerta e alla domanda nell'ambito delle cure di continuità assistenziale. Il patto di Governance 2008, ha inteso superare le criticità emerse sviluppando un programma di riqualificazione della rete cittadina di offerta sanitaria integrata con la medicina del territorio per riequilibrare progressivamente l'offerta agli effettivi bisogni della domanda. Si fa leva sulla responsabilizzazione dei diversi attori nel governo integrato H/T con il coinvolgimento delle diverse componenti della rete nella costruzione di percorsi di continuità assistenziale.

OBIETTIVI Costruzione di una rete evoluta ed integrata di strutture di cure intermedie di media e bassa intensità (assistenza continua), con definizione di standard di assistenza coerentemente alle norme regionali e nazionali in materia, per pazienti reduci da un trattamento in fase acuta. Le prestazioni erogate in regime di degenza si propongono di: 1. Migliorare accessibilità e fruibilità dei percorsi di assistenza continua dei pazienti reduci da un trattamento in fase acuta 2. implementare la distribuzione sul territorio di posti letto disponibili per la continuità assistenziale; 3. attuare un decentramento funzionale di risposta ai bisogni di mantenimento di equilibrio di sostegno dei pazienti attraverso ampliamento delle risorse di rete; 4. ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri e i relativi costi, mediante il pieno utilizzo degli strumenti di governo della domanda e dell'offerta.

METODI • In linea con gli indirizzi PSSR 2008 predisposizione del Progetto e richiesta di Finanziamento a Regione Lombardia. • Approvazione del progetto e relativo finanziamento. • Indizione gara di selezione pubblica per l'affidamento e aggiudicazione dei servizi di assistenza con definizione dei criteri di selezione e dei relativi protocolli organizzativi. • Istituzione di una Centrale Operativa interna ASL (COSI), con funzioni di monitoraggio, controllo e coordinamento dei flussi informativi, raccolta dati, vigilanza sulla corretta applicazione dei contenuti del capitolato, appropriatezza dei ricoveri in struttura intermedia. • Individuazione e fruibilità di posti letto accreditati ubicati nel territorio di competenza dell'ASL Milano per l'erogazione di prestazioni di ricovero per i pazienti selezionati secondo criteri predefiniti di intensità di cura. • Monitoraggio delle prestazioni e controllo dei costi.

RISULTATI Nei tre anni di attività sono stati ricoverati presso la struttura Intermedia 4350 pazienti per un totale di 108454 giornate di ricovero, con una spesa complessiva di euro 16.268.100. Le giornate di ricovero, fissate dalla sperimentazione in un massimo di 30 con una remunerazione forfettaria di 150,00 Euro a giornata, sono servite nel 52% dei casi a garantire il ritorno al domicilio del paziente con sufficiente livello di autonomia. I costi, paragonati ad un'eventuale permanenza in strutture per acuti, risultano significativamente ridotti con un risultato anche in termini di qualità di vita discretamente soddisfacente compatibilmente con le morbosità dell'età. Il 20% dei pazienti alla dimissione è stato trasferito in Struttura di Tipo Riabilitativa Generale Geriatrica e il 10% in RSA. Il 15% dei pazienti ha visto un riacutizzarsi della sintomatologia primaria per cui è stato necessario il rientro in struttura per acuti. Meno del 2% dei casi, pazienti con età media minore di 60 anni, si è autodimessa. La media delle giornate di degenza, calcolata sul triennio, è stata di 24,7. Il 25% dei pazienti ha protratto il ricovero oltre i 31 giorni, oltre il 90% di questi ricoveri prolungati ha riguardato pazienti affetti da pluripatologie e comorbidità con associate problematiche sociali. L'età media dei pazienti si è attestata su 78 anni.

CONCLUSIONI La sperimentazione, conclusa nel giugno 2011, ha confermato il fabbisogno di continuità assistenziale degli utenti Milanesi e ha permesso di mettere a fuoco criticità ed elaborare soluzioni e percorsi successivi in ambito di continuità assistenziale. I pazienti possono scegliere, formalizzando con il consenso informato, di essere dimessi dai reparti per acuti, a volte anche precocemente rispetto alla durata standard del ricovero, per proseguire le cure necessarie in strutture differenti dal contesto ospedaliero, prima del rientro a domicilio, ove sarebbero difficilmente reperibili risorse adeguate medico/infermieristico/riabilitativo/assistenziali di frequenza giornaliera. Con la prospettiva posta dal PSSR 2010/2015 si conferma il passaggio dal principio di cura al "prendersi cura" che vede l'erogazione di prestazioni più adeguate per i pazienti. Si parla dello sviluppo di un'area sub-acuta tra l'ospedale per acuti e il domicilio che Regione Lombardia, forte anche del contesto di questa sperimentazione, ha voluto recepire e introdurre nelle Regole di Sistema 2011 in termini quindi programmatici e propositivi. Dall'esperienza delle cure intermedie, nel complesso favorevole, emerge quindi un nuovo scenario: mettere il paziente "nel posto giusto", inteso come il livello assistenziale che - a parità di efficacia e sicurezza degli interventi sanitari - richiede un minore investimento di risorse.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Crippa Franca	Istituzione	ASL di Milano
Telefono	02 85788060	Indirizzo	Corso Italia, 52
Fax	02 85782023	CAP	20122
E-mail	lspeccher@asl.milano.it	Città	Milano

89. DAY SURGERY PEDIATRICA: UN PERCORSO ASSISTENZIALE EVIDENCE-BASED PER LA GESTIONE DEL DOLORE DOMICILIARE

Marchesini L¹, Bernardini I², Neri M¹, Pioppo M¹, Bogni D¹, Tesoro S¹

¹Azienda Ospedaliera di Perugia, ²Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Perugia

BACKGROUND La necessità di razionalizzare ed ottimizzare le risorse sanitarie ha individuato nella Day Surgery un campo strategico al fine di utilizzare in maniera più efficiente i finanziamenti per il SSN in ambito chirurgico. La maggior parte degli interventi in ambito pediatrico vengono attualmente svolti in regime di Day Surgery, perché rivolti ad una popolazione generalmente sana e che viene sottoposta ad interventi di chirurgia minore. La crescente consapevolezza che l'atto chirurgico ed anestesilogico devono essere intesi come processi a rischio, porta alla creazione di un percorso chirurgico volto ad erogare prestazioni di elevata qualità, garantendo la massima sicurezza e al contempo la riduzione dei costi. Il percorso chirurgico deve essere valutato e accreditato in tutte le sue fasi, a questo scopo vengono utilizzati degli indicatori di qualità, la cui soddisfazione testimonia la validità del percorso stesso.

OBIETTIVI Valutare il decorso postoperatorio domiciliare in una popolazione pediatrica sottoposta ad interventi chirurgici in regime di Day Surgery.

METODI Al fine di valutare il decorso domiciliare è stato creato un questionario anonimo, procedurato dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, costituito da dieci domande; questo è stato distribuito da un operatore ai genitori, previo consenso orale, al momento del loro ritorno in ospedale per la visita chirurgica di controllo, ad una settimana esatta dall'intervento. La popolazione presa in esame è rappresentata da maschi in età compresa tra 0 e 16 anni, ricoverati la mattina per interventi programmati di chirurgia del canale inguinale, del testicolo e del pene e dimessi la sera o il mattino successivo.

RISULTATI Nel primo semestre 2011 (1 gennaio-30 giugno) sono stati effettuati nell'ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia 375 interventi, di questi 183 (48,8%) sono stati rappresentati da interventi in Day Surgery per circoncisione, ernia, interventi su testicolo senza neoplasie e su pene. Una popolazione pari al 52,5% della Day Surgery generale è stata oggetto del questionario. Alla domanda riferita alla percezione del dolore da parte del bambino solo il 6,25% ha definito come "FORTE" il dolore, mentre il 67,7% lo ha indicato come "LIEVE". La domanda inerente le indicazioni rilasciate al momento della dimissione ha riportato una netta percentuale favorevole (92,7%). Solo una persona ha dichiarato di non aver ricevuto alcuna indicazione in merito. L'8,33% è dovuto ricorrere alle cure del pediatra di base. La percentuale di quanti sono dovuti tornare in ospedale prima dell'appuntamento fissato si abbassa ulteriormente (4,2%) e le motivazioni addotte dai genitori sono legate principalmente alla insicurezza nella gestione della medicazione. Un altro indicatore indagato è stata la ripresa dell'attività fisica regolare che è risultata soddisfacente con più della metà dei bambini che hanno ripreso l'attività subito e il 28% in meno di una settimana. Più del 91% del campione ha riferito che i figli non hanno avuto alcuna complicanza. Il gruppo di domande inerenti il giudizio generale sul post-operatorio, la gestione del dolore a domicilio e l'adeguatezza delle informazioni ricevute ha ricevuto una risposta pressoché sovrapponibile con un giudizio buono-ottimo che ricopre più dell'80% del campione.

CONCLUSIONI La valutazione del decorso postoperatorio domiciliare nella popolazione pediatrica sottoposta ad interventi in regime di Day Surgery è risultata positiva in quanto non ci sono stati casi di ri-ospedalizzazione, né per complicanze, né per insufficiente trattamento del dolore postoperatorio; questo porta ad una miglior soddisfazione dell'utente oltre ad eliminare costi aggiuntivi, e ciò rappresenta l'espressione del funzionamento del modello assistenziale Day Surgery. La capacità di erogare prestazioni di elevata qualità, garantendo la massima sicurezza e la riduzione dei costi, nasce dal fatto che il processo di cura, a cui è stato sottoposto ogni paziente oggetto del nostro studio, è un percorso accreditato dall'Azienda Ospedaliera di Perugia secondo le norme internazionali sulla qualità, e che quindi garantisce in ogni fase del processo assistenziale l'erogazione di cure appropriate, sicure e di elevata qualità.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Marchesini Laura	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5782555	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5782555	CAP	06156
E-mail	lauramarchesini@tiscali.it	Città	Perugia

90. AMBULATORIO DI “PROMOZIONE DELLA SALUTE” NEL CONTROLLO DEI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI. APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE.

Marchi P, Meloncelli U, Calderoni S, Pancaldi M, Venturoli P, Gruppillo P

AUSL di Ferrara

BACKGROUND Le malattie cardiovascolari costituiscono la più importante causa di morte nel mondo e la loro prevalenza incide anche in Italia sulla salute pubblica, sulle risorse sanitarie ed economiche. I dati ISTAT riportano che 1 italiano su 4 è affetto da malattie cardiovascolari. (Redazione S.I. marzo '11. G. Maciocco). Il territorio ferrarese presenta una delle più alte percentuali di ricoveri per malattie cardiovascolari rispetto alla media regionale (3,3% vs 2,3: dati AUSL 2006-'09). Tale disparità è dovuta in modo prevalente alla presenza di stili di “vita dannosi”.

OBIETTIVI Adottare strategie di prevenzione primaria e secondaria che si integrino con la qualità ed accessibilità del sistema di diagnosi e cura, agendo sui fattori di rischio, in un processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo della propria salute e di migliorarlo.

METODI creazione di un Ambulatorio di “promozione della salute” attraverso il quale si determini l’adozione di strategie di prevenzione per le malattie cardiovascolari. Creazione di una “rete di servizi” che preveda il collegamento di diverse figure professionali e di diverse realtà (Ospedale e Territorio). Creazione di “programmi educazionali”. Creazione di un Ambulatorio Infermieristico di “promozione della salute” che rappresenti il punto di collegamento della metodologia applicativa.

RISULTATI Sono entrati nel progetto “Ambulatorio prevenzione della salute” N = 35 persone (25 persone in prevenzione primaria: 88%; 10 in prevenzione secondaria -12%) età media 40+/-7 anni. 28 persone hanno iniziato attività fisica quotidiana in rapporto alle proprie condizioni (valutazione specialistica); in 15 persone si è verificato un miglioramento di parametri quali: peso, PA, valori glicemici. Nessuno delle persone entrate nel progetto ha abbandonato i controlli ripetuti (sia specialistici che infermieristici). Nessuno ha fatto ricorso in maniera impropria a: farmaci, Pronto soccorso, accessi ospedalieri.

CONCLUSIONI Gli interventi nell’ambito dell’Ambulatorio di “promozione della salute” agendo sui fattori di rischio per malattie cardiovascolari possono essere in grado di migliorare stili di vita dannosi, secondo strategie che puntano non solo a facilitare le scelte salutari, ma anche realizzare un approccio sistematico della globalità dei bisogni, incidendo in maniera significativa sulle risorse sanitarie ed economiche.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Marchi Paola	Istituzione	Ospedale di Argenta
Telefono	0532 317750	Indirizzo	Via Nazionale, 11
Fax	0532 317829	CAP	44011
E-mail	p.marchi@ausl.fe.it	Città	Argenta

91. DALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA ALLA PRATICA ASSISTENZIALE: LA FORMAZIONE SUL CAMPO

Marcucci F, Mazzufero F, Francoletti M, Berardi R

AOU Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND La formazione continua in medicina è definita come l'educazione di attività che serve a mantenere, sviluppare o aumentare le conoscenze, le abilità e le prestazioni. La tipologia di formazione maggiormente sviluppata è ormai da anni quella residenziale, che vede l'acquisizione di crediti formativi ECM come conseguenza alla partecipazione ad attività formative, quali ad esempio corsi, convegni, conferenze e seminari. Tutto ciò porta sicuramente al miglioramento dei profili assistenziali. Molta evidenza scientifica ha però dimostrato una maggiore acquisizione di competenze, quando i processi formativi escono dalle aule di insegnamento per trasferirsi nelle sedi dove vengono quotidianamente svolte le attività assistenziali: si tratta di applicare un modello che sia in grado di integrare l'ECM nella pratica clinica routinaria o, in altri termini, imparare mentre si affrontano di fatto i problemi correnti della pratica clinica ("learning while solving real clinical problems"). L'infermiere che svolge la sua attività in centri di sperimentazione clinica, deve procedere in questo senso ad un percorso di formazione teorico e pratico che preveda la conoscenza di protocolli di studio, affinché le prestazioni sul malato siano attinenti a quanto previsto dal protocollo, con particolare attenzione a tutto ciò che riguarda le attività di pertinenza strettamente infermieristica, generalmente: lo screening, la preparazione e la somministrazione dei farmaci, lo stato fisico ed emotivo del paziente, i parametri vitali, il colloquio, l'informazione, la comunicazione, il contatto, la continuità assistenziale, la collaborazione con i familiari, la collaborazione con il gruppo di sperimentazione. Per tutte queste motivazioni nasce in oncologia il progetto di miglioramento relativo all'inserimento ed alla partecipazione di tutti gli infermieri di oncologia alla conduzione della sperimentazione clinica.

OBIETTIVI Progetto di miglioramento per la partecipazione degli infermieri alla conduzione delle sperimentazioni cliniche per promuovere maggiore consapevolezza e responsabilità nella presa in cura dei pazienti inseriti in protocolli sperimentali e per garanzia di continuità del percorso assistenziale.

METODI Un corso di formazione in aula di preparazione teorica alla sperimentazione clinica, un corso di formazione sul campo di durata di 2 mesi per ogni infermiere partecipante al progetto con attività di competenza infermieristica relative ai protocolli di studio sperimentale, con acquisizione di 15 crediti formativi ECM.

RISULTATI Miglioramento del percorso del paziente con garanzia di continuità della cura; grande impegno, consapevolezza, aumento della partecipazione e delle competenze per gli infermieri partecipanti al progetto; entusiasmo e miglioramento del clima organizzativo; difficoltà rispetto alla lingua inglese, al riconoscimento dell'aumento del carico di lavoro. Risultati riferibili alla percezione/valutazione degli infermieri partecipanti. Dalle rilevazioni effettuate durante le 3 riunioni conclusive finali di ogni corso, emerge: -L'importanza relativa alla gestione ed alla responsabilità del paziente in sperimentazione clinica relativa sicuramente ad un discreto aumento nel carico di lavoro quotidiano (nella totalità degli infermieri partecipanti) -La crescita professionale intesa come crescita di conoscenza e quindi di competenze rispetto alla gestione di nuovi farmaci ed alla metodologia della ricerca (nel 70% dei partecipanti) -La necessità di collaborare maggiormente alla conduzione dei trials clinici per permettere alla infermiera esperta di poter usufruire con maggior tranquillità di giorni di ferie (nel 40% dei partecipanti) -La difficoltà rispetto alla lettura dei protocolli in lingua inglese che rappresentano la quasi totalità dei trials clinici (nel 60% dei partecipanti) -Un maggior rapporto di collaborazione e di conseguenza un miglioramento nell'organizzazione fra tutto il team infermieristico derivante dalla conoscenza interpersonale. Ad un anno di distanza dal termine del corso in oggetto, si è rilevato, attraverso audit clinico, una maggiore attenzione, accuratezza e disponibilità alla raccolta dei dati nei Case Report Forms e nei source documents relativi alla assistenza prestata ai pazienti inseriti nei trials clinici nel 85% degli infermieri.

CONCLUSIONI Sperimentazione clinica e Formazione sul Campo (FsC) divengono un connubio perfetto di ampliamento delle conoscenze ed aumento della competenza infermieristica, la prima per la metodologia di lavoro strettamente attinente alle norme di buona pratica clinica, la seconda per l'efficacia della formazione relativa alle conoscenze messe in atto durante lo svolgimento delle attività pratiche. La formazione sul campo e la ricerca rappresentano un aspetto importante di crescita professionale; questo tipo di insegnamento, non soltanto teorico può rappresentare un valido e corretto ambiente di formazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Marcucci Fabiana	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 5965093	Indirizzo	Via Conca, 71
Fax	071 5965053	CAP	60126
E-mail	fabianamarcucci@libero.it	Città	Ancona

92. PAZIENTI GERIATRICI PORTATORI DI SONDINO NASO GASTRICO VALUTAZIONE E CONFRONTO DELLA COMPLICANZA DI REFLUSSO

Marinelli D¹, De Meo G¹, Lopez O¹, Spazzafumo L¹, Gobbi P

¹INRCA di Ancona

BACKGROUND La malnutrizione è una condizione di alterazione funzionale strutturale particolarmente presente nei pazienti geriatrici, conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzatori di nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbidità e mortalità o un'alterazione della qualità della vita. Nella fase precoce delle patologie cerebrovascolari acute, ischemiche o emorragiche, nel deterioramento cronico o progressivo si riscontrano frequentemente alterazioni dello stato nutrizionale con presenza di disfagia, che necessitano di un supporto nutrizionale prevalentemente enterale. I pazienti critici non sempre tollerano tale alimentazione e risulta fondamentale un assessment multidisciplinare e trasversale alle varie discipline, per poter gestire in sicurezza la nutrizione enterale (NE) limitandone le complicanze.

OBIETTIVI • indagare sulla gestione infermieristica attuale del paziente • elaborare una procedura derivata dalla letteratura corrente e condividerla con gli operatori mediante un progetto formativo. conoscere l'incidenza del reflusso gastrico • prevenire e ridurre la complicità della Nutrizione Enterale (NE) con sondino naso gastrico (SNG).

METODI Lo studio si è suddiviso in tre periodi: - dal 1 Gennaio al 30 Giugno 2010 (p1°) attraverso uno studio retrospettivo è stata effettuata la revisione delle cartelle cliniche di entrambe le UU.OO. Le cartelle esaminate sono state 548 i casi reclutati 70. Contemporaneamente si è provveduto ad effettuare una ricerca bibliografica e una revisione della letteratura per estrapolare le ultime linee guida per la stesura del protocollo inerente la corretta gestione del paziente geriatrico con SNG in N.E. Per testare le conoscenze teoriche e pratiche possedute dagli infermieri è stata somministrata una griglia anonima, contenente una Check-list per il corretto posizionamento e gestione del SNG per N.E. - Nella seconda metà dell'anno 2010 vi è stata l'implementazione e l'applicazione del nuovo protocollo nei reparti coinvolti nel progetto. - dal 1 Gennaio al 30 Giugno 2011 (p2°) dopo l'applicazione del protocollo si è effettuata una ricerca di tipo esplorativo. Le cartelle esaminate sono state 502 i casi reclutati 69. Gli indicatori individuati, sono stati: età, patologia, punteggio della scala di Norton posizionamento del paziente, bronco-aspirazioni, velocità di infusione delle miscele, sospensione della N.E., orari di somministrazione.

RISULTATI Dai dati relativi al campione in esame si rileva che: L'età media dei pazienti nell'U.O. Neuro è 84 anni, mentre nell'U.O. di LDPA è 87; il sesso femminile è predominante in entrambe le UU.OO. 64,3% in NEURO e 66,7% in LDPA. Le patologie principali rilevate sono state, Ictus emorragico, ischemico, demenza altro ($p<0,01$), l'ictus ischemico risulta essere la diagnosi più frequente 63,1% NEURO e 43,6% in LDPA. La scala di Norton presentava punteggi ad altissimo rischio nel 79,8% in NEURO e 96,4% in LDPA - Pazienti sottoposti ad alimentazione continua (p1°), 111 reclutati il 100%, (p2°) 84 pazienti reclutati 58,6% ($p<0,001$). - 41 reflussi (p1°), 15 reflussi (p2°) - La sospensione immediata della NE dopo valutazione al reflusso è stata 61,8% (p1°), 92,9% (p2°) ($p=0,031$). - Incidenza dei reflussi 72% (p1°) e 38% (p2°) - Il posizionamento del paziente a 30°-45° è stato applicato al 41% (p1°) e 100% (p2°) Dall'elaborazione della check list emerge che in entrambe le UU.OO. il 100% del personale non effettua la misurazione della distanza orecchio-naso-processo xiloideo, il controllo residuo gastrico ogni 8 ore, i lavaggi del SNG prima dell'assunzione della terapia, la sospensione della NE per l'assorbimento dei farmaci somministrati per via gastrica.

CONCLUSIONI La N.E. mediante S.N.G. è una pratica assistenziale di frequente impiego nel paziente anziano ospedalizzato e le sue complicanze incidono notevolmente sui tempi di degenza e sulla qualità della vita del paziente stesso. Lo studio si proponeva di implementare un progetto formativo adeguato e finalizzato al miglioramento delle conoscenze e delle pratiche assistenziali. I cambiamenti più incisivi sono stati: il posizionamento di tutti i pazienti con SNG a 30°-45°, interruzione della N.E. nell'arco delle 24h per espletare le manovre di igiene, l'interruzione notturna e la sospensione immediata della stessa da parte dell'infermiere dopo valutazione del reflusso.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	De Meo Giovanna	Istituzione	INRCA
Telefono	071 8003348	Indirizzo	Via della Montagnola, 81
Fax	071 8003348	CAP	60127
E-mail	g.demeo@inrca.it	Città	Ancona

93. LA CONTENZIONE FISICA DEI PAZIENTI: APPROPRIATEZZA E GESTIONE DEL RISCHIO

Mastrangelo S, Manicardi V, Ferrari Lucchini S, Boiardi R, Bergonzini C, Poli E, Camerlengo P, Campani C

Azienda USL di Reggio Emilia

BACKGROUND Per contenzione fisica si intende quell'atto sanitario-assistenziale che prevede l'utilizzo di dispositivi applicati direttamente alla persona oppure inseriti nell'ambiente circostante ad essa (es. bracciali, cinture, fasce, corpetti, sponde di protezione del letto, ecc.) con lo scopo di ridurre/controllare i movimenti del soggetto al fine di tutelare in via prioritaria la sua salute o di prevenire comportamenti aggressivi verso sé stessi e verso gli altri. I possibili danni correlati alla restrizione fisica dei pazienti, benché noti, sono poco documentati e quindi sottostimati. Non esistono chiare evidenze scientifiche che le pratiche di contenzione fisica diminuiscano il rischio di caduta. La contenzione fisica è un atto dai complessi e delicati risvolti deontologici, medico-legali e giuridici ed è un provvedimento al quale ricorrere solo dopo avere considerato approcci terapeutico-assistenziali alternativi.

OBIETTIVI Regolamentare e documentare l'intero processo di applicazione dei mezzi di contenzione fisica (fase decisionale, attuazione, monitoraggio e rivalutazione). Implementare modelli di buona pratica clinica degli operatori sulla sicurezza nella applicazione della contenzione fisica ai pazienti. Valutare, mediante uno specifico audit, l'aderenza degli operatori del Dipartimento internistico dell'Ospedale di Montecchio, Azienda USL Reggio Emilia, alla procedura aziendale sulla contenzione fisica dei pazienti.

METODI Un gruppo aziendale multiprofessionale dopo avere valutato la notevole disomogeneità riguardo alle pratiche di contenzione utilizzate c/o le strutture aziendali, ha definito, sulla base di ricerche e valutazioni di evidence based practice, una procedura di guida per buone pratiche clinico-assistenziali per l'applicazione della contenzione fisica. I contenuti del documento riguardano appropriatezza nel ricorso alla contenzione, aspetti giuridico-normativi e deontologici, possibili strategie alternative, corretto uso dei dispositivi di contenzione, descrizione e sviluppo delle fasi di tale pratica. Successivamente la procedura è stata illustrata, discussa e condivisa mediante incontri di formazione con modalità interattive (video e discussione guidata) negli ospedali aziendali. Nel Dipartimento internistico dell'Ospedale di Montecchio è stato adottato un sistema informatizzato di prescrizione e gestione clinica dei farmaci (PSC), all'interno del quale sono stati inseriti dei campi dedicati utili a documentare le fasi del processo di contenzione, garantendo in tal modo la completa tracciabilità di ogni prescrizione, applicazione dei dispositivi e monitoraggio del paziente, consentendo inoltre la puntuale identificazione degli operatori sanitari coinvolti. È stato poi avviato un audit sulle Cartelle Cliniche per rilevare i tipi di contenzione attivati e le verifiche quotidiane, i cui risultati saranno restituiti agli operatori.

RISULTATI La stesura e diffusione del Documento aziendale sulla Contenzione fisica ha permesso: 1 - di dare indicazioni relative a: processo decisionale, prescrizione, applicazione, monitoraggio dei pazienti, valutazione e modalità di documentazione della contenzione. 2 - di formare gli operatori al corretto utilizzo di questo strumento garantendo uniformità ad una pratica complessa, ma spesso necessaria. 3 - L'audit sui primi 6 mesi del 2011 ha fatto emergere i seguenti dati: Medicina Acuti: 78 contenzioni su 882 pazienti (8,8% dei casi di cui 77/78 spondine di protezione per letto) Lungodegenza: 164 contenzioni su 227 pazienti (72,2% dei casi di cui 100% spondine di protezione per letto + 26,8% tavolino per carrozzina e 4,2% manopole). Ulteriori elaborazioni più approfondite saranno rese disponibili appena possibile.

CONCLUSIONI L'adozione di un progetto di miglioramento riguardante la corretta applicazione dei mezzi fisici di contenzione si è rivelata assai utile per avere un'istantanea di tale pratica all'interno di un dipartimento ospedaliero. Ciò ha permesso di aumentare la sensibilità e la consapevolezza relativamente alla necessità di documentare le varie fasi del processo. Ha permesso inoltre di fare chiarezza in merito ai temi della responsabilità professionale, alla gradualità del livello di intervento, all'acquisizione del consenso, alla qualità e alla tipologia delle informazioni da offrire a utenti e familiari. Riteniamo che questo percorso possa contribuire a migliorare la fiducia e la qualità del rapporto tra equipe e paziente-caregiver-famiglia, migliorando l'immagine del servizio. In futuro si prevede di coinvolgere le rappresentanze dei pazienti al fine di illustrare e condividere il progetto.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bergonzini Cecilia	Istituzione	Azienda USL di Reggio Emilia
Telefono	0522 335773	Indirizzo	Via Amendola, 2
Fax	0522 335441	CAP	42122
E-mail	cecilia.bergonzini@ausl.re.it	Città	Reggio nell'Emilia

94. COMUNICARE CON IL PAZIENTE COSCIENTE SOTTOPOSTO A VENTILAZIONE MECCANICA: A MISSION POSSIBLE
Mazzaferro M, Regnicoli F
<i>AOU Ospedali Riuniti di Ancona</i>

BACKGROUND Lo studio si basa sulla situazione critica di un paziente cosciente, ricoverato in rianimazione, sottoposto a ventilazione meccanica (VAM). La difficoltà ad ambientarsi in un reparto di terapia intensiva (TI), richiede attenzione da parte del personale specializzato, perché la rianimazione è un luogo che si trascorre da sedati. In diversi casi, è indispensabile prendersi cura di questi pazienti per il prolungarsi della prognosi, ed attuare un piano assistenziale adeguato a pazienti perfettamente capaci di intendere e di volere, ma “attaccati” a respiratori artificiali (RA) che li costringono a non poter comunicare verbalmente. La comunicazione efficace tra persona malata e personale sanitario appare quindi di primaria importanza nella ricerca di offrire, la possibilità di partecipare consapevolmente all’iter diagnostico-terapeutico che lo riguarda, fornendo alla persona ricoverata una condizione umana dignitosa. Questo rende il più compliant essendo soggetto ad una dose ridotta di influenze stressanti.

OBIETTIVI Stesura di linee guida per un piano di comunicazione allo scopo di offrire raccomandazioni in merito al trattamento della comunicazione efficace in terapia intensiva per pazienti coscienti e sottoposti a VAM. Obiettivo fondamentale è assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo la parte di variabilità.

METODI Lo strumento d’indagine è il questionario autobiografico anonimo a scelta multipla costituito da 2 parti. Nella prima parte si richiedono generalità. La seconda parte è composta da 31 domande raggruppate in 4 aree: clinica/percezione del dolore 7, cognitiva/comportamentale 9, comunicativa 8, affettiva/sentimentale 7. Tutte le risposte prevedono gradualità della qualità del servizio offerto in termini di giudizio (decisamente no - più no che sì - più sì che no - decisamente sì). Al termine è stato chiesto liberamente di scrivere consigli per migliorare la qualità dell’assistenza. La selezione degli intervistati è stata fatta secondo un campionamento non probabilistico in base al tempo trascorso da coscienti intubati o tracheostomizzati in TI minimo 3 gg, e alla capacità di comprendere il significato delle domande. La maggior parte dei pazienti al momento della compilazione, era intubata o tracheostomizzata intervistata nei reparti di rianimazione e aiutati da me nella scrittura delle risposte, mentre in alcuni casi le persone intervistate in mia presenza hanno svolto il questionario dopo la dimissione, rintracciate tramite accordi con il personale del reparto. Il grafico (istogramma) ha in ascissa le domande, e in ordinata la percentuale in termini di giudizio sul trattamento ricevuto (decisamente sì, più sì che no, più no che sì, decisamente no).

RISULTATI Sono stati considerati validi 15 questionari. 6 donne e 9 uomini, con età fra 23 e 75 anni. 1° dom: il paziente cosciente sottoposto a VAM è adeguatamente informato sulle sue condizioni cliniche trovandosi nella situazione di non poter chiedere, ma di voler sapere? Il 60% dec sì; per la terapia, il 27% dec e 27% più no che sì il 47% più sì che no. 2° dom: il paziente è demoralizzato e rassegnato nel periodo della VAM a causa della difficoltà a relazionarsi? Il 33% dec sì il 14% più sì che no; il 40% dec no e il 13% più no che sì. 3° dom: Riesce a farsi capire senza l’ausilio di ulteriori presidi? Il 40% dec no il 20% più no che sì, il 27% più sì che no ed il 13% dec no. 4° dom: riusciva a farsi capire dagli operatori? Il 27% decisamente no, il 20% più no che sì, il 27% più sì che no ed infine il 26% dec sì. 5° dom: è sufficiente il tempo che il paziente ha a disposizione per trascorrere con i familiari? Il 40% dec no, il 13% più no che sì, il 20% più sì che no 27% dec sì.

CONCLUSIONI I bisogni principali riscontrati in base allo studio risultano essere: riuscire ad essere compresi e operatori che si assicurano di aver ben interpretato le proprie richieste attraverso una comunicazione attenta ed efficace. Le informazioni date sulla sfera clinica sono state soddisfacenti più di natura umana che tecnica. Lo stato emotivo risultante è scoraggiato nonostante il personale ospedaliero sia stato valutato positivo dalla maggioranza di loro anche se una parte ha ammesso sentirsi evitato. Rimane la difficoltà dei pazienti a farsi capire collegata all’importanza di vedere i cari, trascorrere più tempo con loro per cercare di farsi comprendere sfruttando un tempo più ampio. Importante è l’operatore che fa da intermediario tra il visitatore ed il paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mazzaferro Monica	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	0734 670886	Indirizzo	Via Conca, 71
Fax	071 5963927	CAP	60126
E-mail	monica.mazzaferro@gmail.com	Città	Ancona

95. VALUTAZIONE D'IMPATTO ORGANIZZATIVO E ASSISTENZIALE DEL PERCORSO FORMATIVO: "SUPPORTO ALL'OPERATORE SANITARIO DI FRONTE ALLA SOFFERENZA E ALLA MORTE". PROGETTO FORMATIVO DEL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA DEGLI OPERATORI AOU CAREGGI FIRENZE

Meacci C, Morini G, Benedetti T, Dini S, Pinelli F

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze

BACKGROUND valutare le ricadute testimonia una crescita dell'azienda e di chi si occupa di formazione che aggiunge valore all'intero percorso e permette di connettere tutti i risultati gli esiti e le ricadute a distanza di tempo che la formazione ottiene in rapporto alle strategie e al posizionamento dell'Azienda stessa sul mercato. La ricerca fenomenologica si propone di individuare quale sia stata la ricaduta personale e in ambito lavorativo in seguito alla partecipazione al corso formativo valutazione d'impatto organizzativo e assistenziale dal titolo: "supporto all'operatore sanitario di fronte alla sofferenza e alla morte". Progetto formativo del miglioramento della qualità di vita degli operatori. Trattandosi della valutazione della ricaduta di un evento formativo che si è occupato di esperienze significative e profonde, nella vita professionale degli operatori sanitari, quali appunto la sofferenza e la morte, è stato scelto un approccio di ricerca qualitativa fenomenologica. La scelta del disegno qualitativo è dovuta alla necessità di comprendere i significati dell'esperienza sociale del corso dalla prospettiva dei fruitori stessi.

OBIETTIVI Valutare la ricaduta delle conoscenze apprese dall'operatore sanitario durante l'evento formativo, a livello organizzativo, personale e assistenziale.

METODI intervista strutturata attraverso un questionario con domande chiuse e aperte sottoposte ai partecipanti che hanno frequentato il corso negli anni 2007-2008-2009, appartenenti alle categorie professionali sanitarie dell'AOU Careggi: Infermieri, Medici, Infermieri Coordinatori, Ostetriche e OSS, con anzianità di servizio di almeno cinque anni. Il questionario era comprensivo di quattro aree così suddivise: area anagrafica, ricaduta dell'operatore, ricaduta per il Team e per il gruppo professionale, ricaduta sulla persona assistita e i famigliari e care giver. Il tempo previsto per l'intervista è stato di 30 minuti circa, il questionario è stato sottoposto in un ambiente all'interno dell'Azienda ma fuori dal luogo di cura. Il campione è stato selezionato sulla base del 10% della popolazione di riferimento e di ogni qualifica di riferimento, fra coloro che hanno dato la disponibilità all'intervista, per un totale di n. 30 intervistati.

RISULTATI 1113 destinatari convocati; 915 partecipanti (82% dei destinatari). Durante il corso è stato chiesto la disponibilità ai partecipanti ad essere intervistati, 259 operatori il 28% dei partecipanti ha dato la disponibilità ad essere intervistato. Il campione è stato il 10% della popolazione di riferimento, fra coloro che hanno dato la disponibilità all'intervista, per un totale di n. 30 intervistati: n. 2 Medici, n. 4 Infermieri Coordinatori n. 18 Infermiere/Ostetriche e n. 6 OSS. Si illustrano alcuni risultati relativi alle Aree d'indagine. Per quanto riguarda "l'Area della persona assistita e i famigliari" la domanda n. 1: "nella scheda infermieristica/cartella clinica, c'è spazio in cui segnare il nominativo della persona scelta dall'assistito per qualsiasi comunicazione che lo riguardi?" ha risposto SI 17 operatori, ha risposto NO 13 operatori. Alla domanda n. 2: "che cosa ti sei portato all'interno della tua attività lavorativa in termini di atteggiamenti e comportamenti riferiti all'assistito dopo aver frequentato il corso?" La domanda comprendeva nove item con possibilità di più risposte, 22 operatori ha risposto: ascolto e attenzione nei confronti della persona sofferente, 18 persone su 25 ha risposto: ricerca nell'esaudire le richieste delle persone sofferenti, n. 17 operatori, ha risposto attenzione ai desideri della persona rispetto a come morire; 17 operatori ha risposto: valutazione al dolore. Per quanto riguarda "l'Area riferita alla ricaduta sull'operatore" i risultati sono: le domande previste erano tredici, con più risposte. La Domanda n. 5 "la tua sede di lavoro offre supporto organizzativo idoneo che ti ha permesso di mettere in atto quanto suggerito durante il percorso formativo, ad esempio il supporto psicologico, la condivisione nel team di lavoro, spazi idonei ai colloqui tra pari?", ha risposto NO 26 operatori su n.30 operatori, ha risposto SI n. 4 operatori, 15 operatori ha risposto per mancanza di spazio. La domanda n. 6 "hai modificato la tua comunicazione e la "presenza" nei confronti dell'assistito in situazioni di sofferenza e/o morte?" su n. 30 operatori n. 21 operatori hanno risposto di SI e n. 9 operatori ha risposto di NO, n. 7 operatori ha risposto attraverso il cambiamento del proprio vissuto, n. 6 operatori ha risposto dando maggiore conforto/approccio. Domanda n. 7 "metti in atto strategie su di te per eliminare lo stress lavorativo causato da situazioni di disagio relativo alla sofferenza e alla morte?" 23 operatori su 30 operatori, ha risposto di SI il 77%, gli item previsti erano cinque la maggioranza degli operatori ha risposto: facendo sport e attività fisica. Domanda n. 8 "secondo te l'Azienda quali strategie potrebbe adottare per far fronte allo stress lavorativo degli operatori?" con possibilità di 7 risposte, la risposta prevalente è stata la richiesta da parte degli operatori di incontri con cadenza fissa con psicologi/counselor, 20 operatori su 30 operatori, il 66% degli intervistati.

CONCLUSIONI Il corso di aggiornamento nell'anno 2010 ha subito una pausa di riflessione, richiesta dall'Azienda per valorizzare il corso e inserirlo in un progetto più ampio, in collaborazione con il centro di riferimento Regionale sulle criticità relazionali. Nello stesso anno c'è stata la costituzione di un gruppo di progetto, che ha elaborato un protocollo d'indagine per valutare l'impatto organizzativo e assistenziale in tre ambiti assistenziali: area della ricaduta sulla persona assistita; area della ricaduta per il team e per il gruppo professionale, area riferita all'operatore. Tutti i partecipanti a fine corso hanno dichiarato di sentirsi soddisfatti e sostenuti dall'Azienda. Le affermazioni più rilevanti sono state: "finalmente l'Azienda fa qualcosa per noi!". Ne consegue, che il percorso formativo, oltre a rispondere ad esigenze emozionali, personali di sostegno emotivo in momenti "particolari" della vita professionale e le dichiarazioni in generale di grande soddisfazione; contribuisce ad aumentare il senso di appartenenza all'Azienda, cosa tutt'altro che trascurabile considerato le dimensioni e la complessità organizzativo e assistenziale dell'AOU Careggi. I risultati dell'indagine saranno inviati a tutti gli intervistati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Meacci Catia	Istituzione	Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Telefono	055 7947892	Indirizzo	Largo Brambilla, 3
Fax	055 7947676	CAP	50134
E-mail	meaccic@aou-careggi.toscana.it	Città	Firenze

96. PROGETTO REGIONE TOSCANA “NET-VISUAL DEA” PER L’OTTIMIZZAZIONE DEL FLUSSO PAZIENTI DAL PRONTO SOCCORSO AI REPARTI DI DEGENZA

Mechi MT¹, Ricci D², Petrillo M³, Bellini F⁴, Sergi A², Nerattini M⁵

¹Azienda Sanitaria di Firenze, ²Azienda USL 4 Prato, ³AUSL 2 Lucca, ⁴AUSL 10 Firenze, ⁵ Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

BACKGROUND Il sistema a garanzia della salute strutturato dal Servizio Sanitario Regionale Toscano stabilisce come suoi principi fondanti la centralità del cittadino, il ruolo cardine dei suoi professionisti ed il controllo della variabilità delle performance che si traduce in equità nell’accesso e nell’erogazione dei servizi. Per allineare tali principi ai processi organizzativi in atto nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, la Regione Toscana ha promosso l’attivazione di un progetto sperimentale, denominato Net-Visual DEA. Tale progetto è stato attivato in quattro aziende pilota (AUSL 2 Lucca, AUSL 4 Prato, AUSL 10 Firenze, AOUP Pisa) in cui erano già stati sperimentati con successo interventi di reingegnerizzazione operative di alcuni processi di supporto ai percorsi di cura.

OBIETTIVI L’obiettivo finale del progetto è la gestione del flusso di pazienti in arrivo verso le aree di degenza dal Pronto Soccorso, operata in maniera sistemica e integrata, per migliorare l’allineamento del ritmo di ingresso dei pazienti nei reparti con la capacità produttiva degli stessi, riducendo così i tempi di degenza.

METODI I metodi e le tecniche scelte sono mutuati dall’Operations Management e partono dalla schematizzazione di base del processo sanitario che identifica: negli elementi di input, i pazienti in ingresso dal PS; nel processo di lavorazione, le attività del percorso di cura nei reparti; nella fase di output, i processi di dimissione dai reparti. La schematizzazione di come funzionano ciascuno dei moduli che costituiscono il processo nel suo insieme è elaborata mediante la Mappa del Flusso del Valore (Value Stream Map). A supporto della rappresentazione, inoltre, si effettua un’analisi della domanda in ingresso, una analisi della capacità produttiva (stima delle risorse impiegate) e la stima del ritmo con cui la prima richiede un servizio alla seconda (takt time). Dopo l’analisi di contesti di ogni specifico elemento di processo, occorre governare ciascuno di questi aspetti, attraverso strumenti di controllo dei carichi di lavoro e attivazione di una modalità proattiva di problem solving. Gli strumenti oggetto della sperimentazione sono: Piano per Ogni Paziente in PS: uno strumento di visualizzazione del percorso di ogni paziente in PS con una stima dei tempi di presunto attraversamento, che attivi poi, alla rilevazione di un ritardo rispetto al pianificato, una indagine sull’origine del rallentamento nel percorso e la risoluzione del problema laddove possibile; Piano per Ogni Paziente in Reparto: uno strumento di pianificazione del percorso di degenza del paziente, che consenta una verifica giornaliera di effettiva esecuzione del pianificato Visual Hospital: piano unico e integrato di consultazione visiva della situazione dei letti nei reparti. Allo strumento è in realtà associato un modello organizzativo di gestione delle dimissioni in cui una centrale operativa, gestisca l’intera offerta di servizio degenza di un ospedale in modo da evitare logiche di efficientamento di singoli reparti che spesso sono a scapito dell’efficienza di processo.

RISULTATI È stato concluso a settembre 2011 un percorso formativo, per i rappresentanti di ciascuna delle quattro aziende, sulle tematiche dell’Operations Management e della visualizzazione dei flussi di processo. Tale percorso formativo ha contribuito a costituire un gruppo interaziendale multi professionale, che si muove su due livelli: • a livello regionale, progetta la modalità di revisione e monitoraggio dell’esperimento, • a livello aziendale è promotore del cambiamento nell’azienda di appartenenza, in un processo a cascata di formazione e coinvolgimento verso i livelli più operativi dell’organizzazione. Sono state inoltre elaborate le VSM dei processi in PS e di reparto e introdotti a livello sperimentale gli strumenti di regolamentazione di flussi.

CONCLUSIONI L’approccio metodologico sperimentato evidenzia che solo intervenendo in maniera sistematica sugli aspetti operativi che maggiormente, come ampiamente sperimentato e documentato anche in letteratura, condizionano l’efficienza dei processi clinico-assistenziali, sarà possibile ottenere il duplice vantaggio di rispondere ai bisogni dell’utente e dei suoi familiari (appropriatezza) e ridurre i fattori di stress e sovraccarico, legati alla elevata variabilità (equità di accesso, efficienza di processo, condizioni di lavoro migliori per gli operatori).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sergi Alessandro	Istituzione	Azienda USL 4 Prato
Telefono	0574 407051	Indirizzo	Piazza dell’Ospedale, 5
Fax	0574 407083	CAP	59100
E-mail	asergi@usl4.toscana.it	Città	Prato

97. LA GOVERNANCE DI SISTEMA PER L'INTEGRAZIONE DEGLI ASPETTI CLINICI, DI SICUREZZA, GESTIONALI, DI UMANIZZAZIONE E GRADIMENTO DELLE CURE IN DEA: LA STRATEGIA DELL'OSPEDALE DI RIVOLI

Minniti D¹, Papalia R², Lovato E², Giacometti M², Piolatto A¹, Giorello M¹, Olivero G¹, Dore M³, Barberis B³, Sacco R¹, Siliquini R²

¹Ospedali Riuniti di Rivoli, ²Università degli Studi di Torino, ³ASL TO3

BACKGROUND Il Progetto di accoglienza ed umanizzazione del DEA dell'Ospedale di Rivoli si inserisce nel contesto riorganizzativo del Pronto Soccorso (PS) con azioni sul versante organizzativo, strutturale, tecnologico e assistenziale, per accelerare e migliorare il processo di accettazione dei pazienti in DEA.

OBIETTIVI Analizzare la qualità percepita degli utenti in merito agli interventi migliorativi effettuati.

METODI Si è provveduto a lavorare su 4 differenti livelli: Clinico-organizzativo: Ridefinizione codici accettazione. La Direzione Sanitaria, di concerto con il DEA, ha definito dei criteri clinico-organizzativi per prioritizzare i pazienti afferenti in PS creando un codice argento, di accesso preferenziale, superiore per gravità al verde, che l'utenza ha il diritto di usufruire. Strutturale: Umanizzazione area triage - sala attesa Creazione di una sala d'aspetto in PS dedicata ai bimbi. Tale sala è stata allestita, (attraverso donazioni dei dipendenti e di enti esterni), con arredi specifici, TV, giochi. Restyling sala d'attesa del PS adulti: oltre al rinnovo della decorazione è stato definito un percorso di umanizzazione che prevede la presenza di 2 TV (che proiettano informazione di educazione sanitaria, note esplicative relative ai codici di triage,...). Inoltre è stata creata una brochure contenente informazioni sul buon utilizzo del PS. Gestionale: i Volontari Sono stati individuati volontari che si occupano del supporto all'accoglienza e che fungono da tramite fra gli operatori ed i pazienti in attesa. I volontari, dopo aver seguito un corso di formazione, hanno sostenuto un colloquio psicoattitudinale, al fine di valutare le reali motivazioni. È stato altresì discusso un decalogo precedentemente definito per stabilire competenze e ambiti di intervento dei volontari. Ricerca e analisi qualità percepita È stato somministrato un questionario, sia prima (ottobre-novembre 2010), sia dopo (gennaio-febbraio 2011) l'intervento di umanizzazione, in cui venivano attribuiti dei punteggi con criteri di soddisfazione crescenti (range 1-5) riguardo alla loro impressione del PS, alla segnaletica d'accesso, al livello di comfort in sala d'attesa, alla disponibilità del personale, ai tempi d'attesa, alla chiarezza delle informazioni. Inoltre al gruppo post è stato chiesto di indicare una o più azioni di miglioramento ulteriori.

RISULTATI Il campione analizzato è stato di n.195 utenti (52% maschi); l'orario d'accesso è stato del 56% il mattino, del 36% il pomeriggio e dell'8% la notte. Le risposte sono state raccolte in un database nel quale è stata fatta un'analisi descrittiva e un'analisi variata. Dall'analisi dei risultati sono emersi i seguenti dati: - "come ritiene il PS": la media delle risposte è sovrapponibile nei due gruppi. - è risultata positiva la percezione circa il "livello di comfort in sala d'attesa" - il dato relativo alla "disponibilità del personale" è sovrapponibile nelle due coorti. - la media delle risposte è a favore del miglioramento percettivo circa la chiarezza delle informazioni cliniche fornite agli utenti (seppur non statisticamente significativo); il risultato ottenuto è comunque confortante tenuto conto dell'elevato valore di soddisfazione che è emerso, su una variabile molto importante. - relativamente ai "tempi di attesa", l'intervento ha portato a dei benefici significativi ($p < 0.05$) - entrambe le coorti analizzate hanno espresso un giudizio complessivo del pronto soccorso positivo. Di seguito poi quanto emerso dalle opinioni dell'utenza in termini migliorativi: - n. 30 persone consiglierebbero di continuare a "lavorare" sui tempi d'attesa, giudicati ancora troppo lunghi; - n. 24 persone aumenterebbero il personale sanitario presente in DEA; - n. 4 persone migliorerebbero la cortesia del personale.

CONCLUSIONI L'intervento di umanizzazione del PS di Rivoli ha avuto un impatto positivo sia per l'utenza sia per gli operatori. I livelli di soddisfazione sono risultati elevati per quanto concerne il comfort, i tempi di attesa e la chiarezza delle informazioni: i dati confermano che l'attuazione di un intervento strutturale porta ad un miglioramento della qualità percepita; questo si evince anche dall'istituzione del codice "argento" che ha permesso di ridurre il timing tra l'accesso al triage e la prima visita. (53 minuti codice argento vs 74 minuti codice verde analogo).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Minniti Davide	Istituzione	ASLTO3
Telefono	011 9551445	Indirizzo	Strada Rivalta, 29
Fax	011 9551070	CAP	10098
E-mail	davide.minniti@unito.it	Città	Torino

98. UTILIZZARE I COSTI STANDARD PER VALUTARE GLI INVESTIMENTI IN AMBITO RADIOLOGICO: UNA SPERIMENTAZIONE MULTIREGIONALE

Miscio L¹, Esposto M², Arcadio M³, Grumolato S⁴, Cane MR⁵

¹IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG), ²E.O. Ospedali Galliera di Genova, ³Provincia Autonoma di Bolzano, ⁴AUSL Valle d'Aosta, ⁵Presidio Sanitario Gradenigo di Torino

BACKGROUND Il passaggio dai costi storici ai costi standard, quando avverrà, comporterà inevitabilmente un salto di qualità per il corretto finanziamento dell'intero Servizio Sanitario Nazionale, sia per un più corretto modello di allocazione delle risorse sia per l'introduzione del Benchmarking come stimolo a migliorare qualità ed efficienza del sistema. Partendo dallo standard di costi per singola prestazione come media ponderata sulle quantità di produzione dei costi delle singole prestazioni dell'E.O. Ospedali Galliera di Genova e l'A.S. dell'Alto Adige, si è condiviso di determinare in via indiretta i costi delle singole prestazioni radiologiche (riferite all'anno 2010) erogate dagli altri partecipanti al lavoro: Azienda USL Valle d'Aosta, Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza IRCCS di San Giovanni Rotondo (FG), Presidio Sanitario Gradenigo di Torino. Ciò ha fornito l'occasione per allargare la base quantitativa ed economica dell'indagine e per generare poi un nuovo standard di costo basato su più di un milione di prestazioni radiologiche corrispondenti a sessantacinquemilioni e mezzo di euro in costi di produzione. Dunque probabilmente più stabile e robusto ed in ogni caso fondato su elaborazioni di dati contabili e di determinazioni di costi effettivi non congetturali.

OBIETTIVI La determinazione dei costi effettivi specifici di produzione delle prestazioni radiologiche, la determinazione del costo standard delle prestazioni radiologiche e l'utilizzo gestionale del costo standard per le scelte decisionali nelle aziende sanitarie.

METODI Per eseguire un'analisi di costi è opportuno effettuare rilevazioni omogenee di costi effettivi di oggetti di costo definiti (tassonomia). La determinazione di uno standard di costi presuppone infatti di disporre di costi effettivi per prodotto rilevati in una pluralità quanto più ampia possibile di unità di produzione (aziende sanitarie, ospedaliere). L'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova nel 2007 e l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (operante nella Provincia Autonoma di Bolzano) nel 2009 hanno determinato anche i costi delle singole prestazioni specialistiche di radiologia secondo l'Health Activity Based Costing (HABC), così come applicato dalle aziende aderenti al N.I.San.. Questa tecnica considera come fondamento metodologico la "catena" del valore: Risorse (personale, farmaci, presidi, ecc.) -> Attività/Prodotti (prestazione X, esame Y, ecc.) -> Utenti (Ricoverato X, DRG Y, ecc.). Per le prestazioni specialistiche delle aziende citate (nel caso di questa analisi quelle radiologiche) i costi sono stati determinati secondo l'HABC mediante cost-driver rappresentati da volumi e pesi tecnici. In questo modo si può giungere a determinare il costo per singola prestazione suddiviso per aggregati di costo.

RISULTATI Determinando uno standard di costo per singola prestazione radiologica basato sulle cinque aziende considerate è possibile, in prima battuta, per ciascuna di esse compararsi con lo standard per valutare eventuali scostamenti sui diversi fattori di produzione o sulle figure professionali interessate all'erogazione delle prestazioni. tuttavia le potenzialità che il raffronto con uno standard può offrire sono significativamente più ampie, in particolare per quanto concerne le scelte decisionali di investimento in macchine ad alta tecnologia, inevitabilmente caratterizzate da rapida obsolescenza ed alto prezzo di acquisto. A tale ultimo riguardo si è ipotizzato di valutare l'impatto sui 5 erogatori dell'acquisto di un nuovo tomografo e rivalutare la deviazione del costo di una specifica prestazione (87.03) rispetto al costo standard. L'obiettivo è realizzabile da 3 Erogatori che possono produrre quantità aggiuntive > 5.000 senza variare i costi unitari. Producendone 5.000 produrranno con un costo effettivo compreso tra il costo effettivo originario ed il costo standard mantenendo invariato il costo standard di gruppo. Solo un erogatore è più efficiente quindi, a parità di altre condizioni, deve essere destinatario dell'investimento. Due erogatori producono il fabbisogno richiesto con un costo effettivo unitario sempre superiore allo standard perciò non devono accedere all'investimento.

CONCLUSIONI Ogni decisione aziendale riguardante i livelli produttivi ed i possibili investimenti aggiuntivi per conseguirli deve necessariamente fondarsi sulla determinazione ed analisi dei propri costi delle prestazioni e sul confronto fra questi e un costo standard di riferimento. Dall'analisi degli scostamenti dei costi rispetto al costo standard è possibile determinare il livello di efficienza e la quantità di produzione sostenibile rispetto alla produzione obiettivo. Tale quantità deve essere compatibile con il posizionamento concorrenziale dell'azienda nell'area in cui opera e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e degli eventuali volumi di attività negoziati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Miscio Leonardo	Istituzione	IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza
Telefono	0882 835427	Indirizzo	Viale Cappuccini, 1
Fax	0882 410813	CAP	71013
E-mail	leomiscio@operapadrepio.it	Città	San Giovanni Rotondo

99. OSPEDALE SANZA DOLORE. IL MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEL DOLORE PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Morcellini R, Lucarini G, Minelli G, Pettinacci L, Pieri L, Pioppo M, Strappaghetti S, Trabalza A, Zucconi M, Orlandi W

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND Oggi, anche nelle istituzioni più avanzate, il dolore continua ad essere una dimensione cui non viene riservata adeguata attenzione, nonostante sia stato scientificamente dimostrato quanto la sua presenza sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale. Nel mese di aprile del 2008 è stato approvato il progetto "Ospedale senza dolore" dell'Azienda Ospedaliera di Perugia in attuazione del progetto OMS e delle linee guida Ministeriali. Il primo passo è stato quello di costituire il "Comitato Ospedale Senza Dolore" (COSD) di cui fanno parte: referenti della Direzione Sanitaria, della Farmacia Ospedaliera e dell'Ufficio Formazione e Qualità, esperti e operatori delle Strutture di Anestesia, un referente medico e un referente infermiere per ogni Struttura Complessa. A seguito della costituzione del Comitato sono state assunte diverse iniziative tra le quali l'indagine di prevalenza del dolore in ospedale. Dalla lettura dei dati è stata fatta una prima valutazione delle conoscenze sul dolore da parte degli operatori e su queste valutati i bisogni formativi.

OBIETTIVI L'iniziativa cardine del progetto "Ospedale senza dolore" è la misurazione sistematica del dolore al letto del malato, eseguita almeno due volte al giorno. Essa mira a dare visibilità al dolore pari agli altri segni vitali ed è il presupposto per il conseguente trattamento.

METODI Per la diffusione del progetto sono stati delegati medici ed infermieri referenti in ogni Struttura che costituiscono il Comitato Ospedale senza Dolore. I Componenti del comitato hanno effettuato corsi formativi specifici e assunto il ruolo di facilitatore/tutor nelle strutture di appartenenza per la sensibilizzazione e diffusione del progetto a tutto il personale che si prende cura dei pazienti. Pertanto non è presente un gruppo di persone dedicato che si occupa della gestione del dolore ma, tutto il personale è coinvolto con diversi gradi di responsabilità. Le scale di intensità del dolore scelte dal comitato, sono state date in dotazione a medici ed infermieri di tutto l'Ospedale. Nella cartella clinica è contenuta la rilevazione giornaliera del dolore, al pari degli altri parametri vitali come temperatura, polso, peso, etc. Il modello organizzativo per la gestione del dolore postoperatorio all'interno dell'azienda ospedaliera può essere così riassunto: - La terapia antalgica è prescritta dall'anestesista in sala operatoria direttamente nella scheda della terapia in cartella clinica. Ogni sospensione della terapia prescritta deve essere motivata nel diario medico. - Il paziente è dimesso dalla Sala Operatoria solo con NRS.

RISULTATI I dati raccolti, non ancora disponibili saranno presentati in sede congressuale. Alla prima rilevazione il livello di dolore medio era pari a 5,3.

CONCLUSIONI È auspicabile che questo modello organizzativo, insieme a percorsi di educazione e formazione continua possa diffondere la filosofia della lotta al dolore a tutti i soggetti coinvolti nei processi assistenziali ospedalieri e fare in modo che il dolore venga considerato come quinto segno vitale e pertanto conosciuto, valutato, misurato e trattato al fine di ridurne al massimo l'incidenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Morcellini Rosita	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5783732	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5786135	CAP	06156
E-mail	qualita@ospedale.perugia.it	Città	Perugia

100. L'IMPLEMENTAZIONE DI UNA ISTRUZIONE OPERATIVA BASATA SULLE EVIDENZE RELATIVA ALLA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI PERIFERICI MEDIANTE GLI STRUMENTI DELLA TASSONOMIA EPOC**Mosci D, Regano D, Robb MC, Roveri S, Marzaduri A***Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico Sant'Orsola Malpighi*

BACKGROUND I cateteri venosi periferici vengono utilizzati con una notevole frequenza all'interno dei setting assistenziali intraospedalieri, al fine di somministrare per via endovenosa farmaci, liquidi, emoderivati ed emocomponenti. Pur esistendo una consistente letteratura che ne descrive le corrette modalità di gestione, le pratiche assistenziali collegate alla loro gestione sono estremamente diversificate e spesso correlate all'insorgenza di complicanze quali le flebiti, di natura chimica, meccanica o settica, le infiltrazioni e gli stravasi, dovuti alla dislocazione dei dispositivi al di fuori del letto vascolare e gli ematomi. La estrema variabilità delle tecniche si accompagna ad una notevole variabilità anche nella scelta dei dispositivi: questa variabilità, se non gestita con appropriatezza determina un notevole incremento dei costi, non motivato dal miglioramento degli esiti assistenziali, collegati all'utilizzo dei cateteri venosi periferici. Per questo motivo nell'ambito delle attività collegate al Governo Clinico, area nursing, si sono intraprese diverse attività rivolte ad aumentare l'appropriatezza della gestione dei dispositivi intravascolari periferici e la scelta dei diversi tipi di dispositivi, nell'ambito di quattro dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, di cui due medici e due chirurgici. Tra questi interventi, diversificati in relazione alle caratteristiche dei setting di implementazione, l'audit clinico è stato utilizzato come strumento di valutazione imprescindibile per valutare quali, tra le diverse pratiche fossero passibili dei maggiori margini di miglioramento e verificare i livelli di miglioramento ottenuti a seguito della implementazione del cambiamento.

OBIETTIVI Valutare l'efficacia delle strategie di implementazione mediante l'utilizzo ripetuto e sistematico dell'audit clinico.

METODI Dopo avere costruito una istruzione operativa aziendale intradipartimentale, basata sulle evidenze, in accordo al modello Gimbe, sono stati pianificati e realizzati diversi audit clinici, accompagnati dall'utilizzo di strategie di implementazione coerenti alla tassonomia EPOC.

RISULTATI Sono stati realizzati quattro audit incidenti, in quattro dipartimenti, per un totale di 1411 CVP, posizionati su 889 pazienti. A seguito di questi audit sono state realizzate attività di feedback rispetto ai risultati ottenuti, attività di formazione a piccoli gruppi, con accreditamento ECM, produzione di reminder. In un dipartimento è stato realizzato il primo dei reaudit per un totale complessivo di 145 CVP, posizionati su 133 pazienti, che ha dimostrato differenze statisticamente significative, rispetto ai dati scaturiti dal primo ciclo.

CONCLUSIONI Pur rimanendo spazi per ulteriori margini di miglioramento nell'ambito della gestione dei cateteri venosi periferici, le attività implementate, e misurate mediante l'audit clinico, hanno dimostrato la loro efficacia. Il proseguimento delle attività di audit negli altri dipartimenti, permetterà di valutare questa efficacia in contesti diversi e contribuire alla comprensione di quali tra i diversi interventi e modalità di realizzazione impatta maggiormente sul miglioramento delle attività assistenziali collegate alla gestione dei cateteri venosi periferici.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mosci Daniela	Istituzione	Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico Sant'Orsola Malpighi
Telefono	051 6361461	Indirizzo	Via Albertoni, 15
Fax	051 6361375	CAP	40138
E-mail	daniela.mosci@aosp.bo.it	Città	Bologna

101. L'UTILIZZO DI DIVERSE STRATEGIE NELL'AMBITO DELLA IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE: VALUTAZIONE DELLA LORO EFFICACIA

Mosci D, Chiarabelli M, Cavazza I, Bascelli E, Robb MC

Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico Sant'Orsola Malpighi

BACKGROUND A partire dal 2007, nell'ambito delle attività di Governo Clinico, area nursing, è stato sviluppato un percorso finalizzato ad ottimizzare la gestione dei cateteri venosi centrali nei pazienti ricoverati all'interno del dipartimento Cardio Toraco Vascolare e Oncoematologico del Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna. Il percorso, inizialmente pubblicato nell'anno 2009, è stato implementato utilizzando diverse strategie, conformi alla tassonomia EPOC. Parallelamente al proseguimento degli interventi, il percorso è stato arricchito ed adattato anche altri ambiti medici, chirurgici e pediatrici, divenendo così un riferimento valido a livello aziendale. Questo è stato implementato nei diversi dipartimenti con modalità differenti, dando origine a esperienze di implementazione di variabile efficacia.

OBIETTIVI Valutare l'efficacia degli interventi realizzati nell'ambito dei diversi dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, rivolti all'implementazione del percorso relativo alla gestione dei cateteri venosi centrali.

METODI A seguito della diffusione del percorso relativo alla gestione dei cateteri venosi centrali, sono state realizzate attività di implementazione diversificate nell'ambito dei diversi dipartimenti. In particolare nell'ambito del primo dipartimento sono stati realizzati diversi e ripetuti interventi di formazione residenziale; nell'ambito del secondo dipartimento è stato utilizzato il coinvolgimento degli opinion leader che avevano partecipato all'adattamento del documento all'ambito pediatrico e la disseminazione delle informazioni presso le unità operative coinvolgendo i coordinatori infermieristici; all'interno del terzo dipartimento sono stati realizzati due audit clinici, intervallati da incontri brevi di formazione sul campo e nell'ambito del quarto dipartimento l'implementazione è avvenuta utilizzando prevalentemente l'utilizzo degli opinion leader locali, la modifica della documentazione relativa alla gestione del cvc e seminari informativi.

RISULTATI Complessivamente sono stati analizzati dati relativi a 747 CVC, e a 1284 medicazioni. Nell'ambito dei diversi dipartimenti si sono riscontrati diversi livelli di adesione alle indicazioni contenute nel percorso aziendale. In particolare è stata rilevata una ottima adesione all'interno del primo dipartimento, una scarsa adesione nell'ambito del secondo dipartimento, una adesione discreta nel terzo dipartimento e una buona adesione nel quarto.

CONCLUSIONI La introduzione delle innovazioni è fortemente influenzata da numerosi fattori e variabili, di cui le strategie di implementazione devono necessariamente tenere conto e dalle quali dipende l'efficacia della implementazione. Il confronto tra quanto realizzato nei diversi contesti ed i risultati ottenuti sono elementi fondamentali per aumentare le conoscenze e la comprensione dell'efficacia delle strategie volte a migliorare le pratiche assistenziali.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mosci Daniela	Istituzione	Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico Sant'Orsola Malpighi
Telefono	051 6361461	Indirizzo	Via Albertoni, 15
Fax	051 6361375	CAP	40138
E-mail	daniela.mosci@aosp.bo.it	Città	Bologna

102. CONFRONTO FRA DUE MODELLI ORGANIZZATIVI DIPARTIMENTALI: L'APPLICAZIONE DELL'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Mulloni G¹, Favareti C¹, Guarrera G¹, Palese A²

¹Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine, ²Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Udine

BACKGROUND Sempre più spesso ai diversi livelli di governo dei Sistemi Sanitari, Ministero, Regione e aziende sanitarie sono adottati metodi e modelli di valutazione che possano supportare le decisioni di politica sanitaria, manageriali e cliniche (Kane et al 2007). In Italia, si sta sviluppando negli ultimi anni l'attività di Technology Assessment (TA). Tale attività, denominata in ambiente sanitario Health Technology Assessment (HTA), nasce e si sviluppa per rispondere alla necessità di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa, per garantire la sorveglianza dei problemi legati alla sicurezza, in un contesto di risorse limitate. Nella letteratura internazionale poco è possibile reperire sulla sua applicazione all'analisi dei modelli organizzativi (Cicchetti, Macinati et al, 2001). Per questa ragione, si è ritenuto importante sviluppare uno studio di applicazione della metodologia dell'HTA ai modelli organizzativi, in particolare, la finalità del presente lavoro, è verificare l'associazione fra modello organizzativo dipartimentale ed esiti delle cure.

OBIETTIVI Verificare l'applicabilità dell'HTA alla valutazione di modelli organizzativi dipartimentali come "tecnologia sanitaria". Verificare l'influenza del modello organizzativo DPT sugli esiti clinici e validare lo strumento di raccolta in cieco del parere degli esperti.

METODI È stato utilizzato un disegno di studio multi metodo. Fase 1 studio descrittivo correlazionale; fase 2, si è avvalsa di una metodologia qualitativa con il ricorso al parere di esperti. Per la fase 1 dello studio sono stati individuati due responsabili infermieristici dei DPT Chirurgici. Per l'analisi degli esiti, inclusi pazienti dimessi dai DPT con codice di Diagnosi (sistema di classificazione ICD IX-CM versione 2002) 153 "Neoplasia maligna del colon" e tutte le sottoclassi, incrociato con il DRG 148 e 149, interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con e senza complicazioni, ricoverati dal 01/01/08 al 31/12/08. Fase 2: un gruppo di 15 esperti a cui è stato sottoposto il set di indicatori osservati per i due dipartimenti. Variabili indipendenti (dimensione organizzativa, economica, etica e sociale) e variabili dipendenti o di esito, osservate sui pazienti dimessi con diagnosi di "Neoplasia maligna del colon" e sotto-posti ad intervento chirurgico (dimensione sanitaria).

RISULTATI Coinvolti 15 esperti e 14 hanno risposto al questionario. Variabili osservate complessivamente 51, delle quali 7 (13,7%) non hanno registrato differenze tra i due DPT, 27 (52,94%) hanno registrato differenze statisticamente significative e 17 (33,33%) differenze non statisticamente significative. La deviazione standard osservata sul totale delle risposte degli esperti è stata > 1 nel DPT 1 per 6 (11,76%) variabili, mentre nel DPT 2 per 7 (13,72%) variabili; in entrambi i casi, le variabili con $DS > 1$, appartenevano alla categoria delle variabili indipendenti. Il punteggio massimo ottenibile per ciascuno dei DPT è stato definito in relazione del punteggio massimo per ogni variabile ($51 \times 4 = 204$), mentre il valore cut off della sufficienza è stato considerato pari 102 (51×2). Il DPT 1 ha ottenuto una valutazione complessiva di 149,28 ($\pm 16,3$; range 115-175) mentre, il DPT 2, ha ottenuto una valutazione complessiva di 136,5 ($\pm 13,3$; range 112-162). Le differenze fra le Dimensioni dei due DPT, sono statisticamente significative per 4 su 5 osservate. I punteggi ottenuti nella Dimensione Organizzativa dal DPT 1 non correlano con quello ottenuti nella Dimensione Sanitaria ($r 0,46$; p-value non significativa) così come con la Dimensione Etica ($r,20$; p-value non significativa). La Dimensione Economica, invece, correla in maniera significativa con quella Sanitaria ($r,579$; p-value 0,05) così come vi è correlazione con la Dimensione Sociale ($r 0,576$; p-value 0,05). Anche per il DPT 2 la Dimensione Organizzativa non correla con la Dimensione Sanitaria ($r 0,16$; p-value non significativa), come pure la Dimensione Etica ($r 0,41$; p-value non significativa). Mentre, anche in questo caso, la Dimensione Sanitaria correla con la Dimensione Sociale ($r 0,53$; p-value 0,04) così come con quella Economica ($r 0,605$; p-value 0,02).

CONCLUSIONI Lo studio ha dimostrato che la metodologia HTA è adatta allo studio dei modelli organizzativi. Ha valutato la tecnologia secondo le diverse Dimensioni considerate dell'HTA. Per l'esame di tali Dimensioni è stato impiegato uno strumento, costruito ad hoc, che ha consentito di rilevare differenze utili anche ad orientare decisioni di governo clinico, in sintonia con la natura action-oriented dell'HTA. Lo studio ha documentato, che la tecnologia DPT influenza gli esiti sul paziente, intercettando le pratiche più utili ad influenzarli (es: il presidio del percorso di continuità delle cure; la programmazione delle azioni in funzione del ricovero e/o intervento chirurgico, in modo integrato tenendo conto delle risorse umane, strutturali e tecnologiche).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mulloni Giovanna	Istituzione	Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia
Telefono	0432 552482	Indirizzo	Piazzale Santa Maria della Misericordia, 15
Fax	0432 554495	CAP	33100
E-mail	mulloni.giovanna@aoud.sanita.fvg.it	Città	Udine

103. STRATEGIA BASATA SULLE EVIDENZE PER IL SERVIZIO NEWS DI UNA REDAZIONE EDITORIALE DI UNA SOCIETÀ SCIENTIFICA
Musicco F, Tarantino D
<i>SIFOweb</i>

BACKGROUND Da una intervista condotta su un campione di professionisti sanitari, il 70% ha dichiarato di utilizzare internet per l'aggiornamento. La gran parte delle fonti ufficialmente riconosciute, disponibili online (es. AIFA, EMA, FDA, WHO), si occupa di propagare comunicati e notizie che riguardano l'Agenzia stessa. Pertanto per la redazione di una testata WEB di una Società Scientifica nasce il problema di definire una strategia di ricerca in grado di riunire l'appropriatezza e la qualità dell'informazione nel campo dell'assistenza farmaceutica in un canale unico, ricercando le informazioni basandosi sulle migliori evidenze disponibili online, e di soddisfare le necessità dei colleghi farmacisti che si occupano di Governo Clinico e che intervengono attivamente nelle Commissioni tecnico-scientifiche (HTA, PTO, Rischio Clinico, Rischio Chimico, Farmacovigilanza, Comitato Etico, Farmacoepidemiologiche).

OBIETTIVI La finalità è stata quella di fornire un servizio di informazione effettivamente utile nella pratica lavorativa, considerando le esigenze dei farmacisti che partecipano attivamente all'interno di commissioni e servizi, strumenti del governo clinico. Pertanto la redazione del sito ufficiale della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie dal 2009 ha attivato un pratico sistema di ricerca, aggiornamento e divulgazione di notizie valido per i soci, per i farmacisti e per tutto il personale sanitario del SSN. Le news sono comunque disponibili anche per tutti i visitatori del sito.

METODI La redazione ha: - pubblicato giornalmente informazioni provenienti da agenzie ufficiali nazionali ed internazionali (AIFA, EMA, FDA, WHO). - creato un sistema di revisione e pubblicazione delle notizie rapido e snello, che prevede l'utilizzo di un form compilabile online oppure un modulo elettronico scaricabile sul proprio pc. - garantito la possibilità a tutti i soci (mediante il form online) ed agli utenti che visitano il sito (mediante il modulo scaricabile) di proporre una notizia. - selezionato articoli, revisioni sistematiche, technological appraisal, HTA e Linee Guida, pubblicate da Agenzie internazionali che lavorano secondo le EBM (CEBM, GIMBE, SIGN, ACP Journal Club, Cochrane Library, Evidence-based Health Care and Public Health, EBM, Evidence Updates, Systematic Reviews in Healthcare, NICE, CADTH). - consultato riviste nazionali ed internazionali che pubblicano risultati di lavori evidence-based volti al miglioramento della pratica professionale (JOPP, AJHP, Hospital Pharmacy Journal, EJHP, CJHP), selezionando, riassumendo e traducendo articoli particolarmente importanti per la categoria del farmacista ospedaliero. - selezionato articoli che riguardano il settore della farmacovigilanza.

RISULTATI La qualità del servizio offerto è stata valutata considerando: - i risultati ottenuti dal questionario presente nella homepage del sito dal mese di giugno 2009. Il 64,6% degli intervistati leggono quotidianamente le notizie, il restante 35,4% a volte. L'83,4% degli utenti considerano il servizio buono/ottimo e l'83,3% considera le informazioni presenti esaurienti. - l'attivazione di una newsletter con sistema RSS, richiesta dagli utenti (82,6% dei rispondenti al questionario) e dal Consiglio Direttivo della società. Il 63,4% ha ritenuto utile ricevere la newsletter con cadenza settimanale, contenente le ultime/più rilevanti informazioni pubblicate sul sito. - il volume di traffico del sito, che dal 2009 al 2011 ha subito un'espansione del numero di visite (+3,5%), delle hits (+9,6%), ma soprattutto nel numero di unique hosts (+7,3%). Quest'ultimo dato fornisce la misura più vicina alla realtà del numero di utenti che hanno visitato il nostro sito.

CONCLUSIONI L'utilizzo di una metodologia basata sulle evidenze scientifiche, per la pubblicazione di notizie di interesse farmaceutico, ha permesso il raggiungimento dei traguardi auspicati, come la fidelizzazione di un numero elevato di utenti, che reputano il sito una fonte attendibile ed autorevole di notizie e la contemporanea espansione del volume di traffico, che comprova l'interesse da parte di nuovi utenti e stimola a migliorare la qualità del servizio. Un traguardo futuro sarà quello di valutare i riflessi di questo servizio sulle attività pratiche dei colleghi. La riduzione delle energie impiegate per la selezione di tutte le novità, da noi raccolte in un collettore unico, sicuramente favorisce la diffusione e l'implementazione locale delle informazioni ed ottimizza l'allocazione di una risorsa fondamentale: il tempo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Musicco Felice	Istituzione	Società Italiana di Farmacia Ospedaliera dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie
Telefono	06 52662989	Indirizzo	Via Carlo Farini, 81
Fax	06 52662850	CAP	20159
E-mail	musicco@ifo.it	Città	Milano

104. IPERTENSIONE OTTIMALE: STRUMENTI E MODELLI PER L'AUDIT IN MEDICINA GENERALE

Nati G, Cricelli I, Medea G, Di Guardo A, Paolini I, Filippi A

SIMG

BACKGROUND L'ipertensione arteriosa è una delle cause maggiori di patologie cardiovascolari nella popolazione di tutte le nazioni avanzate; il controllo dell'IPA è uno dei principali obiettivi dei sistemi sanitari. Le cartelle cliniche dei MMG sono una ricca fonte di dati che possono essere utilizzati per molte finalità. Negli ultimi tempi la SIMG ha sviluppato il programma GPG (General Practice Governance), che consente di effettuare audit (self audit, in gruppo o in rete), su indicatori già predisposti avvalendosi di una piattaforma adattabile a specifiche esigenze. Questo applicativo è in grado di estrarre i dati contenuti nel database e di analizzarli in base ad indicatori distribuiti per specifiche aree cliniche o terapeutiche. Un gruppo di 18 MMG italiani membri della SIMG ha partecipato ad un progetto di audit sull'ipertensione; 16 di loro hanno portato a termine l'audit.

OBIETTIVI dimostrare l'efficacia del software GPG nel migliorare le performances dei Medici di Medicina Generale arruolati, in termini di registrazione dei valori di pressione e del raggiungimento dei target previsti.

METODI È stato utilizzato il programma GPG per estrarre ed analizzare i dati. Sono stati utilizzati due specifici indicatori: • Pazienti con diagnosi di ipertensione con almeno una registrazione di PA (limitato all'ultimo anno) • Pazienti con diagnosi di ipertensione e ultimo valore.

RISULTATI Al termine del progetto, sono stati arruolati 6246 pazienti con ipertensione arteriosa. Il numero di pazienti senza almeno un valore di PA registrato è stato di 1545 (72%) nel primo periodo e 891 (85%) nel secondo. Il numero di pazienti con PA.

CONCLUSIONI L'impiego di sistemi esperti, come il software GPG, nella gestione dell'audit nell'ambito della Medicina Generale può essere efficace nel migliorare le performances dei MMG partecipanti, come dimostrato dagli indicatori di esito intermedio utilizzati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Nati Giulio	Istituzione	SIMG
Telefono	06 3220930	Indirizzo	Via Giovanni Schiaparelli, 11
Fax	06 3242337	CAP	00197
E-mail	giulionati@alice.it	Città	Roma

105. L'IMPLEMENTAZIONE DEGLI STRUMENTI PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE A PRATICHE ASSISTENZIALI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI: PROPOSTA DI UN PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA

Orieucia C, Furlani C, Delle Case M, Vidoni G, Sturam S, Camerin D, Gubiani N, Vidotto L, De Sarno C

Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli

BACKGROUND Il gruppo operativo territoriale (GOT) costituito da un team multidisciplinare di medici, infermieri e assistenti sanitarie è impegnato nel controllo Infezioni Correlate a Pratiche Assistenziali (ICPA) nell'Azienda Sanitaria n. 4 Medio Friuli. È ormai risaputo che sviluppare l'attività di sorveglianza delle ICPA permette di descrivere il fenomeno, il suo andamento nel tempo e mantiene viva l'attenzione al problema. Il tema della sicurezza del paziente è un argomento più che mai attuale e ha un forte impatto sociale nei luoghi di cura. Il ruolo della prevenzione e del controllo delle ICPA è inserito all'interno delle linee guida del Governo Clinico e del Risk Management e si realizza attraverso l'attività di buone pratiche, l'elaborazione di strumenti di supporto ai professionisti, di linee guida, di protocolli, di procedure, ma soprattutto attraverso la formazione continua preferibilmente sul campo. Il Got ha consolidato negli anni efficaci strumenti di sorveglianza volti a rilevare la percentuale di prevalenza delle ICPA nelle RSA aziendali, mentre dal 2011 è attivo un programma di monitoraggio anche nelle Residenze per anziani, in particolare per ciò che riguarda: - la conoscenza da parte degli operatori di linee guida e protocolli aggiornati sulle singole procedure - l'adesione da parte del personale a comportamenti corretti. Tale necessità nasce da due riflessioni fondamentali: la reticenza degli operatori assistenziali a rivedere schema operativi consolidati nella quotidianità del loro lavoro e la consapevolezza del fatto che la tipologia degli ospiti accolti nelle strutture è cambiata nel corso degli anni.

OBIETTIVI A breve termine: - rilevare il livello di conoscenza degli operatori sulla procedura del lavaggio delle mani - restituire alle singole strutture i dati evidenziati - presentare linee guida e protocolli rispetto a tecniche e procedure - proporre gli strumenti di indagine utilizzati dal GOT (scheda delle rilevazioni delle ICPA e scheda osservazione sul lavaggio delle mani). A medio-lungo termine - educare/formare attraverso l'individuazione di un referente gli operatori delle strutture in questione all'utilizzo degli strumenti impiegati nell'indagine, al monitoraggio dei comportamenti corretti affinché procedano autonomamente.

METODI Nel corso del 2010 è stato somministrato un questionario sulle conoscenze degli operatori nelle Residenze per Anziani sul lavaggio delle mani. Durante la restituzione dei dati raccolti si è provveduto a strutturare un "pacchetto formativo" inerente alle procedure per la prevenzione delle infezioni, alla sorveglianza sul lavaggio delle mani e al protocollo del Clostridium difficile.

RISULTATI Le strutture oggetto dell'indagine sono state 14. Sono stati distribuiti 1000 questionari e sono stati raccolti 675 questionari pari al 67,5% tra quelli somministrati (122 infermieri professionali, 257 oss/ota, 225 altri operatori, 19 fisioterapisti 2 medici). Indifferentemente dal la struttura in cui lavorano e dal tipo di professione svolta si è potuto rilevare che un alta percentuale di risposta errate pari al 70% ed erano riferite al lavaggio delle mani prima del contatto con il paziente, dato confermato anche dalla sorveglianza dei comportamenti degli operatori sul lavaggio delle mani nelle RSA e negli ospedali. In 13 strutture si è già svolta l'attività di audit con restituzione dei dati e ed è stato proposto il pacchetto formativo. Il personale intervenuto agli incontri si è dimostrato interessato e sensibile alle argomentazioni proposte. Coordinatori e amministrazioni disponibili a collaborare affinché questi eventi formativi/informativi si ripetano in futuro.

CONCLUSIONI Le ICPA sono eventi prevenibili e prevedibili attraverso l'adozione di strumenti di sorveglianza comuni nei diversi setting assistenziali e attraverso l'implementazione di azioni di miglioramento. Per la prevenzione e il controllo delle ICPA sono necessari interventi atti a identificare i rischi che aiutano a definire le priorità degli interventi e annullare le eventuali barriere per le buone pratiche assistenziali.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	De Sarno Cristina	Istituzione	Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli
Telefono	0432 806018	Indirizzo	Via Pozzuolo, 330
Fax	0432 806060	CAP	33100
E-mail	cristina.desarno@mediofriuli.it	Città	Udine

106. ORGANIZZAZIONE SNELLA IN OSPEDALE: UN'ESPERIENZA DI CLINICAL GOVERNANCE NELL'OSPEDALE DI PERUGIA
Orlandi W, Capruzzi M, Pioppo M, Torroni D, Ramacciati N
<i>Azienda Ospedaliera di Perugia</i>

BACKGROUND L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha recentemente sperimentato presso la propria Struttura Complessa di Pronto Soccorso, il nuovo modello organizzativo della "lean organization", ovvero "organizzazione snella", noto anche come metodo Toyota. Si tratta di un approccio innovativo basato sul Miglioramento Rapido e Continuo, finalizzato a raggiungere alti livelli di qualità con costi contenuti. La logica della qualità (intesa come la continua ricerca della perfezione), dell'efficienza (quale riduzione degli sprechi) e dell'innovazione (in un'ottica di miglioramento continuo), viene tradotta in concrete azioni di intervento: analisi dei processi, visualizzazione degli sprechi e degli errori, evidenziazione delle attività che creano "valore" per gli assistiti. La filosofia sottesa all'approccio del "miglioramento rapido", prevede di affrontare i problemi prioritari di un servizio non in tempi lunghi e dilatati, ma rapidi e decisi. La Settimana Kaizen (un approccio che consente di ottenere, grazie ad azioni di miglioramento "veloci e grezze, non lente ed eleganti" risultati rilevanti in soli cinque giorni lavorativi: "fare e fare subito") e la Mappa del Flusso del Valore (ovvero la rappresentazione grafica di tutte le azioni normalmente richieste da un completo percorso assistenziale di un utente, che ne permette di vedere il flusso, così da individuare gli sprechi e le loro cause) sono le due strategie operative utilizzate.

OBIETTIVI Scopo del presente lavoro è quello di illustrare i presupposti, le modalità operative ed i risultati conseguiti in Pronto soccorso durante "la settimana di miglioramento rapido".

METODI Dal 9 al 13 maggio del 2011 un gruppo di professional (infermieri e medici) sotto la guida di un esperto in ingegneria dell'organizzazione, ha condotto l'analisi dei problemi, individuato le attività "di valore" e "non valore", le possibili soluzioni, l'attuazione degli interventi correttivi, la misurazione degli esiti per tre classi di patologia: Disturbo neurologico, Dolore addominale e Disturbo cardiologico, codificati al triage con priorità di accesso verde. Un follow-up a distanza di un mese è stato effettuato per verificare l'impatto dell'intervento. Sono stati misurati i tempi di attraversamento e di lavorazione del "processo produttivo".

RISULTATI Il valore accettabile tra tempo di lavorazione e tempo di attraversamento è stato posto a $\geq 30\%$. Disturbo neurologico =25%, dolore addominale =42,5%; disturbo cardiologico =63,3%. Per i codici verdi riferiti al dolore addominale ed al disturbo cardiologico sono stati ottenuti valori ben al di sopra dello standard. Per quanto riguarda il codice verde neurologico questo risulta al di sotto dello standard in quanto vengono escluse dalla misurazione tutte le patologie neurologiche tempo-dipendenti codificate come codice di priorità giallo.

CONCLUSIONI Il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è in grado di assicurare un servizio compatibile con standard di tempestività, efficienza, sicurezza e adeguatezza dei migliori ospedali nazionali. Questo progetto ha l'obiettivo di ridurre ulteriormente i tempi di attesa e permanenza del cittadino all'interno del Pronto Soccorso, grazie a metodologie gestionali volte alla riduzione degli sprechi (tempi di attraversamento, attese). Ridurre gli sprechi significa eliminare i costi della non-qualità, investire nel miglior funzionamento dei processi aziendali e nelle capacità delle persone, produrre valore e soddisfazione per il cliente ottenendo un vantaggio competitivo di lungo termine. Si ritiene che tale approccio concorra a perseguire l'eccellenza tendendo cioè alla "perfezione" in ottica di miglioramento continuo. Tale miglioramento deve essere realizzato "bottom-up", ossia con il pieno coinvolgimento del personale operativo che si occupa della cura dei dettagli.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Orlandi Walter	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5783993	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5783531	CAP	06156
E-mail	qualita@ospedale.perugia.it	Città	Perugia

107. TRASPORTO NEONATALE DI EMERGENZA: RISK MANAGEMENT

Osimani F, Morico M, Milia M, Paialunga E, Posa A

AOU Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND Negli ultimi decenni in Italia, come nel resto del mondo occidentale, si è osservato un sensibile miglioramento delle cure perinatali che ha comportato un progressivo declino della mortalità e della morbidità neonatale. Parte integrante nell'organizzazione delle cure perinatali è ora la centralizzazione delle gravidanze a rischio nei centri di terzo livello. Il "trasporto in utero", ossia il trasferimento della gestante "a rischio" in una struttura di III livello, è oggi universalmente riconosciuto come la modalità più efficace per garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata. Purtroppo però, il trasporto in utero non è sempre attuabile: esistono infatti, condizioni materne e/o legate al parto e patologie feto neonatali che non sono sempre prevedibili. In tutti questi casi si rende necessario il trasferimento del neonato, dopo la nascita, verso i centri di III livello.

OBIETTIVI La conoscenza e la valutazione dei fattori di rischio collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario consentono di attuare una gestione efficace e sicura dei pazienti che devono essere trasportati. Il trasporto di un paziente rappresenta un momento importante nel continuum dell'assistenza sanitaria che richiede una gestione articolata e complessa e competenze specifiche. Questa relazione è stata redatta al solo scopo di evidenziare i fattori di rischio che sono stati rilevati in questi anni o che potrebbero intervenire durante il trasporto neonatale di emergenza, così da attuare misure di miglioramento per rendere tale nostro servizio più efficiente. Il risk management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, basata sull'apprendere dall'errore. Dobbiamo infatti considerare l'errore componente ineliminabile, purtroppo della realtà umana, come fonte di conoscenza e miglioramento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare e mettere in atto iniziative, a vari livelli istituzionali garantendo l'assistenza sanitaria che riducano l'incidenza di errori. Il risk management perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente. Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina ai pazienti ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed infine favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti. Secondo la procedura del risk management abbiamo deciso di interessarci su eventi avversi che ultimamente si sono riscontrati nella nostra U.O. soprattutto a riguardo del trasporto di emergenza neonatale.

METODI Abbiamo suddiviso i fattori di rischio in base ai fattori che li hanno scaturiti per poi formulare le nostre azioni di miglioramento: 1) Fattori dipendenti dalle strutture extraospedaliere: AZIONE DI MIGLIORAMENTO: La predisposizione e l'adozione di linee guida e/o di regolamenti per il trasporto in emergenza al fine di uniformare i parametri di valutazione dei pazienti e i criteri per la gestione degli stessi. 2) Fattori di competenza esclusiva del servizio di trasporto: problematiche riscontrate proprio nelle attrezzature facenti parte del servizio: AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Corsi di formazione degli autisti facenti parte del servizio, certificazioni obbligatorie per le ambulanze 3) Fattori dipendenti dai nostri operatori: corso obbligatorio formazione infermieri (BLSD, PBLSD, ALS, RCP NEONATALE e corso formazione ambulanza STEN); check list trolley da trasporto e culla da trasporto obbligatoriamente ogni 2gg. 4) Fattori derivanti dal personale medico: Scarsa o inadeguata comunicazione medico-genitore del neonato: alcuni episodi di non efficacia della comunicazione tra medico-genitore, potrebbero creare una maggiore difficoltà non nello svolgere il proprio intervento sanitario quanto nel riuscire ad entrare in "relazione" costruttiva con i genitori. Molte volte si utilizzano terminologie che, se per chi lavorano nel settore sono "chiare" spesso non lo sono per i genitori dei piccoli pazienti. Tale comunicazione deve essere gestita al meglio anche in stato di emergenza. AZIONE DI MIGLIORAMENTO: corsi di counseling in trasporto neonatale.

RISULTATI Nello studio sopracitato e attraverso l'utilizzo del nostro programma gestionale neonati NEOTOOLS, è emerso prendendo in esame gli ultimi 5 anni di operatività del servizio STEN quindi Gennaio 2005, quando furono dotati i centri ospedalieri di I e II livello di protocolli per l'attivazione del trasporto di emergenza neonatale, al Gennaio 2011, una considerevole diminuzione di trasporti di emergenza. Nell'anno 2005 si sono effettuati ben 93 trasporti di emergenza, a fronte di 45 trasporti effettuati nel 2011. Inoltre molti trasporti "non necessari" o "evitabili" (ovvero secondo i parametri dettati nei protocolli forniti alle U.O. extraospedaliere da noi nel 2005), hanno subito un calo significativo almeno del 20%. Purtroppo le altre problematiche affrontate in questo studio, non hanno a tutt'oggi, un riscontro risolutivo in termini di dati quantitativi, ma solamente di dati qualitativi perché il trasporto neonatale di emergenza secondo il nostro modesto parere non può basarsi soltanto su una questione di numeri. È importante sapere che, mantenere in sicurezza un neonato di 700 gr in una incubatrice da trasporto, collocata all'interno di un'ambulanza che solitamente viaggia in media a 120km/h in autostrada non può limitarsi solo a una questione puramente numerica. La competenza acquisita da noi operatori (medici/infermieri) attraverso corsi di formazione annuali, vale molto di più che un aumento o una diminuzione di ricoveri di urgenza e su questo ne siamo pienamente coscienti.

CONCLUSIONI La conoscenza dei fattori di rischio, collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario, consente una migliore valutazione degli interventi da effettuare e di conseguenza la riduzione dei rischi collegati al trasporto dei piccoli pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Osmani Francesca	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 5962368	Indirizzo	Via Corridoni
Fax	071 5962540	CAP	60100
E-mail	frainferm@libero.it	Città	Ancona

108. LA CLINICAL GOVERNANCE TRA CONDIVISIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E APPROPRIATEZZA DELL'UTILIZZO DEL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO DELL'OSPEDALE DI RIVOLI

Papalia R¹, Minniti D², Dore M², Morini M¹, Isolato W², Sacco R², Giacometti M¹, Cucchi B²

¹Università degli Studi di Torino, ²Ospedali Riuniti di Rivoli

BACKGROUND L'utilizzo improprio del Pronto Soccorso Pediatrico, spesso legato a situazioni di ansia e di urgenza "soggettiva" da parte dei genitori, rende difficoltosa la gestione dei casi realmente urgenti oltre ad essere controproducente dal punto di vista della continuità assistenziale, facilitando la diffusione di malattie infettive (malattie esantematiche, sindromi influenzali, gastroenteriti,...).

OBIETTIVI Indagare il grado di conoscenza dell'utenza in relazione al corretto utilizzo dell'assistenza sanitaria primaria al paziente pediatrico, al fine di evidenziare eventuali criticità organizzative legate alle situazioni di emergenza.

METODI Lo studio osservazionale, non randomizzato, della durata di 1 anno, è stato condotto nel Pronto Soccorso pediatrico dell'Ospedale di Rivoli, somministrando un questionario anonimo, a risposte multiple, contenente variabili rispondenti a quesiti clinico-organizzativi. Il campionamento, accidentale, non probabilistico, ha reclutato i rispondenti tra i familiari dei pazienti pediatrici afferenti al servizio nelle diverse ore del giorno e della notte. Sono state indagate variabili socio-demografiche (età, genere, professione,...), il giorno della settimana in cui il paziente si è recato in Pronto Soccorso, informazioni organizzativo-sanitarie (tempo di sintomatologia, accessi, precedente passaggio dal pediatra di libera scelta, ...). Infine sono state indagate alcune informazioni relative all'accesso in Pronto Soccorso: codice triage, codice di uscita, consulenze, trasferimenti, ricoveri, OBI e codice ICD-9-CM del bambino. Le risposte sono state raccolte in un database nel quale è stata fatta un'analisi descrittiva (e un'analisi variata) delle variabili considerate, usando il software statistico EPI_info®.

RISULTATI Sono stati somministrati n.487 questionari. Nel 93.9% dei casi, i bimbi (54.7% maschi e 45.3% femmine) sono stati accompagnati dai genitori. Il 7.6% degli accessi totali sono pervenuti tramite il 118 e il 45% dei passaggi sono avvenuti nel fine settimana. L'età media è risultata essere di 6 anni per i maschi e di 5 anni e 9 mesi per le femmine. Il codice triage più frequente è stato il verde in entrata (59%) e in uscita (65%); il 15% dei codici verdi è stato inviato dal pediatra di libera scelta, mentre emerge chiaramente come la bassa scolarità materna e l'elevato numero di figli sia correlato ad un maggior utilizzo del 118, seppur in presenza di un codice triage verde. Per quanto riguarda i percorsi organizzativi è emerso che il 35% dei bimbi sono stati sottoposti a consulenze, il 17% sottoposti ad osservazione breve intensiva, mentre solo pochi casi sono stati trasferiti in altri ospedali o ricoverati. È emerso che complessivamente nel 73% dei casi non è stato consultato preventivamente il pediatra di libera scelta, e solo per il 30% di tutti i casi con codice bianco o verde è stato consultato il pediatra prima dell'accesso al Pronto Soccorso. Tale percentuale sale al 43% se si considerano solo i pazienti con sintomi da tre o più giorni. Tale condizione deriva dal fatto che il 46% degli intervistati era a conoscenza della possibilità di contattare telefonicamente il pediatra nei giorni feriali e prefestivi. Le diagnosi più frequentemente riscontrate sono stati i disturbi alle vie aeree superiori (25%) e i traumi (18%).

CONCLUSIONI L'analisi dell'impatto degli accessi impropri sulla qualità dell'assistenza e sulla spesa sanitaria rende indispensabile delineare ulteriori interventi educativi volti a sostenere una corretta gestione dei pazienti pediatrici. Sul versante organizzativo, è necessario definire e concordare tra ospedale e territorio un "percorso" di cura specifico per l'età pediatrica che consenta risposte assistenziali appropriate sul territorio ed una maggiore appropriatezza per quanto riguarda gli accessi ai servizi di emergenza. Infine, una stretta collaborazione in ambito distrettuale tra il pediatra di libera scelta e il pediatra ospedaliero può ricondurre il flusso dei pazienti in età minorile nell'area pediatrica, riducendo gli accessi impropri al Pronto Soccorso, ed evitando gli attuali inutili e pericolosi transiti attraverso i servizi ospedalieri dedicati all'adulto.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Papalia Riccardo	Istituzione	Università degli Studi di Torino
Telefono	011 9551372	Indirizzo	Strada Rivalta, 29
Fax	011 6705889	CAP	10098
E-mail	riccardo.papalia@unito.it	Città	Rivoli

109. APPLICAZIONE DELLA TECNICA FMECA NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN CHIRURGIA SENOLOGICA

Pellini F, Mirandola S, Xillo L, Lavarini E, Pollini GP

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

BACKGROUND La scelta di applicare la FMECA in chirurgia senologica risiede in: crescente numero di pazienti affette da etpl. mammaria e sottoposte ad intervento chirurgico, esistenza di processi ad alta complessità, miglioramento dell'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, applicazione di nuovi modelli organizzativi a valenza dipartimentale (week surgery), implementazione di protocolli diagnostico – terapeutici concordati e condivisi, obbligo per le organizzazioni e per i professionisti di prevenire, quando possibile, situazioni di potenziale danno per il paziente.

OBIETTIVI L'obiettivo è quello di individuare le criticità e gli eventuali errori cui va incontro la paziente affetta da eteroplasia mammaria durante il suo percorso assistenziale dalla fase di presa in carico fino alla dimissione, dopo essere stata sottoposta ad intervento chirurgico. Gli obiettivi specifici comprendono una mappatura del processo, l'identificazione delle possibili modalità di errore e la loro classificazione per priorità di rischio, la definizione di azioni correttive in grado di ridurre l'indice di priorità di rischio.

METODI Lo studio è stato condotto presso la USO Chirurgia Senologica dell'AOUI di Verona, nel periodo compreso tra gennaio e settembre 2011. L'applicazione di un modello organizzativo trasversale e multidisciplinare ha favorito l'implementazione di una attività altamente specialistica e di eccellenza per la patologia mammaria e nel 2010 sono stati eseguiti 739 interventi chirurgici tra conservativi, demolitivi e ricostruttivi (quasi il 70% in Day Surgery). Si è costituito un gruppo di lavoro (chirurgo senologo, coordinatore infermieristico, medico legale, Anestesista, Servizio Miglioramento Qualità, Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'innovazione (Esperto Crew Resource Management e Human Factor). Si è proceduto alla scomposizione del processo stesso in macroattività (definizione percorso di cura, preoperatorio, ricovero, intervento chirurgico, post operatorio, dimissione) e poi in attività più semplici e definito i singoli profili di responsabilità. Si è ritenuto opportuno analizzare le fasi di definizione percorso di cura, post operatorio, trasferimento e/o dimissione essendo quelle che nel cambiamento organizzativo previsto a livello dipartimentale richiedono maggior appropriatezza clinica ed organizzativa, conoscenza di protocolli condivisi e rappresentano maggior rischio per il paziente e per gli operatori. Dopo la descrizione accurata del processo è iniziata l'analisi di tipo qualitativo e quantitativo.

RISULTATI Si sono elaborate delle scale numeriche di valutazione. La scala numerica attribuita ad ognuna delle tre dimensioni (Probabilità, Gravità, Rilevabilità) va da 1 a 5. Questi sono stati moltiplicati tra loro in modo da ottenere l'indice di priorità del rischio ($IPR = P \times G \times R$). Al termine dell'applicazione FMECA si è deciso di prendere in considerazione i 14 IPR più elevati. L'IPR più elevato in assoluto è di 36 e quello più basso di 3. Si deve tenere presente che il valore più elevato raggiungibile è di 125 ($5 \times 5 \times 5$), pertanto la prima considerazione che si può fare è che l'IPR più elevato è circa un quarto dell'IPR massimo rilevabile. Questo dato ci porta a considerare discretamente sicuro il processo, esistendo comunque dei margini di miglioramento e possibilità di diminuire alcuni IPR. Si sono presi in considerazione gli IPR (indice di priorità di rischio) più elevati. Il primo riguarda la comunicazione agli infermieri della prescrizione nella fase di trasferimento-appoggio. Questo momento è critico in fase post operatoria qualora la paziente non possa essere dimessa, ma debba essere ricoverata in reparto affine o trasferita. Sono stati identificati due modi di errore / guasto: mancata esecuzione (IPR 27), esecuzione parziale (IPR 36). In questo caso gli effetti identificati sono: no trattamento terapeutico completo o corretto e le cause rappresentate da fretta/superficialità. Ancora la prescrizione della terapia con procedure diverse da quella del proprio reparto (IPR 18) riconosce come causa il mancato utilizzo di protocolli condivisi e conseguente mancata prescrizione corretta e/ o ritardo nella terapia. Il controllo parametri vitali e ferita chirurgica ha visto la presenza di due dei sei possibili modi di errore guasto all'interno degli IPR più elevati (mancato, errato, inadeguato inquadramento della p.z. a livello del rischio di complicanze postoperatorie (IPR 27), mancato controllo della corretta gestione dei drenaggi e loro funzionalità (IPR 24). Le cause sono: mancanza di conoscenza, disattenzione, superficialità, routinarietà, fretta, mancata accuratezza nei comportamenti diagnostico-terapeutici, concentrazione elevata di attività infermieristica in poco tempo. Nel post operatorio si segnala un IPR 24 in esecuzione parziale di comunicazioni di informazioni dove vengono riconosciuti come causa la fretta e l'elevato turnover di lavoro e di pazienti. La fase della dimissione evidenzia durante la valutazione medico-infermieristica un mancato confronto tra i componenti del team (IPR 18) e una mancata o errata mobilitazione dell'arto superiore (IPR 24), effetti rappresentati da dolore ed impotenza funzionale e come causa fretta, formazione inadeguata, difetti di comunicazione tra personale. Questi errori acquistano una particolare rilevanza in day surgery per la brevità della degenza e per la possibilità che l'evento avverso si possa manifestare a domicilio. La rivalutazione dei dati dell'analisi raccolta ci ha permesso inoltre di classificare le categorie di errore e le relative frequenze. Errori connessi ad aspetti organizzativi 18%. Errori connessi a comunicazione ed informazione 33%. Errori connessi a comportamenti tecnico-professionali 49%.

CONCLUSIONI La FMECA ha evidenziato criticità collegate all'aspetto della comunicazione, in diversi momenti del percorso di cura. Ciò deve trovare aree di miglioramento nelle nostre organizzazioni sanitarie, con interventi e strumenti sopradetti ed un'adeguata formazione interprofessionale, coinvolgendo tutti gli stakeholders, compresi pazienti e familiari, che in ambito senologico ben si prestano a questo modello.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pellini Francesca	Istituzione	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Telefono	045 8124967	Indirizzo	Piazzale Ludovico Scuro
Fax	045 8124544	CAP	37134
E-mail	francesca.pellini@ospedaleuniverona.it	Città	Verona

110. LA TERAPIA APPROPRIATA DEL DOLORE ACUTO IN PRONTO SOCCORSO: L'OLIGOANALGESIA VIENE SEMPRE RICONOSCIUTA?
Pennacchio E, Autilio M
<i>A.O. Regionale San Carlo di Potenza</i>

BACKGROUND Il dolore acuto è il principale sintomo di presentazione in pronto soccorso. Nonostante tale preminenza, numerose precedenti evidenze di letteratura hanno dimostrato che proprio in tale contesto il dolore non è adeguatamente riconosciuto e trattato. Tali evidenze hanno portato alla formulazione del concetto di "oligoanalgesia".

OBIETTIVI Verificare se anche nel nostro pronto soccorso l'oligoanalgesia (insufficiente riconoscimento e/o trattamento del dolore) sia una pratica corrente. Riconoscere l'oligoanalgesia sarebbe il primo passo per ideare percorsi clinici per il trattamento del dolore acuto in pronto soccorso.

METODI Analisi retrospettiva condotta sulle prime 3.000 cartelle elettroniche di pronto soccorso dell'anno 2011 (sistema informatico AIRO), con riguardo ai seguenti indicatori: A) Pazienti che ricevono una misurazione del dolore al triage; B) Pazienti con dolore moderato o grave (codici giallo e verde) che ricevono un trattamento antidolorifico C) Farmaci antidolorifici usati D) Tempo medio di somministrazione degli antidolorifici dal momento della valutazione di triage nei pazienti con codice giallo e verde; E) Pazienti con dolore grave (codice giallo) che vengono trattati oltre 20 minuti dall'arrivo al triage; F) Pazienti con dolore moderato (codice verde) che vengono trattati oltre 60 minuti dall'arrivo al triage; G) Pazienti che ricevono una rivalutazione del dolore; H) Pazienti che ricevono una prescrizione esplicita di antidolorifici alla dimissione. Sono stati esclusi i pazienti di età inferiore a 12 anni e quelli con dolore toracico o addominale, cefalea severa (codice giallo), politrauma. Sono stati così identificati 606/3000 pazienti (20,2%) con dolore potenzialmente trattabile (68/606 codice giallo 11,3%, 538/606 codice verde 88,7%). L'eziologia del dolore nei pazienti con codice giallo era così distribuita: Trauma minore 56 (82,5%); Colica renale 9 (13,3%); Colica biliare 1 (1,4%); Lombalgia 1 (1,4%); Altro dolore 1 (1,4%). L'eziologia del dolore nei pazienti con codice verde era così distribuita: Trauma minore 410 (76,3%); Colica renale 16 (2,9%); Colica biliare 11 (2,1%); Lombalgia 23 (4,2%); Cefalea 26 (4,9%); Altro dolore 52 (9,6%).

RISULTATI A) Tutti i pazienti hanno ricevuto una valutazione dell'intensità del dolore al triage con scala verbale (dolore lieve, moderato o grave). B) Sono stati trattati 23/68 (33,8%) pazienti con codice giallo e 97/538 (18,9%) pazienti con codice verde. C) Sono stati somministrati i seguenti farmaci: Paracetamolo EV 45 dosi; Ketoprofene sale di lisina EV 35 dosi; Tramadolo EV 3 dosi; Diclofenac sodico IM 35 dosi; Tiocolchicoside IM 20 dosi; Fluoroglucinolo EV 20 dosi; Lorazepam PO 6 dosi; Betametasone EV 3 dosi; Acetilsalicilato di lisina EV 1 dose; Metilprednisolone EV 2 dosi; Ossigeno 2 pazienti. D) Il tempo medio di somministrazione della terapia analgesica dalla valutazione di triage è stato di 90,2 minuti per i codici gialli (range: 7-679 minuti) e di 93,7 minuti per i codici verdi (range: 9-908 minuti). E) Il 39% dei pazienti con codice giallo che hanno ricevuto un antidolorifico (9/23) sono stati trattati dopo oltre 20 minuti dalla valutazione di triage. F) Il 50,5% dei pazienti con codice verde che hanno ricevuto un antidolorifico (49/97) sono stati trattati dopo oltre 60 minuti dalla valutazione di triage. G) Nessuno dei pazienti ha ricevuto una formale rivalutazione del dolore. H) Dei 37 pazienti con codice giallo inviati a domicilio, 22 (59,4%) hanno ricevuto una prescrizione esplicita di analgesici alla dimissione. Dei 490 pazienti con codice verde inviati a domicilio, 314 (64%) hanno ricevuto una prescrizione esplicita di analgesici alla dimissione.

CONCLUSIONI anche nel nostro pronto soccorso l'oligoanalgesia è un problema rilevante, come riportato in altri studi. Riconoscere il problema può essere il primo passo per sviluppare percorsi clinici per il trattamento del dolore in questo contesto.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pennacchio Edoardo	Istituzione	A.O. Regionale San Carlo
Telefono	0971 612566	Indirizzo	Via Potito Petrone
Fax	0971 612850	CAP	85100
E-mail	vzivol@tiscali.it	Città	Potenza

111. GLI SPECIALISTI INDUCONO LE PRESCRIZIONI DI SARTANI IN MEDICINA GENERALE? UN AUDIT CLINICO NELL'ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE

Piergentili P¹, Basso B², Bomben L², D'Arenzo L², Del Pup E², Di Lorenzo A², Furlan A², Gabrielli A², Insacco E², Rosa F², Sisto R²

¹ULSS 13 Miranese, ²Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 - Friuli Occidentale

BACKGROUND Non esistono, a tutt'oggi, studi sistematici italiani sull'influsso degli specialisti sui comportamenti prescrittivi degli MMG. Sulle ricette che gli MMG rilasciano ai loro pazienti esiste un campo (campo S, per suggerita) per segnalare che si tratta di ricetta indotta, ma non risulta che sia mai stata appropriatamente valutata l'affidabilità di questa informazione, né che tale informazione sia stata alla base di studi descrittivi o di altro genere. I 5 distretti socio-sanitari dell'ASS6 del Friuli Venezia Giulia organizzano periodici incontri con gli MMG sulle tematiche organizzative e professionali della medicina generale. È stato pertanto deciso nel 2009 di dedicare un incontro a questo tema. La scelta è stata di esplorare l'aderenza ai protocolli e alle linee-guida che riguardano l'uso degli antagonisti dell'angiotensina II (sartani, ARB) e degli ACE inibitori (ACEi) nel trattamento dell'ipertensione. Infatti si tratta di farmaci di ampio uso, anche autonomo, da parte degli MMG con casistica sufficientemente ampia e con rilevanti ricadute economiche. Lo studio si è svolto nell'ASS6 Friuli occidentale, ed ha riguardato l'intera provincia di Pordenone.

OBIETTIVI Questo lavoro si propone di valutare l'influenza degli specialisti sui comportamenti dei medici di medicina generale (MMG) nella terapia dell'ipertensione usando database amministrativi.

METODI Sono stati analizzati alcuni database amministrativi (ricette mediche, ricoveri ospedalieri, analisi specialistiche) dell'ASS6 relativi al 2008. Sono state individuati i soggetti che avessero ricevuto prescrizioni di farmaci della classe C09 della classificazione ATC e che non risultassero in trattamento con questi stessi farmaci nei precedenti 5 anni. Sono poi stati ricostruiti, attraverso un processo di record linkage, i loro eventuali contatti con specialisti (visite ambulatoriali o dimissioni ospedaliere) verificatisi nei due mesi precedenti la prima prescrizione. È stata quindi confrontata la frequenza di prescrizioni di antagonisti dell'Angiotensina II (sartani, ARB) e di ACE inibitori effettuate dai MMG ai pazienti che avessero avuto un contatto nel periodo specificato, per tipo di contatto (dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale), con quelle prescritte a pazienti che non avessero avuto alcun contatto.

RISULTATI Sono stati individuati 6.668 assistiti rispondenti al criterio di selezione. Di questi, 1.471 (22,1%) hanno avuto un contatto con uno specialista nei due mesi antecedenti l'inizio della terapia (58,1% una visita specialistica e 41,9% una dimissione ospedaliera). Dopo un ricovero, i MMG hanno prescritto ACEi nel 78,9% dei casi, mentre dopo una visita specialistica questa percentuale scende al 59,1%. Per i pazienti senza contatti la percentuale di ACEi è stata del 58,0%. L'analisi per specialità ha dimostrato che gli ACEi vengono prescritti più frequentemente dopo contatto con un nefrologo, o dopo la dimissione da un reparto di cardiologia.

CONCLUSIONI Lo studio dimostra che il comportamento dei MMG nella scelta fra ACEi e ARB è influenzato dagli specialisti in modo limitato: in circa l'80% dei casi la loro scelta è stata autonoma. Il ricovero ospedaliero è il contesto in cui i medici esprimono la maggior aderenza alle linee guida riconosciute. Il comportamento prescrittivo degli specialisti in ambulatorio tende ad essere simile a quello dei MMG. Sembra dunque che non sia tanto la qualifica ad influire sul medico, quanto il contesto professionale in cui agisce. In reparto opera in modo collegiale e controllato, mentre in ambulatorio egli è solo a contatto con il paziente e con limitate possibilità di follow up. L'aderenza alle indicazioni delle principali linee guida è bassa.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Piergentili Paolo	Istituzione	ULSS 13 Miranese
Telefono	041 5794121	Indirizzo	Via Miranese, 7
Fax	049 2106906	CAP	30035
E-mail	piergentili@casemix.org	Città	Mirano

112. L'AUDIT CIVICO. IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI PER MIGLIORARE LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**Pioppo M, Amico M, Bologna D, Esposito L, Morcellini R, Ruffini F, Zucconi M, Orlandi W***Azienda Ospedaliera di Perugia*

BACKGROUND L'Assessorato alla Sanità della Regione Umbria, con il Piano Sanitario Regionale 2009-2011, ha stabilito di rendere operativo in tutte le Aziende ospedaliere e sanitarie regionali il progetto "Audit Civico" promosso da Cittadinanzattiva in collaborazione con il Ministero della Salute. L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche al fine di dare centralità al punto di vista del cittadino nell'organizzazione dei servizi sanitari e di promuovere forme efficaci della loro partecipazione alla gestione dei servizi sanitari pubblici.

OBIETTIVI Partecipazione dei cittadini, benchmarking, miglioramento continuo della qualità.

METODI L'Audit civico ha previsto l'indagine di tre componenti dell'azione delle aziende sanitarie: 1) l'orientamento ai cittadini (accesso alle prestazioni, rispetto dell'identità personale, culturale e sociale ecc.); 2) l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune "politiche" di particolare rilievo sociale e sanitario (sicurezza dei pazienti, strutture e degli impianti, malattie croniche e oncologia gestione del dolore, prevenzione); 3) il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali (attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti, altre forme di partecipazione e interlocuzione cittadini/azienda sanitaria). L'indagine delle 3 componenti è avvenuta attraverso: - lo svolgimento di sopralluoghi presso alcune strutture e la loro osservazione; - la richiesta di informazioni, a mezzo somministrazione questionari, alla direzione generale e alla direzione sanitaria. L'equipe dell'audit è composta da operatori aziendali appositamente formati e da cittadini selezionati tramite bando regionale.

RISULTATI Dall'indagine condotta nel 2011 presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, è emerso un IAS* medio ponderato pari a 77 (tabella 1), che in base ai criteri di classificazione è da considerarsi discreto. Con questo punteggio è stata l'Azienda Ospedaliera di Perugia ad ottenere i migliori risultati tra le sei aziende umbre. Tabella 1 RISULTATI COMPLESSIVI DELL'INDAGINE COMPONENTI DELL'INDAGINE INDICE IAS 1) Orientamento verso i cittadini IAS pari a 76, 2) Impegno dell'azienda nel promuovere alcune politiche di particolare rilievo IAS pari a 91, sociale e sanitario 3) Coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali IAS pari a 39 IAS MEDIO PONDERATO COMPLESSIVO pari a 77, quindi DISCRETO * IAS è l'indice di adeguamento agli standard presi in considerazione.

CONCLUSIONI I risultati emersi dall'indagine, evidenziano chiari punti di forza, ma anche casi di non conformità agli standard, come in materia di partecipazione dei cittadini nell'organizzazione e valutazione dei servizi sanitari. A tal proposito è stato predisposto in interazione tra AOPG e associazioni dei volontari il Piano di consolidamento e miglioramento, che è in corso di attuazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pioppo Manuela	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5784281	Indirizzo	S. Andrea delle Fratte
Fax	075 5783531	CAP	06156
E-mail	manuela.pioppo@ospedale.perugia.it	Città	Perugia

113. GESTIONE DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE IN AREA METROPOLITANA - AUSL DI BOLOGNA
Poli A, Dallari A, Protonotari A
<i>Azienda USL di Bologna</i>

BACKGROUND La gestione del paziente anziano con frattura di femore coinvolge un sistema complesso in cui numerosi aspetti devono essere ottimizzati per rispondere ai bisogni emergenti che sono quelli di persone molto anziane (età media 85,8), in prevalenza donne (76,5%), spesso con supporto sociale debole o assente. L'aspetto più critico della frattura di femore, superata la fase acuta, è rappresentato dalla necessità di costruire per ciascun paziente un percorso di riabilitazione e di presa in carico individualizzato utilizzando in maniera appropriata le risorse disponibili (riabilitazione intensiva, estensiva, domiciliare, RSA etc.). Il 93,3% dei pazienti residenti nell'Azienda USL di Bologna ricoverati in Ortopedia per intervento urgente a seguito di frattura di femore presenta un'età superiore a 64 anni. Di questi il 44,1% è stato ricoverato all'Istituto Ortopedico Rizzoli, il 24,5% al Presidio ospedaliero dell'AUSL di Bologna e il 24,1% all'Azienda Ospedaliero-universitaria S. Orsola Malpighi. La metà dei pazienti operati nelle strutture dell'Azienda USL di Bologna ha effettuato la riabilitazione in degenza ospedaliera, nel 22% dei casi in strutture interne all'AUSL e nel 28% presso altre Aziende. Il 59% dei pazienti operati all'AOSPU ha ricevuto il trattamento riabilitativo durante la degenza nella struttura stessa, mentre il 14% in degenza presso altri Ospedali. I pazienti operati allo IOR sono stati riabilitati in degenza ospedaliera nel 62% dei casi, di cui il 3% presso lo stesso IOR e il 59% in altri ospedali.

OBIETTIVI Considerato il quadro epidemiologico e la rete della riabilitazione presente sul territorio aziendale si è ritenuta indispensabile la definizione del percorso post- chirurgico nel paziente con frattura di femore di età superiore a 64 anni con lo scopo di omogeneizzare in ambito metropolitano l'accesso alle cure nella fase post acuta, riducendo i tempi dell'intervento riabilitativo attraverso un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse disponibili. L'obiettivo specifico è stato quello di definire i Profili di bisogno riabilitativo assistenziale, a partire dalle caratteristiche clinico-funzionali e socio-assistenziali pre-frattura, individuate attraverso un set di strumenti di valutazione validati dalla comunità scientifica internazionale, e il setting di intervento più adeguato al trattamento di ciascun profilo. Il percorso si inserisce nel più ampio lavoro di ridefinizione dei profili di accesso alle cure intermedie (lungodegenza, riabilitazione estensiva ed intensiva, RSA) gestiti tramite la Centrale Metropolitana della Post Acuzie (CeMPA).

METODI Il gruppo di lavoro, interaziendale e multiprofessionale, ha seguito la metodologia dell'analisi degli attuali scenari, la discussione sulle migliori pratiche cliniche emerse dalla letteratura e dalla ricerca. Altri elementi di riferimento sono state le diverse esperienze locali attuate in relazione ai diversi modelli organizzativi presenti delle tre aziende. Questo ha consentito di elaborare un modello per l'accesso alle cure riabilitative ed assistenziali di tipo intermedio condiviso tra le Aziende sanitarie pubbliche e private dell'Area metropolitana bolognese.

RISULTATI Questa riorganizzazione delle cure riabilitative della frattura di femore consente l'individuazione precoce di un percorso ottimale in termini di appropriatezza assistenziale e in termini di maggiore efficienza del sistema. I profili di bisogno ed i percorsi di presa in carico per la frattura di femore così definiti vanno, infatti, a migliorare l'attuale modello di accesso alle cure intermedie. Il modello organizzativo individua: • criteri unitari di inquadramento del paziente da inviare ad un percorso riabilitativo • profili di pazienti per la gestione complessiva del percorso • criteri per un appropriato utilizzo dei letti codice 60 e 56 • responsabilità della presa in carico • indicatori.

CONCLUSIONI Il progetto di revisione del percorso riabilitativo, in area metropolitana, del paziente con frattura di femore ha consentito: • la condivisione di strumenti comuni • la gestione congiunta dei diversi setting assistenziali, attraverso la Centrale Unica Metropolitana - CeMPA, con possibilità di programmare l'accesso, a garanzia di continuità di cura, appropriatezza e di tempestività. • la possibilità di tracciare il percorso, permettendo quindi il monitoraggio, attraverso il set di indicatori definiti, dei tempi e modalità di attuazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Poli Anna	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 2968222	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax	051 2968252	CAP	40124
E-mail	a.poli@ausl.bologna.it	Città	Bologna

114. L'APPLICAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO IN AREE CRITICHE: RISULTATI E PROSPETTIVE

Quintili M¹, Viliani G², Vescia MG¹, Memè F¹, Candreva A², Sonnellini V², Corradino R²

¹ASL RM E, ²Hospital Consulting S.p.A.

BACKGROUND L'intervento è nato dalla consapevolezza che la complessità delle Strutture sanitarie ed in particolare delle Aree Critiche degli Ospedali, impone nell'affrontare il tema del rischio una visione integrata dei processi e delle loro interazioni, competenze multidisciplinari per governare correttamente i molteplici fattori che incidono sulla sicurezza, la conoscenza di più strumenti di analisi da utilizzare in relazione alle diverse fasi dei processi, e soprattutto un forte coinvolgimento del personale attraverso la partecipazione e la formazione sul campo.

OBIETTIVI L'obiettivo era quello di introdurre una nuova metodologia di analisi integrata del rischio (SGS) che prevedesse anche la fattiva partecipazione degli operatori e che consentisse un monitoraggio condiviso dell'indice di rischio delle aree critiche.

METODI Su questi presupposti è stato impostato e realizzato questo progetto che si è sviluppato come un percorso integrato di tre eventi formativi specifici fra loro coerenti e gestiti da un'unica "cabina di regia". Il concetto dell'unica cabina di regia è stato importante nel tentativo di avere una gestione integrata del rischio che ha riguardato sia i cittadini utenti del servizio ma anche gli operatori della struttura. Una volta individuate le Aree di Intervento (Blocco Operatorio, Rianimazione, Pronto Soccorso), il primo passo è stato definire attraverso un audit il livello di sicurezza di partenza. La fase di audit è risultata piuttosto complessa perché oltre all'utilizzo di una check list specifica (realizzata tenendo conto non solo dei requisiti di legge ma anche delle best practice nei vari ambiti indagati (Struttura, Impianti, Sicurezza Operatori, Igiene e Sanificazione, Organizzazione, Dispositivi Medici, Rischio Clinico) sono stati creati momenti di condivisione col personale attraverso focus group ed è stata condotta un'analisi osservazionale dei diversi processi. L'elaborazione dei dati ottenuti in fase di analisi ha consentito di quantificare il livello di rischio attraverso un "indice di criticità" per ciascun fattore di rischio e più in generale per ciascuna area (Rianimazione=28%, Pronto Soccorso=28%, Blocco Operatorio=20%). Sono state fatte delle simulazioni per capire l'effettiva ricaduta dei diversi interventi correttivi sull'abbattimento dell'indice di criticità; questo ha consentito di definire una priorità di interventi correttivi che tenesse conto anche della loro fattibilità (interventi a breve, medio e lungo periodo) e consentisse di correlare ogni intervento con un beneficio in termini di riduzione del rischio. Fra gli interventi messi in atto durante il percorso segnaliamo una procedura per la gestione in emergenza degli apparecchi elettromedicali che ha prodotto per ciascun apparecchio critico una scheda specifica di controlli a carico dell'operatore per ridurre la possibilità di guasto ed aumentare il livello di garanzia della continuità assistenziale. I risultati del lavoro sono stati poi utilizzati per alimentare e dare concretezza al Sistema di Gestione per la Sicurezza già presente in Azienda e che nelle tre Aree Critiche indagate ha avuto così uno sviluppo in termini di processi e di procedure, garantendo così la continuità del percorso di miglioramento avviato dagli interventi orientati all'abbattimento dell'indice di criticità.

RISULTATI Oltre alla riduzione del rischio nelle aree oggetto del progetto, quantificata attraverso l'abbattimento dell'indice di criticità (Rianimazione da 28% a 9%, Pronto Soccorso da 28% a 9%, Blocco Operatorio da 20% a 11%), riteniamo importante segnalare anche i seguenti risultati: • Concreta attuazione del Sistema di Gestione per la Sicurezza nelle aree critiche; • Attivazione di procedure per garantire la continuità assistenziale in caso di emergenza tecnologica sugli apparecchi elettromedicali con introduzione di 40 check list di controllo periodico a carico degli utilizzatori; • Sensibilizzazione e crescita professionale del personale che ha partecipato attivamente alla realizzazione dei tre progetti (sono stati formati circa 230 operatori attraverso il percorso di formazione sul campo); • Condivisione di una metodologia sempre applicabile ed estendibile alle altre unità della ASL RME.

CONCLUSIONI I risultati prodotti dallo studio sono molto incoraggianti e confermano la bontà di un approccio sistemico alla gestione del Rischio. Il tentativo di unificare a livello di audit gli aspetti legati alla sicurezza del paziente con quelli legati alla sicurezza degli operatori è risultato vincente in quanto la disponibilità di un cruscotto direzionale unitario rappresenta di per sé un ulteriore elemento di garanzia e di sicurezza. È auspicabile uno sviluppo informatico del progetto che tenda a mettere in collegamento i diversi strumenti utilizzati, estendendo inoltre la gestione informatica alla fase di segnalazione delle criticità da parte degli operatori.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Quintili Maddalena	Istituzione	ASL RM E
Telefono	06 68352097	Indirizzo	Borgo Santo Spirito, 3
Fax	06 68352097	CAP	00193
E-mail	maddalena.quintili@asl-rme.it	Città	Roma

115. LA MOVIMENTAZIONE CENTRATA SULLA PERSONA (MCP) COME METODOLOGIA PER LA SICUREZZA DELL'OPERATORE E PER LA PROMOZIONE DELL'AUTONOMIA DEL MALATO

Ragonesi M¹, Perrone A²

¹ASL Viterbo, ²Ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma

BACKGROUND L'associazione IGIEA nasce nel 1995, fondata dagli autori del modello MCP, e da allora inizia una intensa attività di ricerca nell'ambito della sicurezza del lavoro in ambito sanitario. Tra il 1995 e il 2000 l'attività di ricerca, condotta all'interno dell'associazione, ha permesso di elaborare una valida alternativa al modello bio-meccanico, alla base della strategia prevenzionistica italiana. Gli autori hanno elaborato un modello Bio-Psico-Sociale che individuava complessivamente 11 categorie di fattori di rischio, comprendenti le 7 del modello precedente. Il nuovo modello identificava 67 nuovi fattori di rischio, 30 dei quali legati alle nuove 4 categorie. Quanto sopra evidenzia due approcci alla movimentazione del paziente completamente diversi e distanti tra loro: da una parte l'approccio ergonomico, che considera esclusivamente l'operatore che effettua una attività tecnica di movimentazione manuale; dall'altra, il modello proposto, che considera il paziente e le sue risorse, ponendo l'infermiere nel ruolo di esperto del processo assistenziale. L'interpretazione proposta dagli autori evidenzia i ruoli del richiedente assistenza e dell'erogatore, coerentemente con quanto previsto dalla normativa professionale e dal codice etico, utilizzando tutte le conoscenze scientifiche disciplinari disponibili. A partire da questa nuova ipotesi, nel 2000 prende avvio un progetto di ricerca denominato B72/00 ISPEL che ha proprio l'obiettivo di verificarne la validità teorica e che si conclude nel 2004. A questa prima fase è seguito un ulteriore sviluppo, avviato nel 2005 e concluso nel 2010, al quale ha aderito l'ISPEL e ha visto coinvolti l'A.O. S. Camillo Forlanini di Roma, l'A.O. S. Maria di Terni e le CdC Villa immacolata di S. Martino al Cimino e Villa delle querce di Nemi. La sperimentazione del modello MCP ha coinvolto fino ad oggi oltre 250 infermieri, e 955 pazienti per un totale di 4775 osservazioni effettuate. La metodologia della MCP ha ottenuto nel 2008 il riconoscimento di buona pratica da AgeNAS e dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. Nel 2010 il modello MCP è stato inserito nel catalogo dei progetti formativi di qualità della regione Emilia Romagna ed è stato inserito da Cittadinanza attiva tra le buone pratiche per l'umanizzazione dell'assistenza.

OBIETTIVI lo studio vuole confrontare la riduzione della fatica percepita dal personale infermieristico che attua la Movimentazione Manuale dei Pazienti tra una approccio tradizionale di tipo ergonomico ed un approccio innovativo (MCP) di tipo olistico e professionale, che mira alla promozione dell'autonomia del paziente.

METODI il personale infermieristico che ha raccolto i dati è stato inizialmente formato ad una movimentazione di tipo ergonomico, che ha attuato sui pazienti per un tempo di 30 giorni nelle unità operative di appartenenza (gruppi 3 A e 5 A); successivamente è stato attuato, allo stesso personale infermieristico, un piano formativo sulla Movimentazione Centrata sulla Persona (MCP), che è stata applicata nelle unità operative di appartenenza per un ulteriore periodo di 30 giorni (gruppo 3 B e 5 B). Gli strumenti di rilevazione utilizzati sono stati: A) la scala di Borg per la valutazione della fatica percepita dal personale infermieristico; B) l'indice di Braden (nella variabile mobilità) per la valutazione del grado di dipendenza dei pazienti; C) la scheda di interazione dinamica persona/ambiente/infermiere (strumento ad hoc) per la valutazione dell'ambiente terapeutico; D) griglia per la valutazione dell'impegno dell'operatore durante la MMM - gruppo A (strumento ad hoc); E) griglia per la valutazione dell'impegno dell'operatore durante la MMM - gruppo B (strumento ad hoc).

RISULTATI dall'analisi dei dati è emerso che nell'attività di movimentazione a 3 fasi (da supino laterale a supino controlaterale) il gruppo A (movimentazione ergonomica) ha registrato in 5 rilevazioni successive un decremento della fatica percepita dagli operatori pari al 7,3%, mentre nel gruppo B (MCP), a parità di rilevazioni/paziente effettuate, il decremento osservato è stato del 46,9%. Per la movimentazione a 5 fasi (da supino sul letto a seduto sulla carrozzina), il gruppo A (movimentazione ergonomica) ha registrato in 5 rilevazioni/paziente effettuate un decremento della fatica percepita dagli operatori pari al 10,2%, mentre nel gruppo B (MCP), a parità di rilevazioni/paziente effettuate, il decremento osservato è stato del 49,2%.

CONCLUSIONI dall'analisi dei dati si è osservato che l'approccio ergonomico è meno efficace, in termini di fatica percepita dagli operatori, rispetto ad un approccio di tipo professionale (MCP) che investe sulla promozione dell'autonomia del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Perrone Alessandro	Istituzione	Ospedale San Pietro Fatebenefratelli
Telefono	06 33582649	Indirizzo	Via Cassia, 600
Fax	06 33265169	CAP	00189
E-mail	perrone.alessandro@fbfrm.it	Città	Roma

116. L'INFERMIERE DI CENTRALE OPERATIVA 118 IN FRIULI VENEZIA GIULIA: ANALISI DELLE COMPETENZE E PROPOSTA DI UN PERCORSO FORMATIVO
Ridolfi R
<i>Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli</i>

BACKGROUND Il sistema regionale di emergenza sanitaria in Friuli Venezia Giulia è stato istituito nel 1989 ed è caratterizzato dall'articolazione del Servizio 118 su quattro centrali operative a carattere provinciale e una rete di postazioni di ambulanza. Fino ad oggi, con l'emanazione del Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2010-2012 non sono state emanate norme che abbiano portato a modificazioni di rilievo dell'assetto organizzativo. Il sistema così costituito se, da un lato, ha istituzionalizzato il Sistema Emergenza Regionale 118, dall'altro non ne ha preteso l'uniformità operativa su tutto il territorio, favorendo, con l'articolazione su base provinciale il realizzarsi di quattro differenti modelli operativi. La principale indicazione del nuovo PSSR riguarda un primo intervento avente come oggetto l'istituzione di un'unica centrale operativa regionale.

OBIETTIVI Individuare le competenze tecnico professionali degli infermieri di centrale operativa 118 in Friuli Venezia Giulia, al fine di creare un modulo unico formativo dedicato agli infermieri che opereranno nella centrale operativa unica.

METODI Il lavoro ha preso avvio effettuando una ricerca bibliografia ad ampio raggio sul tema delle competenze e sull'aspetto giuridico. Attraverso un focus group i professionisti sono stati chiamati ad analizzare e descrivere le attività quotidiane, significative e caratterizzanti il proprio profilo. Di seguito è stato somministrato un questionario a tutti gli infermieri delle quattro centrali operative 118, con lo scopo di analizzare alcune variabili sulla popolazione di interesse e descrivere la popolazione oggetto dello studio. Per la raccolta dei dati demografici relativi all'utenza delle singole centrali si è fatto riferimento al database dell'Istat, mentre attraverso la consultazione del programma in uso per la gestione delle chiamate, si sono raccolti i dati relativi all'attività delle centrali operative 118. Per la mappatura delle competenze, il modello di riferimento utilizzato è quello dell'ISFOL.

RISULTATI La percentuale di risposta al questionario è stata del 63%; il campione studiato è composto da 35 uomini e 21 donne con un'età media di 41,5 anni ed un'età lavorativa media in CO118 di 10,3 anni. Nel 84% dei casi, gli infermieri prestano servizio anche in ambulanza. In relazione al percorso formativo, prevale il titolo di Diploma Professionale di Infermiere (54%), seguito dalla Laurea Triennale (32%). Solo 5 infermieri hanno un Master di 1° livello, (4 in Coordinamento e 1 in Area Critica) e un infermiere ha la Laurea Specialistica. Bassa è la partecipazione a corsi di comunicazione per gestione dei conflitti, la percentuale più alta è presente a Udine (26,67%). Bassa è anche la partecipazione ai corsi ALS a Trieste (15%) rispetto alle altre centrali. In riferimento alle capacità linguistiche: nel 91% sono di madrelingua italiana, il 54% ha una conoscenza dell'inglese scolastico, nel 41% un livello di inglese buono e nell'11% parlano un tedesco scolastico. Nel 59% dei casi il periodo di affiancamento è stato adeguato. La causa predominante di un periodo di addestramento non idoneo, è stata la mancanza di corsi di formazione specifici, a seguire da un periodo di affiancamento troppo breve. La media della durata del periodo di affiancamento è di 64,8 giorni, con una durata minima di 0 giorni e durata massima di 186 giorni. Posto che l'affiancamento è l'unico metodo formativo utilizzato in regione per lo sviluppo delle competenze necessarie alla gestione della centrale operativa, si evidenzia l'assoluta variabilità e la mancanza di standardizzazione. L'ultimo quesito riguardava il possibile ruolo dell'infermiere con competenze avanzate e le attività delineate sono relative alla formazione del neoassunto (62,5%) e al ruolo di tutor clinico per gli studenti in infermieristica (64,2%). Seguono il ruolo di tutor clinico per gli infermieri (46%), l'organizzazione della formazione all'interno della unità operativa (44,6%) e infine la funzione di ricerca EBN (41%). Utilizzando poi come modello di riferimento quello proposto dall'ISFOL, è stato possibile elaborare una mappatura delle competenze (macroaree, attività, conoscenze, abilità, atteggiamento, livello minimo di competenza richiesto, titolo corso, sede e metodo) e proporre un progetto formativo (progettazione macro).

CONCLUSIONI Visto il mutamento organizzativo in atto, ritengo necessaria la progettazione di un percorso di formazione adeguato per gli infermieri che presteranno servizio presso la centrale operativa unica 118, e partendo dall'analisi delle competenze necessarie per coprire un ruolo, identificando quindi le competenze attese e quelle possedute, si possono colmare le lacune presenti, attraverso una formazione specifica. L'analisi delle competenze che è stata effettuata ha lo scopo di indirizzare i professionisti verso uno standard riconosciuto di competenza, per garantire un'assistenza infermieristica oggettivamente di qualità al cittadino e per garantire lo sviluppo della professionalità.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ridolfi Roberta	Istituzione	Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli - Ospedale di San Daniele del Friuli
Telefono	0432 949210	Indirizzo	Viale Trento Trieste
Fax	0432 949427	CAP	33030
E-mail	robertaridolfi83@libero.it	Città	San Daniele del Friuli

117. SVILUPPO DEGLI INDICATORI SULLA QUALITÀ E SICUREZZA DEI PAZIENTI ED AUDIT. UN PROGETTO MULTICENTRICO NELLA REGIONE PIEMONTE PER IL GOVERNO CLINICO

Ripa F, Rapellino M

Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Piemonte

BACKGROUND In letteratura sono presenti specifici sistemi di indicatori sulla qualità e sicurezza dei pazienti, i quali non sempre sono facilmente interpretabili e fruibili e, comunque, sono da contestualizzare e rimodulare nei contesti operativi di riferimento. L'analisi ragionata delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera può permettere di enucleare specifici eventi/indicatori che, pur con tutte le note riserve del caso, possono rappresentare un riferimento immediato per la valutazione di processo, di esito e di rischio clinico, preliminare all'utilizzo di sistemi più raffinati.

OBIETTIVI In tal senso è stato definito presso ARESS Piemonte uno specifico gruppo di lavoro multicentrico tra medici di cinque Aziende della Regione Piemonte: AOU San Giovanni Battista Torino, ASO Mauriziano Torino, ASO Santi Antonio e Biagio e C Arrigo Alessandria, ASL TO 4 Chivasso, ASL Verbano Cusio Ossola, ASL Biella, con l'obiettivo di sviluppare un sistema di indicatori sulla qualità e sicurezza dei pazienti di facile applicazione e di alta riproducibilità.

METODI Il gruppo di lavoro ha analizzato i più importanti sistemi di indicatori presenti in letteratura sulla sicurezza dei pazienti, con particolare riferimento ai documenti di Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), finalizzati a descrivere gli indicatori desumibili dai data base amministrativi e predittivi per la qualità e sicurezza delle cure erogate, con l'obiettivo di costruire un sistema di indicatori di pronto utilizzo e riproducibile nelle diverse realtà ospedaliere. Nella prima fase sono stati selezionati e contestualizzati ai fini dello studio i seguenti indicatori di riferimento: - decessi in DRG a bassa mortalità - decessi dopo intervento chirurgico programmato 0- 3 gg - decessi in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con complicazioni: embolia polmonare o TVP - decessi in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con complicazioni: sepsi - decessi in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con complicazioni: arresto cardiaco - pneumotorace iatrogeno - corpo estraneo lasciato dopo procedura - puntura o lacerazione accidentale - reazione trasfusionale - deiscenza della ferita chirurgica - trauma ostetrico del neonato - infezioni ospedaliere - lesioni da decubito. Dal data base delle schede di dimissione ospedaliere della Regione Piemonte del 2009 riferite ai ricoveri ospedalieri sono state catturate le specifiche SDO di riferimento coerenti con i codici ICD IX CM di sospetto AHRQ. Per ogni SDO è stata ricercata la cartella clinica e si è poi proceduto all'analisi ragionata (audit interno) con una specifica scheda di rilevazione comune e condivisa, ai fini di verificare se si trattava di una anomalia di codifica, se comunque il caso fosse giustificato dal punto di vista sanitario o invece se si riscontrava una problematica più strutturata clinico-organizzativa, in grado di impattare in modo più o meno rilevante sulla qualità delle cure erogate. A seguito della prima fase gli indicatori sono stati meglio individuati e per ognuno di questi si è proceduto alla definizione puntuale degli algoritmi di estrazione dalla SDO e della modalità di conduzione della successiva analisi delle cartelle cliniche, ai fini di assicurare il massimo livello di riproducibilità ai valori osservati.

RISULTATI Sono state riviste complessivamente 238 cartelle cliniche. I risultati ottenuti a seguito degli audit interni hanno evidenziato, accanto a prevedibili anomalie della codifica della SDO, anche situazioni in cui potevano prospettarsi criticità nella gestione clinico-organizzativa dei pazienti, variabile da Azienda ad Azienda e comunque da approfondire ulteriormente. Lo specifico "Manuale" contenente gli indicatori per la qualità e la sicurezza dei pazienti con il rationale alla base della loro rilevazione, le specifiche modalità di cattura delle SDO e di lettura delle cartelle cliniche critiche rappresenta uno degli output più rilevanti del progetto.

CONCLUSIONI In sostanza il progetto utilizza come presupposto la documentazione sanitaria ed integra molti degli strumenti del governo clinico (sistema gestione qualità, risk management, valutazione di performance, audit clinico) in funzione dell'accountability delle organizzazioni di riferimento.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ripa Franco	Istituzione	ARESS Piemonte
Telefono	338 2848698	Indirizzo	Corso Palestro, 3
Fax	011 5612160	CAP	10100
E-mail	franco.ripa@libero.it	Città	Torino

118. UTILITÀ CLINICA DEL BIOMARCATORE HE4: VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA CON METODOLOGIA EBLM**Roli L, De Santis MC, Trenti T, Baraldi E***Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense - AUSL Modena*

BACKGROUND La glicoproteina HE4 (Human Epididymis Protein 4) potrebbe avere un ruolo di biomarcatore sierico del cancro epiteliale dell'ovaio (EOC) essendo, sia da sola che in associazione col Ca125, più sensibile per la malattia in fase iniziale e più specifica per la patologia maligna del solo Ca125. A tutt'oggi però le linee guida per il tumore ovarico raccomandano unicamente l'uso del Ca125. Non è disponibile una valutazione costo/ efficacia per HE4 eseguita a livello locale o istituzionale che permetta al laboratorio di dare una risposta alle richieste dei clinici riguardo all'introduzione del suo dosaggio.

OBIETTIVI Studiare l'opportunità d'introdurre il dosaggio di HE4 con una metodologia di valutazione critica, scientificamente corretta e praticabile in laboratorio dai professionisti.

METODI È stato applicato un metodo di valutazione EBLM modificando la proposta 2004 del Gruppo di Studio EBLM-SIBioC: a partire dalla definizione del quesito clinico a cui il test vuole dare risposta, si raccolgono e si valutano criticamente le evidenze relative a performance tecniche e diagnostiche, impatto clinico ed organizzativo e costo/ efficacia del nuovo intervento sanitario.

RISULTATI Il metodo è applicabile su base locale; la ricerca, la selezione e lo studio della letteratura sono state le fasi più impegnative del lavoro da cui è emerso che sebbene esistano metodologie analitiche validate per HE4, il dibattito scientifico su alcuni aspetti del suo impiego è ancora aperto e l'uso di HE4 non è ancora stato recepito nelle linee guida di riferimento, né sono disponibili studi di analisi costo/ efficacia. Si ritiene dunque che il test debba essere eseguito all'interno di un percorso diagnostico concordato coi ginecologi-oncologi per pazienti selezionati, rimandando le valutazioni costo/ beneficio ad una fase successiva da parte di un gruppo di lavoro comprendente un esperto in economia sanitaria.

CONCLUSIONI I principi della EBML sono applicabili alla valutazione dell'introduzione dei nuovi test in laboratorio; l'impiego di uno strumento standardizzato assicura la piena trasparenza del percorso di valutazione e dei risultati; inoltre la valutazione documentata può essere usata per sostenere l'appropriatezza clinica del test giustificando l'investimento delle necessarie risorse laddove vi siano evidenze di outcome migliori per il paziente, valorizzando al contempo il ruolo dei professionisti di laboratorio nel percorso clinico -diagnostico- terapeutico. **REFERENZE** Christenson RH. 2007 Ann Clin Biochem; 44:111-30; Canali C., Trenti T. 2008 Biochimica Clinica; 32(4):243-250; Brunetti M. 2011 Clin Chem Lab Med;49(4):617-621.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Roli Laura	Istituzione	AUSL Modena - Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense
Telefono	059 3962211	Indirizzo	Via Giardini, 1355
Fax	059 3961249	CAP	41126
E-mail	l.roli@ausl.mo.it	Città	Modena

119. LA CARTELLA INTEGRATA IN UTIC
Sanna F, Biavaschi A, Rabellotti E
<i>AOU Maggiore della Carità di Novara</i>

BACKGROUND La cartella clinica oggi mostra spesso carenze sia di forma che di sostanza che riguardano aspetti quali l'integrazione finalizzata delle informazioni, partecipazione del paziente ai processi decisionali di diagnosi e cura, soddisfacimento dei bisogni, chiarezza nelle trascrizioni, completezza degli atti e dei programmi, registrazione contestuale di tutti gli eventi, presa di coscienza della reale importanza e significato della documentazione sanitaria. Il problema è stato focalizzato e promosso dal gruppo infermieristico della SSavD UTIC dell'AOU Maggiore della Carità – Novara, con seguenti fabbisogno rilevati: •Disponibilità di uno strumento di lavoro in linea con il modello organizzativo in continua evoluzione, che contempli la visione olistica del Paziente •Identificazione di un modello di documentazione che sia integrata e fruibile da tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale •Necessità di favorire l'organizzazione multidisciplinare e multi professionale dell'assistenza.

OBIETTIVI Favorire l'approccio multidisciplinare ai problemi di salute Favorire la continuità e la personalizzazione dell'assistenza e di conseguenza la qualità della medesima Migliorare la pianificazione delle attività Migliorare la qualità della documentazione sanitaria Assicurare una maggiore trasparenza degli atti medici ed infermieristici per consentire un miglior accesso ai dati Documentare la complessità delle decisioni assistenziali Costituire uno strumento per la valutazione del carico di lavoro Risultare a supporto nelle controversie legali.

METODI È stato effettuato un audit delle cartelle cliniche e quelle infermieristiche attualmente in uso. L'analisi è stata realizzata attraverso un processo di raccolta, classificazione e archiviazione (censimento) di tutti gli stampati utilizzati per la redazione della Cartella Clinica e della Cartella Infermieristica e della modulistica esistente ed in uso in UTIC allo scopo di ottenere un quadro preciso e concreto della situazione attuale. L'iter progettuale, ha previsto i momenti di riesame e di verifica della progettazione stessa effettuato dal gruppo di lavoro: questo per giungere in modo efficace ed efficiente alla realizzazione di un "prototipo" di Cartella Clinica Integrata. Realizzato il "prototipo" è stata poi prevista ed attuata una fase di riscontro da parte di tutto il gruppo infermieristico, allo scopo di assicurare che il risultato della progettazione fosse in grado di soddisfare i requisiti per l'applicazione specificata. Sono stati istituiti due Corsi di Formazione continua post base per la sperimentazione informazione/formazione sull'utilizzo del nuovo strumento e per raccogliere pareri ed osservazioni.

RISULTATI Risultati relativi alla formazione sul campo 1° corso: N° 40 partecipanti (medici e infermieri) per ore complessive 11.30 - ECM previsti 9 2° corso: N° 24 partecipanti (medici e infermieri) per ore complessive 43 - ECM previsti 43 Risultati relativi alla sperimentazione N° 200 cartelle integrate compilate, il 50% sottoposto a verifica e controllo; controllate n° 198 schede di terapia. Tramite apposita scheda di rilevazione relativa ai consensi informati, all'accertamento infermieristico iniziale, scheda parametri e terapia si comunicano gli item più significativi. Sono stati individuati i seguenti Indicatori 1. Identificazione prescrittore numeratore: numero di terapie prescritte correttamente firmate denominatore: numero di terapie prescritte standard atteso %: 100 - risultato accettabile %: 100 - risultato ottenuto: 70%. 2. Identificazione somministratore numeratore: numero di terapie somministrate correttamente firmate denominatore: numero di terapie somministrate standard atteso %: 100 - risultato accettabile %: 100 - risultato ottenuto: 89%. 3. Registro alimentazione pazienti numeratore: numero di pasti correttamente registrati (qualità-quantità) denominatore: numero di pasti somministrabili standard atteso %: 100 - risultato accettabile %: > 95 - risultato ottenuto: 68%. 4. Prescrizioni relative introduttore arterioso numeratore: numero di introduttori arteriosi in sede al rientro in UTIC con prescrizione sul trattamento denominatore: numero di introduttori arteriosi in sede al rientro in UTIC standard atteso %: 100 - risultato accettabile %: > 98 - risultato ottenuto: 80%. 5. Recapito telefonico familiari numeratore: numero di cartelle riportanti un recapito telefonico denominatore: numero utenti accettati ricoverati standard atteso %: 100 - risultato accettabile %: >98 - risultato ottenuto: 95%. 6. Registrazioni pain numeric rating scale (PNRS) numeratore: numero cartelle parametriche riportanti almeno 3 rilevazioni/die denominatore: numero cartelle parametriche compilate standard atteso %: 100 - risultato accettabile %: >98 - risultato ottenuto: 63%.

CONCLUSIONI Il progetto ha consentito di migliorare: 1. Le Competenze e le responsabilità individuali nella gestione integrata delle diverse professionalità che partecipano al processo di cura. 2. Lo Sviluppo culturale di tutti gli attori interessati, con conseguente significativo miglioramento della efficienza e della efficacia delle cure. 3. La fonte informativa per studi valutativi dell'attività assistenziale. 4. La tracciabilità, per le diverse attività svolte, di responsabilità delle azioni e la cronologia delle stesse.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sanna Fabiola	Istituzione	AOU Maggiore della Carità
Telefono	0321 3731	Indirizzo	Corso Mazzini, 18
Fax	0321 34897	CAP	28100
E-mail	fabiola.sanna@maggioreosp.novara.it	Città	Novara

120. PREVENZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIONE AGLI OPERATORI DA PARTE DI UTENTI

Schincio P, Borelli P, Fiandra U, Fornero G, Arione R

AOU San Giovanni Battista di Torino

BACKGROUND Gli operatori del Servizio Sanitario possono subire, durante l'attività lavorativa, aggressioni da parte dei pazienti o dei loro accompagnatori. Oltre ai traumi fisici, non sono da sottovalutare le conseguenze di carattere psicologico, causa di patologie da stress e disaffezione al lavoro. Consapevole che l'attenzione al benessere dell'organizzazione contribuisce a diminuire la probabilità di sbagliare per chi nell'organizzazione lavora, la Direzione dell'AOU S. Giovanni Battista di Torino ha già da tempo attivato una rete di sportelli di supporto per i dipendenti, che con caratteristiche e finalità diverse intervengono quando l'operatore denuncia una situazione di disagio. Parallelamente, e anche perché negli ultimi tempi gli episodi di grave aggressione fisica denunciati all'interno dell'Azienda hanno evidenziato una preoccupante impennata, è stato predisposto un progetto che ha il compito di individuare le aree di maggiore criticità e di proporre azioni di miglioramento organizzativo, strutturale e formativo che puntino ad intercettare e quindi limitare tali fenomeni; il tutto in ottemperanza alla Raccomandazione Ministeriale 8/2007.

OBIETTIVI Tale progetto ha lo scopo di: - analizzare le situazioni operative, al fine di identificare quelle a maggiore rischio; - definire le misure di prevenzione da adottare per l'implementazione di interventi tecnologico-strutturali e organizzativi che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti; - garantire a tutti gli operatori l'acquisizione di competenze specifiche, anche attraverso un percorso di formazione (i cui contenuti vengono diversificati in base alla tipologia di operatore) che miri a far conoscere i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza; - diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza fisica o verbale, e assicurarsi che operatori, pazienti e visitatori siano a conoscenza di tale politica; - incoraggiare il personale, anche tramite la formalizzazione delle procedure di rilevazione dell'aggressione, a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi; - assicurare opportuni trattamenti e sostegni agli operatori che sono stati direttamente vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito ad un episodio di aggressione.

METODI Verrà costituito un gruppo di lavoro formato da referenti della Direzione Sanitaria, della SC QRMA, della SC Legale, del Servizio di Prevenzione e Protezione, del Servizio di Vigilanza interno e della SC Medicina del Lavoro, insieme a rappresentanti della professione infermieristica, amministrativa e medica individuati tra gli operatori dei settori a più alto rischio. Nel frattempo è stato avviato un percorso di formazione per il personale dell'Azienda, che verte principalmente su tematiche quali il riconoscimento precoce dell'utente difficile e le misure da attuare in caso di aggressione, le varie forme di tutela dell'operatore attivate dall'Azienda e i compiti delle diverse figure implicate in questa tutela; e sono state studiate misure di primo intervento quali la presenza di una guardia armata in PS, l'attivazione di allarmi silenziosi nelle zone di maggior rischio, l'implementazione del sistema di videosorveglianza e della cartellonistica, provvedimenti strutturali per rendere meno disagiata all'utenza il momento dell'attesa.

RISULTATI Sono state realizzate due edizioni pilota del corso di formazione per gli operatori (settembre-ottobre 2011), che hanno raggiunto gli obiettivi formativi e informativi per circa 40 professionisti dell'Azienda affrontando il problema della violenza da ottiche diverse. È stato implementato un servizio di guardia armata in Pronto Soccorso 24/24 ore. È stato rinforzato il servizio di videosorveglianza e a breve sarà attivato un sistema di allarmi silenziosi nelle aree a rischio.

CONCLUSIONI La prevenzione e la gestione degli episodi di aggressione a danno degli operatori dei servizi ospedalieri è un problema sentito e partecipato, vista l'elevata risposta alla indagine aziendale. Una politica di prevenzione e di tolleranza zero limita tali episodi e gli esiti degli stessi, motivando i dipendenti alla gestione attiva, riducendo il rischio e lo stress lavorativi e la disaffezione al posto di lavoro. Da non trascurare, in un'ottica di economia sanitaria, la riduzione del contenzioso legale, che bilancia i costi degli interventi realizzati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Schincio Patrizio	Istituzione	AOU San Giovanni Battista di Torino
Telefono	011 6335899	Indirizzo	Corso Bramante, 88/90
Fax	011 6335790	CAP	10126
E-mail	pschincio2@molinetto.piemonte.it	Città	Torino

121. IMPLEMENTAZIONE DI UNA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA PER I PAZIENTI AMBULATORIALI, PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

Scrimieri MG, Bissaro D, Orlandi C, Cadei N, Frigoli D, Motta M

IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano

BACKGROUND Gli infermieri che operano nei settori diagnostici e interventistici sentono da tempo la necessità di utilizzare dei sistemi di documentazione dei propri interventi accurati e completi come quelli in uso nei reparti di degenza. Le ragioni alla base del ritardo nella costruzione di sistemi che traccino le attività infermieristiche ambulatoriali sono molteplici. Alcune di queste sono rappresentate dal numero cospicuo di prestazioni eseguite negli ambulatori, numero che spesso non consente agli infermieri di usufruire dei tempi necessari alla compilazione di alcuna documentazione, oppure dal fatto che spesso sono gli stessi infermieri degli ambulatori a ritenere che la propria attività non sia meritevole di essere documentata. Inoltre, gli stessi esami diagnostici hanno assunto dei livelli di complessità tale che ormai possono essere assimilati a degli interventi chirurgici, con livelli di rischio per i pazienti paragonabili. È necessario considerare che la documentazione delle attività dei professionisti è un indicatore fondamentale della qualità dell'erogazione dei servizi sanitari. Tutti gli enti certificatori di qualità considerano indispensabile l'utilizzo di una documentazione il più possibile completa e accurata. Inoltre, l'esperienza ci insegna che, per far fronte agli imprevisti che possono accadere nella pratica quotidiana (errori nella somministrazione della terapia, reazioni al mezzo di contrasto, cadute accidentali ecc.) devono essere adottate tutte le misure che garantiscano la maggiore sicurezza possibile per il paziente. L'aver a disposizione le informazioni più importanti, poter stimare i rischi correlati alla procedura e poter tracciare gli interventi eseguiti consente di rendere evidente che tutte le attività erogate rispondono ai criteri di massima qualità e sicurezza per il paziente.

OBIETTIVI Implementare una documentazione infermieristica informatizzata nel Servizio di Radiologia, che tracci l'accertamento dei fattori di rischio, gli interventi effettuati e le reazioni del paziente all'esame diagnostico effettuato con la somministrazione di mezzo di contrasto. La scheda elaborata deve soddisfare le richieste degli enti certificatori della qualità (p.e. Joint Commission) e documentare di aver preso in considerazione i fattori di rischio ai quali è esposto il paziente.

METODI È stata condotta una revisione della letteratura (parole chiave "nursing record", "electronic nursing record", "electronic patient record"). Si è passati poi ad elaborare una scheda informatizzata da applicare in un settore nel quale il problema della documentazione delle attività infermieristiche è particolarmente sentito dai professionisti, quello del Servizio di Radiologia dove sono eseguiti molti esami, alcuni anche in sedazione, con diversi tipi di mezzo di contrasto. In questo Servizio gli infermieri hanno segnalato la necessità di avere un ausilio alla documentazione perché: 1) è necessario conoscere le caratteristiche cliniche dei pazienti che possono avere risvolti sull'esecuzione dell'esame (portatore di PM, di clip metalliche, in stato di gravidanza ecc.); 2) è necessario lasciare traccia di aver considerato i fattori di rischio per le cadute dei pazienti e di avere messo in atto le azioni preventive più adeguate; 3) se si verificano reazioni ai mezzi di contrasto, queste devono essere documentate; 4) è necessario lasciare traccia dei nominativi di tutti gli operatori presenti all'esecuzione dell'esame radiologico. È stata elaborata quindi una scheda che è stata implementata in una fase sperimentale della durata di due mesi.

RISULTATI la scheda realizzata in via sperimentale: 1) ha facilitato la comunicazione tra gli operatori; 2) ha facilitato il reperimento delle informazioni relative ai pazienti; 3) ha contribuito alla percezione di una maggior presa in carico del paziente.

CONCLUSIONI La scheda necessita di ulteriori miglioramenti per ciò che riguarda la facilità e la velocità di utilizzo. È necessario aumentare poi sia il coinvolgimento sia la motivazione degli altri professionisti interessati dall'esecuzione degli esami radiologici. Tuttavia, l'entusiasmo dimostrato dai colleghi infermieri e la sensazione di una maggior sicurezza percepita da tutti gli operatori ci spingono a proseguire nella sperimentazione e migliorare ulteriormente la scheda. Il prossimo passo sarà rappresentato dall'implementazione di un sistema di monitoraggio degli eventi avversi che consenta di documentarne l'eventuale augurata diminuzione in seguito all'utilizzo della scheda.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Orlandi Carlo	Istituzione	IRCCS Ospedale San Raffaele
Telefono	02 26435487	Indirizzo	Via Olgettina, 60
Fax	02 26432443	CAP	20132
E-mail	orlandi.carlo@hsr.it	Città	Milano

122. INTEGRARE LA DIMENSIONE CLINICA CON QUELLA ORGANIZZATIVA: LA CHIAVE PER IMPLEMENTARE I PERCORSI ASSISTENZIALI

Sergi A¹, Mechi MT², Vinattieri R¹, Bogani A¹, Ricci D¹

¹Azienda USL 4 Prato, ²Regione Toscana

BACKGROUND La necessità di standardizzare le prestazioni sanitarie, per monitorarle e garantire standard qualitativi elevati, ha imposto l'elaborazione di linee guida per la realizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Tale modello da solo non è tuttavia sufficiente per realizzare il percorso clinico per ogni singolo paziente. Occorre che le prestazioni trasversali all'azienda, definite dai PDTA, siano integrate tra loro in un'ottica di processo. La AUSL 4 di Prato ha avviato ad oggi la redazione di 11 PDTA, di cui 5 in fase di stesura/completamento, 5 in Revisione 0 e 1 in Revisione 2. La necessità di una integrazione di tali percorsi clinici con i processi di supporto è stata oggetto di una sperimentazione che si propone l'allineamento dei flussi interni al Dipartimento di Emergenza e Accettazione alla domanda e l'integrazione operativa con i servizi.

OBIETTIVI Le attività previste dai PDTA dovranno essere erogate con tempi coerenti con le necessità cliniche. Per effettuare l'allineamento tra percorsi clinici e servizi di supporto occorre l'identificazione del flusso che i pazienti attraversano nei vari stadi del proprio percorso di cura, sino alla destinazione finale. Questo richiede l'uso di strumenti di Operations Management per: - l'identificazione del percorso del paziente, comprese le attività non cliniche e i momenti di attesa tra una fase e l'altra - l'identificazione dei servizi offline, ovvero le attività a supporto del percorso (diagnostica, visite specialistiche); - il monitoraggio degli elementi operativi a supporto dell'azione clinica; - l'attenzione ad allineare il percorso in linea con i servizi offline, al ritmo della domanda in ingresso.

METODI Le attività previste dai PDTA dovranno essere erogate con tempi coerenti con le necessità cliniche. Per effettuare l'allineamento tra percorsi clinici e servizi di supporto occorre l'identificazione del flusso che i pazienti attraversano nei vari stadi del proprio percorso di cura, sino alla destinazione finale. Questo richiede l'uso di strumenti di Operations Management per: - l'identificazione del percorso del paziente, comprese le attività non cliniche e i momenti di attesa tra una fase e l'altra; - l'identificazione dei servizi offline, ovvero le attività a supporto del percorso (diagnostica, visite specialistiche); - il monitoraggio degli elementi operativi a supporto dell'azione clinica; - l'attenzione ad allineare il percorso in linea con i servizi offline, al ritmo della domanda in ingresso.

RISULTATI I fase: • il tempo di attraversamento in Radiologia si è ridotto del 46%. • la variabilità di attraversamento, espressa dalla deviazione standard, è diminuita rispetto al 2010. • la capacità produttiva della Radiologia è stata in grado di far fronte ad un aumento di domanda di Rx tradizionali provenienti dal DEA dell'8.1% rispetto al 2010, pari a circa 4300 prestazioni in più. II fase: • introdotto lo strumento del Piano Per Ogni paziente in via sperimentale con cinque infermieri su circa 200 pazienti • identificati i maggiori problemi di ritardo nel percorso PS (allineamento con i servizi) • identificati i tempi di esecuzione delle attività in PS e stimata la deviazione standard di ciascuna fase sul campione analizzato.

CONCLUSIONI La logica di intervenire sulle attività operative a supporto delle azioni cliniche, salvaguardandone le specificità regolamentate dai PDTA, è l'approccio strategico che forse più di ogni altro può garantire il perseguimento dell'efficienza di processo senza aumentare le risorse per gestirlo. Per fare questo occorre un approccio rigoroso di analisi e revisione dei processi che consenta di raggiungere non solo un'adeguata conoscenza del contesto su cui operare, ma che identifichi chiaramente le interdipendenze e crei solide basi di coinvolgimento del personale per poter attuare concreti interventi risolutivi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sergi Alessandro	Istituzione	Azienda USL 4 Prato
Telefono	0574 407051	Indirizzo	Piazza dell'Ospedale, 5
Fax	0574 407083	CAP	59100
E-mail	asergi@usl4.toscana.it	Città	Prato

123. LA HEALTHCARE FAILURE MODE AND EFFECTS ANALYSIS NELL'ANALISI PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO ASSOCIATO PROCEDURE DI POSIZIONAMENTO SUL TAVOLO OPERATORIO

Simonetti V, Di Renzo MR, Cannella P, Cicolini G

Università degli Studi G. D'Annunzio di Chieti

BACKGROUND Dalla pubblicazione delle linee guida per la sicurezza in Sala Operatoria (SO), si è posta maggiore attenzione alla promozione di attività volte alla gestione del rischio clinico ed a garantire standard di sicurezza. Il rischio che si verifichino lesioni o complicazioni dovute ad un errato posizionamento del paziente, sono maggiori in SO rispetto ad altri reparti. Le cause riguardano l'anestesia, che rende l'operando insensibile all'insulto posturale e la tipologia di intervento effettuato, che lo obbliga ad assumere posizioni non fisiologiche e per questo lo espone a potenziali rischi. Tra i metodi proattivi per il controllo e la diminuzione dei rischi in ambito sanitario, la Healthcare Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA) sancisce l'orientamento della Joint Commission per l'accreditamento fornendo un'analisi strutturata dei processi basata sulla percezione del rischio degli operatori. Consente inoltre, di identificare specifiche aree di rischio e di classificarlo in base all'indice di priorità di rischio (IPR).

OBIETTIVI Valutare il rischio associato alle procedure di posizionamento del paziente sul tavolo operatorio utilizzando la tecnica HFMEA e determinare le possibili condizioni di rischio (failure) classificandole in base all'IPR.

METODI L'indagine è stata condotta presso il Blocco Operatorio dell'Ospedale "C.G.Mazzoni" di Ascoli Piceno, dal settembre 2009 al febbraio 2010 ed ha coinvolto tutta l'équipe. Per la raccolta dei dati, un solo ricercatore ha provveduto a somministrare un questionario anonimo, in cui preventivamente erano state individuate le aree di rischio. Per ogni evento sfavorevole individuato per ciascuna area di rischio, gli operatori indicavano la Gravità (G), la Rilevabilità (R) dell'evento e la Probabilità (P) che l'evento si verificasse. I partecipanti apponevano un punteggio secondo una scala da 1 a 10 per G e P, da 10 a 1 per R. Per ogni item è stata calcolata: la frequenza assoluta, la distribuzione della modalità di risposta e la frequenza per ogni area di rischio. L'IPR è stato calcolato secondo la formula $G \times P \times R$. Tutti gli item sono stati ordinati in base ai valori di IPR in senso decrescente. Sono stati analizzati quelli con $IPR > 300$. I dati sono stati elaborati in Microsoft Excel® 2007.

RISULTATI Il campione è rappresentato da 32 infermieri (100%), 4 anestesisti (25%), 3 chirurghi (1%), 6 operatori socio sanitari (50%) ed 1 coordinatore infermieristico. Dall'analisi dei questionari (35 su 46 consegnati), le definizioni ritenute corrette (425 su 562) sono state raggruppate in 73 insiemi omogenei di risposta (Modalità di Risposta). Le modalità di risposta sono state distribuite in 8 aree di rischio (da A ad H). Nell'area di rischio A (organizzazione del lavoro), si è ottenuta la maggioranza delle modalità di risposte con 16 item (22%) ed una frequenza assoluta delle risposte pari a 161; seguono E (posizione laterale) e C (accoglienza e preparazione del paziente) 10 (14%); B (attrezzature) e F (posizione litotomica) 9 (12%); E (posizione prona) 8 (11%); D (posizione supina) 7 (10%) e H (posizione di Trendelenburg) 4 (5%). Le modalità di risposta con la maggiore priorità di intervento ($IPR > 300$) sono state: 66G (IPR 376.04) genitali non posizionati correttamente; 67G (IPR 376.04) mammelle non posizionate correttamente; 8A (IPR 373.41) percorsi dei pazienti in SO non a norma; 59F (IPR 371.18) rapido riposizionamento del paziente dalla posizione litotomica alla supina; 73H (IPR 36.97) eccessivi sfregamenti del paziente sul tavolo operatorio; 9A (IPR 345.85) smaltimento inadeguato dei gas anestetici; 28C (IPR 338.08) inadeguata comunicazione con il paziente nel pre-operatorio; 12A (IPR 325.50) inadeguata formazione del personale sull'uso dei presidi; 7A (IPR 325.49) procedure per il corretto posizionamento inesistenti; 36D (IPR 313.2) eccessiva estensione della testa; 26C (IPR 307.25) mancata verifica della documentazione clinica del paziente; 60F (IPR 305.59) mancata attenzione alle mani del paziente in prossimità dello snodo durante la movimentazione dei gambi; 64 G (IPR 304.12) compressione delle creste iliache; 19B (IPR 302.09) accessori inadeguati al posizionamento.

CONCLUSIONI Le criticità emerse sono di carattere organizzativo, legate alla procedura e alla carenza di presidi per il corretto posizionamento dei pazienti. La consapevolezza di un rischio presunto, realmente attribuibile alle procedure analizzate e ben descritto nelle modalità causa-effetto, consente l'elaborazione di misure correttive volte al contenimento o all'eliminazione dei fattori determinanti i possibili eventi avversi. Naturalmente, sarà necessario rivalutare gli IPR a 3-6-12 mesi per verificare l'efficacia degli interventi correttivi. La HFMEA si è rivelata efficace per aumentare la sicurezza dei pazienti, agevolando la diffusione della cultura del Clinical Risk Management e della Clinical Governance.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Simonetti Valentina	Istituzione	Università degli Studi G. D'Annunzio di Chieti
Telefono	0871 541349	Indirizzo	Via dei Vestini, 31
Fax	0871 541355	CAP	66013
E-mail	v.simonetti@unich.it	Città	Chieti

124. IMPLEMENTAZIONE DI UNO STRUMENTO UNICO PER LA PREVENZIONE, CURA E MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA DECUBITO NEI VARI SETTING ASSISTENZIALI: ESPERIENZA DELL'ASS 4 MEDIO FRIULI

Soncin M, Pancot N, Miconi G, Piccinato R, Szulin M, Margherita P, Deana M, Zoratti M, Goi F, Savonitto D, Ermacora E, Tracogna B, Iellino A, De Sarno C

Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli

BACKGROUND Le lesioni da decubito sono un fenomeno rilevante dal punto di vista epidemiologico che colpisce in particolare alcune categorie di soggetti maggiormente a rischio di insorgenza come per esempio gli anziani, le persone immobilizzate o con scarsa/ridotta mobilità, pazienti con alcune patologie croniche ricoverati in ospedale o in altri contesti residenziali. La cura delle lesioni cutanee rappresenta oggi uno dei principali motivi di presa in carico da parte dei servizi infermieristici domiciliari e residenziali, necessita di un approccio integrato, comporta gravi disagi per l'assistito, prolunga la degenza ed aumenta i costi. All'interno dell'ASS 4 Medio Friuli è presente un gruppo di operatori che costituisce una rete di referenti per la prevenzione e cura della LDD. L'attività condotta costituisce una delle linee di lavoro del Comitato Aziendale per il Governo Clinico che ogni anno definisce gli obiettivi ed azioni sulla base delle informazioni e dei dati raccolti dai servizi. Da un'indagine di prevalenza sulle lesioni da decubito svolta nel 2010 i risultati emersi nelle strutture dell'ASS 4 indicano un dato pressoché stabile nel tempo e nei diversi setting assistenziali e sanitari se confrontati con gli ultimi valori disponibili a livello regionale e nazionale. Tuttavia e da un'attività di audit svolta nel 2009 su ben 1215 cartelle ha evidenziato dei livelli di aderenza non ottimali su alcune buone pratiche che non devono essere dimenticate come: l'appropriatezza terapeutica nelle lesioni, la pianificazione e/o registrazione del piano posturale, l'evoluzione e/o risultati delle cure. L'obiettivo dell'attività del 2009 rispetto alla linea di lavoro del governo Clinico "prevenzione e trattamento delle LDD, è stato quello di valutare le conoscenze ed i comportamenti degli operatori attraverso: - un'indagine di conoscenza del protocollo regionale - attraverso l'audit per la verifica dei comportamenti professionali. L'indagine di conoscenza del protocollo è stata condotta su un campione di 187 infermieri, somministrando una scheda composta da 32 items divisi in aree, area delle conoscenze cliniche, area delle conoscenze dei prodotti di trattamento e area della gestione della documentazione. Gli items con maggior% di errore riguardavano le conoscenze cliniche nel 39,04% e la conoscenza dei prodotti di trattamento nel 29,41%. L'attività di audit svolta su ben 1215 cartelle, nei diversi setting assistenziali (ospedali, RSA e ADI) ha evidenziato: -la registrazione del regime alimentare (assente nel 38% dei casi) -l'appropriatezza terapeutica (non conforme nel 4% casi, ma non rilevabile nel 18% dei casi) -la pianificazione e/o registrazione del cambio posturale (non presente oltre il 60% dei casi).

OBIETTIVI I risultati emersi dell'audit hanno evidenziato gli obiettivi che sono stati così raggruppati: - realizzazione di uno strumento unico e trasversale per la prevenzione, trattamento e monitoraggio delle LDD, - realizzazione di uno strumento per l'informazione e la formazione del caregiver rispetto alla prevenzione delle LDD, - realizzazione di un pacchetto formativo rivolto agli operatori sanitari afferenti ai diversi setting assistenziali dell'ASS 4 Medio Friuli, - consolidamento di una rete di referenti che garantiscono le attività principali sotto la regia di un coordinatore aziendale.

METODI È stato costituito un gruppo di lavoro di 14 professionisti sanitari che operano in diversi setting assistenziali: territorio, RSA e ospedale. Gli incontri si sono svolti mensilmente, in una prima fase sono stati ricercati e analizzati i protocolli in uso sia regionali che nazionali, una scrematura dei dati non utili e non attuabili nelle nostre realtà, raccolta delle esigenze assistenziali e operative dei diversi setting assistenziali. Strutturazione sulla base dei dati raccolti di uno strumento unico per la prevenzione, la cura e il monitoraggio delle lesioni da decubito.

RISULTATI Riconoscimento aziendale del gruppo di lavoro. Realizzazione e utilizzo di uno strumento unico (scheda di monitoraggio e trattamento delle LDD utilizzato trasversalmente nelle diverse realtà assistenziali, definendo le modalità e i criteri per la verifica e il controllo della qualità.

CONCLUSIONI Sulla base delle considerazioni effettuate dal gruppo si è creato uno strumento unico applicabile a tutte le realtà assistenziali dell'ASS 4 Medio Friuli (2 Ospedali, 4 RSA, 5 distretti sanitari, 1 Dipartimento di Prevenzione, 1 Dipartimenti salute mentale e Dipartimento delle Dipendenze) per garantire uniformità metodologica nella prevenzione, cura e trattamento delle LDD, misurare l'efficacia della prevenzione nonché la possibilità di ottenere dati epidemiologici statisticamente omogenei. È impegno del gruppo di colmare i deficit conoscitivi attraverso la formazione e l'aggiornamento, promuovere le buone pratiche e l'aderenza al protocollo, la diffusione di report nei diversi setting assistenziali oggetto di ricerca con strutturazione di un sistema di evidenze per effettuare una rivalutazione delle criticità emerse.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	De Sarno Cristina	Istituzione	Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli
Telefono	0432 806018	Indirizzo	Via Pozzuolo, 330
Fax	0432 806060	CAP	33100
E-mail	cristina.desarno@mediofriuli.it	Città	Udine

125. IMPLEMENTARE LE BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI IN TEMA DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E LESIONI DA PRESSIONE NELL'AREA DELLE DEGENZE DI UN PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'ULSS16 DI PADOVA**Spanò A, Marin I, Zampieri C, Scaffidi S, Mazzucco M***Azienda ULSS 16 Padova*

BACKGROUND Prevenire le infezioni correlate all'assistenza e prevenire/trattare le lesioni da pressione rappresentano alcune tra le più importanti aree di intervento a cui ogni struttura ospedaliera deve dedicare attenzione in modo prioritario. Il presente progetto di miglioramento, mira a promuovere, rispetto alle aree suddette, un approccio assistenziale infermieristico basato, laddove possibile, sulle migliori evidenze disponibili o su buone pratiche generalmente accettate, al fine di garantire la qualità dei servizi rispetto ai criteri di efficacia, appropriatezza ed efficienza. Tale obiettivo richiede un certo grado di omogeneizzazione delle conoscenze cliniche e dei comportamenti effettivamente adottati durante l'assistenza, traguardi che possono essere raggiunti attraverso l'implementazione di linee guida, protocolli e procedure.

OBIETTIVI Trasferire nell'attività assistenziale le principali raccomandazioni di buona pratica relative alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e alla prevenzione/trattamento delle lesioni da pressione presso 13 unità operative di degenza afferenti all'ULSS16 di Padova, attraverso il coinvolgimento del personale infermieristico e di supporto in un progetto di miglioramento quadriennale (2009 – 2012).

METODI Il progetto di implementazione delle raccomandazioni di buona pratica è stato sviluppato attraverso le seguenti fasi: 1.Ottenere dati di partenza riguardo all'utilizzo (grado e qualità di compilazione) della documentazione infermieristica. 2.Ottenere dati di partenza su alcuni indicatori di esito (studio di prevalenza delle lesioni da pressione). 3.individuare e preparare un gruppo di infermieri esperti clinici che ricoprono la figura di facilitatore nel processo di implementazione a livello di unità operativa. 4.Rendere disponibili e diffondere documenti di riferimento (linee guida e procedure) e strumenti operativi ad essi correlati (ad es. scale di valutazione, schede per la raccolta dati). 5.Svolgere una formazione di base in aula riguardante alcune tematiche metodologiche (assistenza sanitaria basata su prove di efficacia, strategie volte ad introdurre cambiamenti nel proprio contesto operativo) e cliniche (prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione, gestione degli accessi vascolari). 6.Garantire la fornitura dei dispositivi e delle attrezzature necessarie. 7.Introdurre i cambiamenti attraverso un progetto biennale di formazione sul campo. 8.Raccogliere e restituire ai reparti alcuni dati riguardanti il grado di adesione alle raccomandazioni a livello di ciascuna unità operativa (limitatamente alle tematiche affrontate nel primo anno di attività).

RISULTATI I risultati di seguito riportati fanno riferimento alla prima raccolta dati relativa all'utilizzo (grado e qualità) di compilazione della documentazione infermieristica e i dati dello studio di prevalenza delle lesioni da pressione. - Indagine sulla documentazione infermieristica condotto da rilevatori esterni L'indagine, svolta al fine di ottenere informazioni relative al grado di utilizzo e alla qualità di compilazione della documentazione infermieristica aziendale, evidenzia una incompletezza delle registrazioni anche di azioni particolarmente critiche dal punto di vista clinico e, di conseguenza, medico-legale (ad esempio l'accertamento del rischio di sviluppare LdP rispetto ai casi inclusi viene effettuato nel 76% dei pazienti, il monitoraggio del CVC viene effettuato nel 34% dei pazienti portatori di catetere venoso centrale - Studio di prevalenza Ldp. Il 24.54% (68/277) dei pazienti inclusi nel campione presenta una o più lesioni da pressione. Complessivamente, le lesioni da pressione insorte in zona sacrale sono le più frequenti (30.32%) seguite dalle lesioni da pressione insorte ai talloni (22.13%). Quasi la metà (30/68, 44.11%) dei degenti con lesioni da pressione, presenta una sola lesione. La maggioranza dei pazienti con lesioni da pressione è ad alto rischio di sviluppare altre lesioni. I dati provenienti dalla rivalutazione interna della documentazione infermieristica e dalle osservazioni dirette dei pazienti effettuate a dicembre 2011 sono in corso di elaborazione.

CONCLUSIONI I dati al momento disponibili ci permettono di affermare che un certo numero di cambiamenti sono stati effettuati in tutte le unità operative coinvolte; questi cambiamenti riguardano sia l'introduzione o il maggiore/migliore utilizzo degli strumenti di documentazione infermieristica sia alcune pratiche assistenziali.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Marin Irene	Istituzione	Azienda ULSS 16 Padova
Telefono	049 8214047	Indirizzo	Via Scrovegni, 14
Fax	049 8214133	CAP	35100
E-mail	irene.marin@sanita.padova.it	Città	Padova

126. MEDICINA DI INIZIATIVA PER IL PAZIENTE CRONICO ESPERTO

Squeri G, Lombardi M

Azienda USL di Parma

BACKGROUND I sistemi sanitari dovranno affrontare, nei prossimi anni, una situazione sempre più caratterizzata da un divario tra risorse disponibili e domanda di salute, destinato a crescere a causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita e della maggior incidenza di patologie croniche. Secondo i dati forniti dall'Annuario Statistico Italiano del 2010 dell'ISTAT "per i maschi, infatti, la speranza di vita alla nascita è pari a 78,7 anni (contro i 78,4 dell'anno precedente), mentre per le donne l'indicatore è pari a 84,0 anni (stabile rispetto al 2006). Se si considerano le stime relative agli anni più recenti, si osserva come la vita media sia pari a 78,6 anni per i maschi e rimanga stabile a 84,0 anni per le femmine nel 2008, fino ad arrivare, nel 2009, a 78,9 anni per i maschi e a 84,1 anni per le femmine". Le patologie cronicodegenerative "non sono suscettibili di guarigione e, una volta insorte, condizionano in modo permanente la qualità della vita degli individui che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e accrescendo la necessità di assistenza e cura". Linee guida, percorsi assistenziali e procedure sono strumenti di Governo Clinico necessari per verificare gli standard assistenziali e l'appropriatezza dell'assistenza erogata, salvaguardando per la loro implementazione, l'analisi del contesto locale. Il tutto nell'ottica della applicazione in ambito locale di modalità compatibili con il Chronic Care Model.

OBIETTIVI In un Servizio di Medicina Riabilitativa, all'interno di una Casa della Salute si sono anali le criticità riscontrate circa la gestione di una patologia cronica come l'osteoartrosi e di conseguenza si sta definendo una procedura di gestione del paziente artrosico, al fine di soddisfare la domanda di salute espressa e finalizzata al miglioramento continuo dell'attività sanitaria. Attraverso una ricerca sistematica di Linee guida e semplici raccomandazioni sui principali motori di ricerca e siti istituzionali, la loro valutazione con strumento AGREE II e la relativa definizione procedurale che potrà essere attivata dal MMG con richiesta di "valutazione funzionale fisioterapia".

METODI Le linee guida, sono state sistematicamente ricercate sui seguenti database: Pubmed, Tripdatabase e Cochrane Library e sui seguenti siti istituzionali di Linee Guida: SNLG (sistema Nazionale Linee Guida), AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, HAS (Haute Autorité de Santé), NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) considerando come limite temporale dal 2005 ad oggi. Le parole chiave utilizzate sono state: guidelines, osteoarthritis, osteoarthritis hip, knee, physiotherapy, exercise, physical therapy. Sono state trovate 14 linee guida che sono state singolarmente valutate con lo strumento AGREE 2. Sono stati identificati una serie di outcome clinici da monitorare per verificare l'efficacia del trattamento fisioterapico del paziente artrosico e degli indicatori di processo che permettano di verificare la validità della procedura all'interno del Servizio di Medicina Riabilitativa.

RISULTATI Maggior appropriatezza nella presa in carico del paziente cronico con erogazione di interventi di provata efficacia clinica; empowerment del paziente nella gestione della patologia cronica e nella prevenzione di progressione della patologia; valorizzazione dell'autonomia e delle competenze del fisioterapista per garantire ai cittadini un'assistenza più appropriata, continuativa ed integrata; maggiore integrazione professionale; minore ricorso a prestazioni non appropriate rispetto alla gestione dei segni di malattia.

CONCLUSIONI Solo alcune Linee Guida hanno ottenuto un buon punteggio in tutte le dimensioni, in particolare si nota come la maggior parte delle Linee Guida sia carente nella dimensione che riguarda il coinvolgimento degli stakeholders, l'applicabilità e l'indipendenza editoriale. Al contrario ci sono solo quattro Linee Guida con scarso rigore metodologico, tre con scarsa chiarezza espositiva e solo con bassa qualità nella dichiarazione degli obiettivi. Complessivamente verranno prese in considerazione 5 Linee Guida che verranno elaborate per creare una procedura da applicare all'interno del Servizio di Medicina Riabilitativa. Da esse verranno presi in considerazione tutti gli interventi di tipo non farmacologico con il livello di evidenza scientifico più alto, in modo da adottare nella pratica quotidiana solo gli interventi di reale efficacia clinica. La procedura è in fase di redazione del prototipo e si stanno perfezionando le ultime ricerche bibliografiche, la comunicazione agli stakeholders e le valutazioni economiche di fondo: si ritiene possibile l'inizio della applicazione pratica entro la primavera.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Squeri Giorgia	Istituzione	Azienda USL di Parma
Telefono	0521 371746	Indirizzo	Via Vitali Mazza, 5
Fax	0521 874146	CAP	43017
E-mail	gsqueri@ausl.pr.it	Città	San Secondo Parmense

127. EVIDENCE BASED MEDICINE LABORATORY: ESPERIENZA DI UN PROGETTO FORMATIVO RIVOLTO ALLA EVIDENCE BASED PRACTICE DI EQUIPE MULTIPROFESSIONALI, NEL DIPARTIMENTO (DPT) DI PATOLOGIA CLINICA DELLA ASL TO4
Stacchini E, Ferrini A
<i>ASL TO4</i>

BACKGROUND La formazione in Evidence Based Medicine Laboratory (EBML) può diventare, nel laboratorio clinico, strumento strategico per miglioramenti organizzativi, in linea con le risorse disponibili. Inoltre, se il progetto è fortemente orientato alle pratiche professionali (Evidence Based Practice o EBP), può stimolare maggiore motivazione e coinvolgimento nel singolo professionista e nell'equipe multiprofessionale, favorendo un ambiente orientato alla clinical governance.

OBIETTIVI Il corso teorico-pratico si propone di favorire l'acquisizione di conoscenze, attitudini e competenze definite nell'EBP Core-curriculum (Sicily, 2005), allo scopo di creare equipe multiprofessionali, che operano secondo le pratiche basate sull'evidenza scientifica, stimolando miglioramenti organizzativi, rivolti al raggiungimento delle "best practice".

METODI Si è realizzato, in 5 edizioni, un corso accreditato ECM per medici, biologi, chimici, tecnici di laboratorio e infermieri del Dipartimento di Patologia Clinica della ASL TO4. Obiettivo formativo l'acquisizione di conoscenze, attitudini e competenze definite nell'EBP Core-curriculum (Sicily, 2005): definizione del quesito clinico, ricerca bibliografica, valutazione critica dell'evidenza e trasferimento nel contesto lavorativo. 35 i crediti ECM assegnati al progetto dalla regione Piemonte e 50 le ore formative: 10 in aula e 40 di "project work" finalizzato al miglioramento organizzativo. La ricerca bibliografica ha fruito della biblioteca virtuale della regione Piemonte (www.bvspiemonte.it), attraverso la consultazione di banche dati di Medline (Metacrawler e Pub-Med) e di Cochrane Library. Sono stati formati 12 tutor specificamente per seguire i discenti durante l'attività pratica sul campo. Il progetto ha previsto l'utilizzo di Indicatori di valutazione dell'efficacia formativa di 1°, 2°, 3° e 4° livello.

RISULTATI Sono stati formati 152 professionisti nei 6 Laboratori del Dpt. Dai gap rilevati nella pratica di Laboratorio sono stati focalizzati 12 quesiti con il format PICO: patient-intervention-comparator-outcome, su cui è stata valutata evidenza scientifica e applicabilità nello specifico contesto lavorativo. Dei 12 quesiti, 8 riguardano la fase analitica, 3 la pre-analitica e 1 la post-analitica di Laboratorio. I risultati della valutazione dell'efficacia formativa del corso sono i seguenti: Il 75% dei partecipanti ha valutato il corso con un punteggio che va da 7 a 8 nel programma di sviluppo professionale, in una scala da 0 a 10. L'81% ha risposto con valutazione buona o molto buona sul significato dell'EBM. L'82% ha dichiarato di aver migliorato le proprie competenze nell'utilizzo dell'inglese scientifico, mentre il 67% ha sostenuto di aver avuto solo una parziale acquisizione delle competenze informatiche necessarie per l'utilizzo della bvs-piemonte, in parte a causa di problemi soggettivi, legati a scarsa padronanza del computer. Infine l'86% si è dichiarato intenzionato a proseguire nella pratica della EBP e l'84% a promuoverne l'uso con i colleghi.

CONCLUSIONI Il nostro corso si è basato sui principi teorici del modello educativo a 5 step dell'EBP (Cook et al 1992) e sulla loro applicazione pratica. L'indicatore del quarto livello di valutazione dell'efficacia formativa (n° cambiamenti / totale gap analizzati) darà, a sei mesi, il polso sull'entità dei miglioramenti organizzativi, mentre la valutazione a distanza sull'utilizzo della bvs consentirà di verificare i reali cambiamenti delle attitudini a lavorare secondo EBP (terzo livello di valutazione). L'esercizio nell'utilizzo dell'inglese scientifico ha aiutato a superare la forte barriera iniziale da parte dei partecipanti, mentre l'acquisizione delle competenze informatiche, nella pratica, rimane un punto critico per il nostro personale. Nonostante ciò abbiamo riscontrato un feedback positivo nella partecipazione ai project work, che sono stati ben strutturati e hanno visto partecipazione motivata e collaborazione multi professionale nei gruppi di lavoro. È stata così stimolata una valutazione collegiale multidisciplinare e interprofessionale, importante per l'ottimizzazione dei nostri percorsi diagnostico-terapeutici e favorente, nel contempo, un ambiente orientato alla clinical governance. I risultati più che soddisfacenti sull'acquisizione dell'importanza del significato dell'EBM e la larga disponibilità a proseguire nell'utilizzo dell'EBP e a promuoverne l'uso fra i colleghi ci incoraggiano a proseguire su questa strada. È "solo grazie ad un team di sanitari con competenze definite nel five step model che si potrà fornire al paziente la migliore pratica, che lo supporterà nel prendere le decisioni giuste riguardo la propria salute".

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Stacchini Eleonora	Istituzione	ASL TO4
Telefono	0125 414346	Indirizzo	Piazza della Credenza, 2
Fax	0125 414344	CAP	10015
E-mail	e.stacchini@libero.it	Città	Ivrea

128. LE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE DA CATETERISMO VESCICALE DI BREVE DURATA NELLA CHIRURGIA MAGGIORE IN ANESTESIA GENERALE. PROPOSTA DI DIFFUSIONE DI UNA LINEA GUIDA – EVIDENCE BASED

Stroili M

Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste

BACKGROUND Non è uniformemente diffusa in ospedale in Italia la sensibilità gestionale e clinico-assistenziale nei confronti delle Infezioni delle vie urinarie; la letteratura indica che frequentemente nel maschio sono asintomatiche e quindi potenzialmente non curate, con insorgenza di complicanze. L'infezione può essere provocata dal cateterismo vescicale. È nota la frequente insorgenza di infezioni delle vie urinarie in Pazienti sottoposti a cateterismo vescicale permanente, necessario per motivi di età o di non autosufficienza e sono disponibili delle Procedure per l'Infermiere professionale e per il Medico-chirurgo in caso di posizionamento del catetere e per la gestione dello stesso, delle vie di deflusso dell'urina e del sacchetto di raccolta. Non ho rilevato invece un'analoga disponibilità e diffusione di una Procedura Evidence Based che assicuri la corretta gestione del Cateterismo vescicale di Breve durata, utilizzato nella Chirurgia maggiore in Pazienti normali in prossimità dell'intervento, nei quali per l'appunto si è rilevata immediatamente la successiva insorgenza di importanti infezioni delle vie urinarie, con flora patogena di vario tipo.

OBIETTIVI Ci proponiamo di divulgare maggiormente negli Ospedali italiani le Procedure Evidence Based per la corretta introduzione e gestione in sterilità e senza dolore del catetere vescicale di breve durata, laddove risulti necessario il suo utilizzo, al fine di evitare o ridurre drasticamente l'insorgenza di infezioni delle vie urinarie, talvolta asintomatiche e conseguentemente di difficile rilevabilità, in pazienti precedentemente sani.

METODI La raccolta ed analisi delle Urinoculture e degli Antibigrammi dei/delle Pazienti che hanno subito un cateterismo vescicale a causa dell'effettuazione di un intervento Chirurgico in Ospedale consente la definizione quali-quantitativa del problema nella propria realtà professionale. La verifica diretta delle modalità di gestione del catetere da parte del Primario/Direttore della Struttura Complessa Chirurgica, unitamente al Microbiologo, individua la provenienza del Germe. Un Gruppo di Esperti clinici si assume il compito di produrre una Linea Guida Evidence Based univoca a livello nazionale per il "Cateterismo vescicale di breve durata in sterilità e senza dolore" e di farla divulgare a tutti gli ospedali dal nostro Ministero della Salute, ad esempio in occasione dell'aggiornamento del Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: raccomandazioni e checklist dell'ottobre 2009.

RISULTATI La produzione e diffusione in tutti gli Ospedali italiani di una Linea Guida Evidence Based o di una Best Practice su questa procedura assistenziale dovrebbe ridurre l'insorgenza di infezioni, l'assunzione di antibiotici ed i ricoveri ospedalieri correlati, nonché diminuire i danni biologici provocati ai Pazienti.

CONCLUSIONI Il problema dell'infezione delle vie urinarie riguarda uomini e donne di tutte le età, nonché i bambini, pertanto è rilevante assumere diffusamente una strategia aziendale proattiva nei confronti di questa Patologia, laddove la causa è nota come nel caso del Cateterismo vescicale. Si propone pertanto sia la produzione di una Linea Guida nazionale Evidence Based, sia dei Corsi di formazione per medici ed infermieri per il suo adeguato utilizzo nella pratica clinica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Stroili Manuela	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Trieste
Telefono	040 3992211	Indirizzo	Piazza Ospedale Maggiore
Fax	040 3992044	CAP	34100
E-mail	manuela.stroili@tin.it	Città	Trieste

129. AUMENTO DEI TEMPI DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO E IPOTESI DI RIORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI FISIOTERAPIA: STUDIO PILOTA

Tacchini E, Aspesi V, Capodaglio P

Istituto Auxologico Italiano

BACKGROUND La riabilitazione è un processo di problem solving e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. È attualmente e correttamente definita come un lavoro per obiettivi in contrapposizione alla precedente visione di lavoro per funzioni. Nel caso di prestazioni di riabilitazione intensiva, definite dalle Linee Guida tratte dalla Conferenza Stato Regioni del 1998 e recentemente riviste nel Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione (2010) come insieme di attività dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento, sono orientativamente richieste almeno tre ore giornaliere di terapia riabilitativa (intese come quelle erogate direttamente dalle professioni sanitarie della riabilitazione, quali, per esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l'educatore e dalle professioni sanitarie infermieristiche in quegli atti finalizzati al miglioramento della ADL).

OBIETTIVI L'obiettivo è stato quello di aumentare, a seconda del bisogno riabilitativo dei pazienti, i tempi di trattamento riabilitativo fisioterapico, al fine di migliorare la Qualità e l'Efficacia dei programmi riabilitativi nella piena ottemperanza dei criteri di Accreditamento. Per raggiungere questo obiettivo è stato intrapreso uno studio pilota su una Unità Operativa (U.O.) con bisogni riabilitativi elevati.

METODI L'Unità operativa di riabilitazione Geriatrica è risultata idonea come unità pilota, a causa della maggior complessità assistenziale individuale rilevata dalla scala CIRS (Cumulative Illness Rating Scale). Per due settimane lavorative, 3 fisioterapisti del Servizio si sono dedicati al trattamento riabilitativo individuale giornaliero (1 ora) di 15 pazienti ricoverati nella U.O. pilota. Ai 3 fisioterapisti coinvolti nello studio è stato consegnato un questionario (6 domande che prevedono una risposta da 1 a 5), prima e dopo l'aumento dei tempi di trattamento (da 30 minuti ad 1 ora), per valutare e confrontare il grado di soddisfazione del cliente interno da parte del Coordinatore.

RISULTATI I risultati sono stati interessanti in termini di incremento della soddisfazione del cliente interno, sia per quanto riguarda l'aspetto puramente pratico (domanda 1, incremento del 86.9%), sia per l'aspetto relazionale nei confronti del paziente (domanda 4 e 5, rispettivamente 25 e 51.5%), ed anche per la sensazione di efficacia clinica (domanda 3, 53.3%) e tempo sfruttabile per la burocrazia necessaria (compilazione diario giornaliero in Cartella Riabilitativa, aggiornamento in sistema intranet ecc., domanda 2, 66.7%). In particolare è risultato rilevante l'incremento in percentuale tra pre e post sperimentazione nell'ultima domanda relativa al rischio clinico (150%): i fisioterapisti coinvolti durante il trattamento di 30 minuti erogato ai pazienti avevano la sensazione di correre il rischio di commettere errori nella valutazione iniziale, nella rivalutazione e/o durante il trattamento fisioterapico stesso; ciò a causa dell'esiguità del tempo a disposizione, evidentemente non adeguato per ragionare con tranquillità sul lavoro che necessita di continue rivalutazioni legate alla Evidence Based Practice (EBP) oltre che alle esigenze/condizioni del paziente che ogni giorno possono variare.

CONCLUSIONI La soddisfazione del cliente interno, in seguito all'aumento dei tempi di trattamento riabilitativo (un'ora invece di trenta minuti) è aumentata. Considerando le istanze del sistema di Accreditamento e Qualità, sarebbe auspicabile organizzare il Servizio di Fisioterapia sulla base di una mappatura dei bisogni assistenziali - riabilitativi dei pazienti delle varie UU.OO.. Il fabbisogno assistenziale-riabilitativo si può calcolare con strumenti quali per esempio la Scala CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) o i RUG (Resource Utilization Groups), o l'ICA (Indice di Complessità Assistenziale). Successivamente si dovrebbe procedere con un calcolo dei carichi di lavoro in modo da individuare il numero di risorse umane adeguato alla domanda, tenendo in considerazione la presenza di attività non standardizzabili importanti per effettuare un lavoro di qualità (riunioni d'equipe, giro multidisciplinare nelle UU.OO., aggiornamenti EBM).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Tacchini Elena	Istituzione	Istituto Auxologico Italiano
Telefono	0323 514293	Indirizzo	Via Cadorna, 90
Fax	0323 587694	CAP	28921
E-mail	e.tacchini@auxologico.it	Città	Oggebbio

130. INTEGRAZIONE DELLA FIGURA DEL TRAUMA NURSE COORDINATOR NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO

Tacconi C, Monesi A, Giugni A, Ferrari P, Gordini G, Cordenons F

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND La maggior parte dei decessi da trauma avviene entro le prime 24 ore dall'ammissione in ospedale e spesso per cause prevenibili. I decessi probabilmente evitabili che avvengono nella prima fase ospedaliera sono di solito legati a ritardi di riconoscimento di condizioni cliniche evolutive. A volte, però, pur essendo tali situazioni a rischio, le morti avvengono per problemi di organizzazioni o decisionali (assenza di un coordinamento o errori di definizione delle priorità terapeutiche –assistenziali). La mortalità da trauma può essere ridotta migliorando la gestione sia sul piano clinico che su quello organizzativo.

OBIETTIVI •End point primario: riduzione dei tempi complessivi di gestione del paziente in pronto soccorso riduzione dei tempi necessari al completamento dell'iter diagnostico, attraverso un coordinamento/controllo dei flussi (triage di secondo livello) •End point secondario creazione di un audit clinico, diviso per step, del percorso assistenziale al paziente traumatizzato, con i cui si propone miglioramento del controllo del dolore, con riduzione dei tempi di trattamento e miglioramento dell'analgesia facilitare una corretta raccolta dei parametri vitali durante tutto il percorso assistenziale.

METODI Garantire una corretta assistenza al trauma in fase acuta in termini di risorse, in applicazione di quanto previsto nella Procedura di Assistenza al Trauma Maggiore Agire sui processi assistenziali e sulle priorità dei flussi diagnostici, in relazione alle priorità di cura. L'infermiere con ruolo di trauma nurse coordinator (TNC) avrà un ruolo di acceleratore/facilitatore della diagnostica da eseguirsi in pronto soccorso (sala emergenza) e nelle sedi di acquisizione di imaging (TAC, radiologia/angiografia) in applicazione di quanto previsto dal Percorso Diagnostico del Trauma Maggiore, Attivare il Trauma Team – così come previsto dalle procedure di Attivazione del Trauma Team in caso di Trauma Maggiore se le condizioni del paziente peggiorano ed intervengono i criteri di attivazione Promuovere un'attività di "outreach" per quei pazienti complessi che vengano trasferiti in aree di degenza non intensive, per almeno 96 ore dall'accettazione (si veda progetto Phenice GIVITI 2011), attraverso la raccolta dati così come prevista per i casi ammessi in area intensiva (vedasi Registro Traumi Gravi regionale) Promuovere l'utilizzo di scale per la valutazione del dolore e la raccolta dei parametri vitali durante tutto il percorso assistenziale Promuovere un percorso epidemiologico di follow up del paziente dalla fase di accoglienza in pronto soccorso, alle successive 96 ore dal ricovero, sino a sei mesi dalla dimissione ospedaliera, per valutare gli indicatori di esito relativi alla patologia ed alla riabilitazione. Questa raccolta dati avverrebbe con l'ausilio di una "scheda traumi" per la standardizzazione delle informazioni.

RISULTATI Riduzione dei tempi complessivi di gestione del paziente in pronto soccorso riduzione dei tempi necessari al completamento dell'iter diagnostico, attraverso un coordinamento/controllo dei flussi (triage di secondo livello Monitoraggio dei processi del percorso di assistenza al paziente traumatizzato dalla fase di accoglimento alla stabilizzazione/dimissione dal pronto soccorso Creazione di un audit clinico del percorso assistenziale al paziente traumatizzato (diviso per step) Il Trauma Nurse Coordinator acquisisce un ruolo diretto, di tutoring e di coaching per garantire una continuità assistenziale lungo tutto il percorso diagnostico terapeutico e per divulgare la cultura infermieristica nell'ambito del miglioramento del lavoro d'équipe.

CONCLUSIONI 8. Disegno del progetto: Studio prospettico randomizzato e controllato di intervento non farmacologico. Variabili: Indipendente: TRAUMA NURSE COORDINATOR Vs LO STANDARD ATTUALE Dipendente: Tempi di gestione, qualità della vita Randomizzazione: Al momento dell'accesso in pronto soccorso o dal 118 Riferimento al generatore della Regione Emilia Romagna: http://www.regione.emilia-romagna.it/sin_info/generatore/ Follow-up: a 96 ore, alla dimissione a 6 mesi Popolazione: traumi definiti "cod 2 borderline" Intervento: applicazione del protocollo diagnostico terapeutico con presenza di un infermiere con ruolo di trauma nurse coordinator Confronto: attuale applicazione del protocollo Outcome: valutazione end point primario e secondario.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Tacconi Claudio	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6478215	Indirizzo	Largo Bartolo Nigrisoli
Fax	051 6478280	CAP	40100
E-mail	c.tacconi@118er.it	Città	Bologna

131. LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLA DISFAGIA NEL PAZIENTE CON ICTUS IN FASE ACUTA: ANALISI DELL'UTILIZZO DEL GUSS TEST, PRESSO IL DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE DELL'AZIENDA ULSS 18 ROVIGO

Tarozzo M¹, Migliorini E¹, Vettorello A¹, Girotto E¹, Mottaran L²

¹Azienda ULSS 18 Rovigo, ²Corso di Laurea in Infermieristica

BACKGROUND La stroke unit del DPT Neuroscienze dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo, nel maggio 2009 ha attivato un progetto per l'implementazione di uno strumento per la valutazione della disfagia nel paziente con ictus in fase acuta: il GUSS test (Gugging Swallowing Screen) Il progetto nasce con la finalità di implementare un approccio standard alla valutazione della disfagia, che permetta di valutare attentamente le modalità di gestione della nutrizione.

OBIETTIVI -introdurre il GUSS test nella pratica clinica infermieristica -migliorare la gestione del paziente disfagico: corretta e precisa identificazione del problema e alimentazione precoce e naturale -indagare come l'utilizzo di uno strumento di valutazione della disfagia possa ridurre le complicanze della disfagia e l'introduzione inappropriata del SNG

METODI È stato costituito un gruppo di lavoro infermieristico e medico guidato dai Coordinatori Infermieristici del Dipartimento Neuroscienze. Dall'analisi preliminare della letteratura si è identificato lo strumento di valutazione da adottare: il GUSS (Gugging Swallowing Screen) test. Il test è composto da tre parti: la valutazione indiretta di deglutizione, il pre-test e il test vero e proprio, formato a sua volta da tre parti. Il tutto deve essere somministrato seguendo la sequenza stabilita. È presente una quarta parte finalizzata alla valutazione dopo la rimozione del SNG. Il test offre un metodo rapido ed affidabile per identificare i pazienti con disfagia che sono a rischio di aspirazione. Il percorso graduale di valutazione che offre il test, considera la fisiopatologia della deglutizione volontaria in modo più differenziato con minor disagio ai pazienti, che possono continuare ad alimentarsi per via naturale con una dieta semisolida. Questo strumento consente una valutazione graduale delle capacità deglutorie del paziente, misura la gravità della disfagia e consente di identificare anche delle raccomandazioni dietetiche. Successivamente il test è stato condiviso con il personale infermieristico attraverso incontri formativi specifici. È stato poi introdotto nella pratica clinica infermieristica. I Coordinatori Infermieristici hanno effettuato un monitoraggio continuo attraverso la raccolta dei seguenti dati: numero di pazienti ricoverati, numero di test effettuati, episodi di ab ingestis, modalità di alimentazione dei pazienti ed eventuale inserimento del SNG.

RISULTATI I dati raccolti sono riferiti al periodo maggio – dicembre 2009, 2010 e gennaio – maggio 2011, per i restanti mesi del 2011 i dati sono ancora in fase di raccolta ed elaborazione. Nel periodo maggio – dicembre 2009 su un totale di 193 ricoveri nella Stroke Unit è stato somministrato il test a 129 pazienti (66.83%), 93 pazienti (72%) sono riusciti a sostenere un'alimentazione naturale senza problemi di deglutizione. Non si è riscontrato nessun caso di polmonite ab-ingestis, 12 (9.3%) persone hanno dimostrato disfagia ai liquidi e a 24 pazienti (18,60%) è stato posizionato il SNG. Nel 2010 su un totale di 294, il test è stato somministrato a 202 pazienti (68,7%), dei quali 167 (82.67%) si sono alimentati per via naturale, a 16 pazienti (8%) è stata riscontrata disfagia ai liquidi, il SNG è stato inserito a 30 pazienti (14.8%). Il SNG è stato rimosso in 4 casi, non è mai stato riposizionato, non è mai stato necessario ricorrere alla PEG, nessun paziente ha avuto ab-ingestis. Nel periodo gennaio – maggio 2011 su 94 ricoveri il test è stato somministrato a 78 pazienti (83%), dei quali 51 (65.38%) si sono alimentati per via naturale. La disfagia ai liquidi ha interessato 11 (14.1%) persone, sono stati inseriti 16 (31.37%) SNG e non si sono rilevati casi di ab-ingestis.

CONCLUSIONI Il progetto ha permesso di introdurre una metodologia di valutazione condivisa e uniforme della disfagia del paziente con ictus in fase acuta e ispirata alle evidenze scientifiche. L'introduzione del test è stato accolto positivamente dal personale infermieristico in quanto strumento di valutazione semplice e affidabile che consente di pianificare l'attività infermieristica sulle problematiche relative all'alimentazione, riducendo il ricorso all'inserimento del SNG nelle prime ore del ricovero ed evitando problemi rilevanti quali il rischio di aspirazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Girotto Erica	Istituzione	Azienda ULSS 18 Rovigo
Telefono	0425 393260	Indirizzo	Viale Tre Martiri, 89
Fax	0425 394464	CAP	45100
E-mail	girotto.erica@azisanrovigo.it	Città	Rovigo

132. UTILIZZARE UN CONCENTRATORE EPIDEMIOLOGICO DI DATI DELLA MEDICINA DI FAMIGLIA E LE RACCOMANDAZIONI DELLE LINEE GUIDA PER ESPLORARE AREE DELLE CURE PRIMARIE SUSCETTIBILI DI INTERVENTO MIGLIORATIVO: LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INFEZIONE CRONICA DA HBV E DA HCV

Vaona A, Dalle Vedove A, Rigon G, Del Zotti F

Azienda ULSS 20 Verona

BACKGROUND Nonostante la disponibilità di un vaccino per la prevenzione dell'epatite B e la sua obbligatorietà per i nuovi nati a partire dal 1991 e nonostante la negativizzazione del 95% dei casi di infezione acuta da HBV, l'infezione cronica da HBV è una patologia che interessa una parte della popolazione tale da renderla oggetto di priorità per il sistema di cure primarie e in particolare per la medicina di famiglia (prevalenza HBsAg nei non vaccinati 0,2-1,3% dati Rapporto Istisan 2006). Se ciò è vero per la prevalenza dell'infezione da HBV, ancora di più lo è per l'infezione da HCV (prevalenza 3% dati Rapporto Istisan 2006), con la differenza che non essendo ancora disponibile la vaccinazione, non è prevedibile una riduzione dei nuovi casi nel prossimo futuro. A seguito dei cambiamenti normativi sulla gestione dei flussi informativi con le Aziende ULSS e per esigenze dovute al monitoraggio in tempo reale del raggiungimento degli obiettivi dei patti aziendali, FIMMG Verona si è dotata di un server unico in cui vengono fatti confluire i dati delle cartelle cliniche della gran parte dei MdF della provincia di Verona. Il server è utilizzabile anche come "concentratore epidemiologico", indipendentemente dal software scelto dal singolo medico di famiglia (MdF).

OBIETTIVI Obiettivi di questo studio sono stati 1) stimare la prevalenza dell'infezione cronica HBV e da HCV nella provincia di Verona 2) esplorare le aree di miglioramento della performance dei MdF sulla gestione del paziente con infezione cronica da HBV e HCV applicando ad un concentratore epidemiologico estrazioni costruite sulla base delle raccomandazioni delle linee guida.

METODI Attraverso una ricerca sistematica su 1) siti web di provider di linee guida (NICE, SIGN, NZGG, ICSI) e 2) su banche dati di linee guida (NGC, SNLG, PubMed) sono state individuati i documenti di raccomandazione circa la gestione del paziente con infezione cronica da HBV e HCV nell'ambito delle cure primarie. Le raccomandazioni contenute nel documento selezionato sono state convertite da criteri in indicatori di performance. Gli indicatori sono stati convertiti in estrazioni per il concentratore epidemiologico al fine di reperire i dati di performance.

RISULTATI Sono state reperite 2 linee guida per l'infezione cronica da HBV (AASLD e EASL) e due per l'infezione da HCV (AASLD e EASL). Sono state selezionate 14 raccomandazioni per il MdF (7 per l'infezione cronica da HBV e 7 per quella da HCV) che sono state convertite in altrettanti indicatori. Gli indicatori sono stati utilizzati come base per elaborare estrazioni da applicare alla performance di 236 MdF che assistono una popolazione di 331.299 abitanti. Per alcuni degli indicatori non è stato possibile estrarre il livello di performance a causa della mancanza del dato nella cartella clinica dei pazienti a seguito di stili compilativi carenti da parte dei medici, deficit del software in uso, sovrapposizioni con l'attività del distretto sanitario o del medico specialista. Gli indicatori per i quali invece è stato possibile acquisire il dato dimostrano che esistono ampi margini di miglioramento per quanto riguarda l'area "preclinica" della compilazione della cartella informatizzata e l'area della performance clinica del MdF, in particolare nell'ambito del monitoraggio degli effetti della terapia, della riattivazione dell'infezione cronica da HBV, dell'individuazione precoce delle complicanze, prescrizione di farmaci controindicati in questi pazienti. La conferma dei dati di prevalenza delle infezioni, dimostra come il modesto numero di pazienti per medico (5 per l'infezione cronica da HBV e 12 per quella da HCV) è tale da consentire con presumibile facilità la buona riuscita di interventi migliorativi riguardo a questa sfera clinica.

CONCLUSIONI L'applicazione esplorativa di estrazioni costruite sulla base di indicatori desunti dalle raccomandazioni delle linee guida disponibili ad un concentratore epidemiologico di dati clinici provenienti dai software gestionali dei MdF, consente di individuare aree cliniche e pre-cliniche suscettibili di interventi migliorativi facilmente sostenibili.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Vaona Alberto	Istituzione	Azienda ULSS 20 Verona
Telefono	349 0560780	Indirizzo	Piazzale Lambranzi, 1
Fax	045 8075113	CAP	37142
E-mail	aisamaisa@gmail.com	Città	Verona

133. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN RSA: È POSSIBILE?

Vara A, Gentili V

Fondazione Casa Cardinale Maffi

BACKGROUND Le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) stanno subendo progressivamente un cambiamento per ciò che riguarda la caratteristiche cliniche dei pazienti, infatti da persone parzialmente non autosufficienti con quindi un'assistenza basata soprattutto sul mantenimento delle autonomie quotidiane di base si è passati a persone completamente non autosufficienti e con un bisogno incentrato soprattutto su un'assistenza sanitaria specialistica. Molto più frequentemente si ricoverano in RSA persone con SNG, PEG CVC o con gravi disturbi del comportamento legati a quadri dementigeni. In questa ottica di "ospedalizzazione" delle RSA si è reso necessario sviluppare un sistema di gestione del rischio clinico al fine di individuare i processi più a "rischio", analizzarne i vari aspetti ed apportarne le adeguate modifiche. Il progetto è stato effettuato nelle RSA Fondazione Casa Cardinale Maffi di Mezzana che ospita 73 persone non autosufficienti.

OBIETTIVI L'obiettivo del progetto nella prima fase è stato quello di avere un quadro di quali erano gli eventi avversi più frequenti, nella seconda fase invece l'obiettivo è stato quello di coinvolgere tutti gli operatori nella segnalazione degli eventi avversi e nella analisi dei processi assistenziali.

METODI Il progetto è stato suddiviso in due fasi. Nella prima, attraverso uno studio retrospettivo delle cartelle socio-sanitarie, sono stati analizzati e individuati gli eventi avversi più frequenti accaduti nell'anno 2010. Successivamente l'equipe medica ha creato una scheda di incident reporting che è stata presentata e condivisa con tutti gli operatori della RSA ed è stata consegnata ai 3 nuclei. Durante la presentazione della scheda sono stati più volte sottolineati la finalità, l'importanza e soprattutto la volontà da parte della direzione di voler analizzare i processi di cura e l'errore in sé stesso.

RISULTATI Nell'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche è emerso che l'evento avverso più comune nella RSA è stata la caduta accidentale, seguita dalla somministrazione errata di farmaci. La presentazione della scheda di incident reporting è avvenuta nel Gennaio 2011, fino al marzo 2011 non ne è stata compilata nessuna dimostrando come ci fosse diffidenza da parte di tutti gli operatori nei confronti della finalità della scheda e delle intenzioni della direzione. In conseguenza ad un evento avverso di grave entità è stato eseguito un audit in cui è stata compilata la scheda di incident reporting e sono stati analizzati tutti i processi che hanno portato all'evento avverso sottolineando soprattutto ciò che poteva essere fatto per evitare che accadesse nuovamente lo stesso evento. Da questo evento la scheda viene tuttora utilizzata da tutti gli operatori per cui, oramai quasi alla fine dell'anno 2011, sono state compilate spontaneamente 15 schede di incident reporting. Di queste 15 schede, 2 non erano idonee, 2 per la loro gravità, hanno richiesto un audit urgente e la valutazione plenaria dei processi assistenziali, 9 schede sono state analizzate successivamente durante le riunioni di nucleo perché riguardavano eventi meno gravi. Dall'analisi delle varie schede sono state successivamente modificati 2 protocolli già in uso nella struttura, create nuove procedure, eseguiti corsi di formazione ed apportate modifiche strumentali.

CONCLUSIONI Nonostante i limiti che sono emersi in questo progetto si vede sempre più necessario anche in RSA come in Ospedale creare un sistema di analisi del rischio clinico. Sicuramente non può essere semplicemente esportato il sistema di gestione ospedaliera nella realtà delle RSA in cui i processi assistenziali e le finalità di cura sono diverse, per cui è necessario conoscere questi processi e quali limiti comportano per poter creare un sistema di gestione del rischio idoneo e funzionale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Vara Aglaia	Istituzione	Fondazione Casa Cardinale Maffi
Telefono	050 871675	Indirizzo	Via Toniolo, 39
Fax	050 871604	CAP	56100
E-mail	aglaia.vara@fondazionemaffi.it	Città	San Giuliano Terme

134. APPROPRIATEZZA DEI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI E GOVERNO CLINICO: RESPONSABILIZZAZIONE DELL'INFERMIERE IN RSA NELL'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Vasaturo D¹, Del Grande C¹, Ardizzone F², Samaritano A¹, Bellanova L¹, Trupia M¹

¹ASL della Provincia di Milano 1, ²AO San Carlo Borromeo di Milano

BACKGROUND La tutela della sicurezza del paziente costituisce uno degli obiettivi prioritari dei sistemi socio-sanitari che può realizzarsi attraverso un costante impegno di tutte le componenti dell'organizzazione, volto al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e frutto di un complesso intreccio di fattori quali le capacità di governo clinico, la razionalizzazione dell'impiego delle risorse disponibili, la capacità di indirizzare i comportamenti professionali verso scelte clinico-assistenziali efficaci ed appropriate. In tale contesto, si inserisce ciò che viene chiamato "governo clinico", termine mutuato, come noto, dall'inglese "clinical governance", e definito come "il contesto in cui i servizi sanitari 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". Di fatto si è provveduto a: allestire carrelli dedicati al primo soccorso intraresidenziali prevedendo una loro assegnazione presso ogni nucleo assistenziale, fornire ai diversi nuclei assistenziali omogenee dotazioni di sostanze farmacologiche, soluzioni di infusione, presidi e carrelli dedicati, oltre all'individuazione di procedure di controllo e di manutenzione periodica, redigere e ad aggiornare protocolli di intervento dedicati all'emergenza, all'urgenza e alla gestione del rischio farmacologico, individuare una procedura di attivazione del sistema di attivazione di chiamata del clinico che, con un numero dedicato, ha consentito al personale di assistenza una precoce attivazione delle manovre di rianimazione, pianificazione e somministrazione di un corso d'aggiornamento dedicato alla gestione di primo soccorso, teorico-pratico, intra R.S.A rivolto a tutti gli operatori della struttura.

OBIETTIVI Di fatto, nel corso degli ultimi tempi, l'area infermieristica ha sempre più acquisito una fisionomia di professione intellettuale che le conferisce un notevole ampliamento dei livelli d'autonomia, d'esercizio, ma anche, parallelamente, un ugual livello di correlate responsabilità, di natura non soltanto assistenziale e clinica, ma anche etica, deontologica e giuridica. L'abolizione del mansionario ha determinato, da un lato l'abbattimento degli angusti vincoli dettati dalle regole mansionariali, dall'altro anche la perdita delle sicurezze rappresentate da quelle stesse regole che traducevano l'esercizio professionale in griglie predefinite di attività. Il professionista Infermiere è oggi nella condizione di individuare i bisogni dei suoi assistiti, elaborare percorsi assistenziali nei quali egli diviene in grado d'integrarsi con altri professionisti della salute in un rapporto d'equipe paritetico. L'Infermiere adegua i propri interventi alle prove di miglior efficacia, verifica, valuta ed ottimizza le proprie capacità di rispondere efficacemente ai bisogni degli assistiti. La stesura di linee guida si prefigge lo scopo di disciplinare percorsi clinico-sanitari, evidenziando la necessità di interventi professionali che, attraverso la riflessione e la corretta valutazione di indicatori, siano in grado di fornire interventi efficaci in risposta ai bisogni dei soggetti sottoposti alle loro cure. L'attuazione di politiche sanitarie di governo clinico richiede pertanto un cambiamento di cultura e consapevole responsabilizzazione dell'organizzazione, al fine di garantire l'erogazione di cure sicure e di buona qualità, obiettivo che l'organizzazione della struttura residenziale sita in Garbagnate M.se si è posta di raggiungere per ottenere la pianificazione più idonea alla gestione del servizio di continuità assistenziale a garanzia delle necessità clinico-sanitarie richieste per gli ospiti ricoverati. Inoltre, la direzione locale già da tempo si è interrogata ed attivata sui problemi legati alla gestione degli interventi clinico-sanitari occorsi agli ospiti residenti presso la struttura e, a tal proposito, ha rivisto e predisposto un sistema di gestione dell'emergenza intraresidenziale finalizzato ad assicurare la tempestività di interventi adeguati a scongiurare sia le morti evitabili sia le gravi sequele di un evento trattato tardivamente.

METODI Si è proceduto ad effettuare un'attenta analisi del profilo infermieristico, così da individuare disciplinarietà, abilità e competenze tecnico-giuridiche, unitamente ad una rilevazione degli eventi occorsi nella fascia oraria notturna, nel periodo di tempo compreso tra Gennaio e Settembre 2010. A seguito della valutazione dei dati rilevati, utilizzando una media aritmetica, è stato possibile ipotizzare l'attivazione del servizio di continuità assistenziale per un numero di 2 interventi per notte. Attraverso lo studio delle criticità clinico sanitarie emerse dall'analisi, si è provveduto ad una rivalutazione dell'organizzazione e delle attività medico-infermieristiche pomeridiane, così da presidiare adeguatamente le necessità cliniche ed assistenziali emergenti, al fine di ricondurre le richieste di intervento medico notturno alle reali urgenze. Si è così provveduto a classificare gli eventi attribuendo loro un codice colore di gravità, prevedendo tempistiche e modalità definite atte a facilitare ed omogeneizzare la richiesta degli interventi clinici notturni.

RISULTATI Dall'analisi dei dati rilevati a seguito degli interventi erogati nel corso del primo semestre dell'anno in corso, si è riscontrato che il numero delle attivazioni del servizio di guardia medica notturna si è attestato sui 14/mese, dato che risulta notevolmente inferiore a quello stimato in partenza. I professionisti infermieri hanno dimostrato una buona preparazione ed un adeguato governo dei processi clinico-assistenziali nel corso della fascia oraria notturna, che ha garantito elevati livelli di assistenza a favore degli ospiti ricoverati presso la struttura residenziale. In considerazione di fattori rilevabili da indicatori di efficacia ed efficienza, è stato possibile dimostrare una notevole diminuzione dei costi, pari all'90%, versus quelli sostenuti attraverso il servizio di guardia medica residenziale.

CONCLUSIONI I risultati ottenuti attraverso questo lavoro offrono spunti di riflessione e di miglioramento futuro, secondo un'ottica di sempre più adeguata assegnazione di risorse professionali ed economiche che tengano conto delle esigenze presentate dall'utenza ricoverata presso la RSA. Di fatto, dai dati ottenuti si è potuto rilevare che vi è ancora spazio di miglioramento finalizzato ad una sempre e più appropriata richiesta di intervento medico-infermieristico, anche attraverso corsi di formazione e di sviluppo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Vasaturo Donatella	Istituzione	ASL della Provincia di Milano 1
Telefono	02 99432170	Indirizzo	Via per Cesate, 62
Fax	02 99432130	CAP	20024
E-mail	donatella.vasaturo@aslmi1.mi.it	Città	Garbagnate Milanese

135. SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE NELL'AUSL BOLOGNA: UN ESEMPIO DI AUDIT

Ventrucci M¹, Roncarati G¹, Dallolio L², Panico M¹, Descovich C¹, Farruggia P¹, Pozzato P¹

¹Azienda USL di Bologna, ²Università degli Studi di Bologna

BACKGROUND Il C. difficile è inserito nelle liste di “alert organisms” internazionali e monitorato per le sue caratteristiche di pericolosità legate alla grande diffusibilità e alla recente multiresistenza. Nel Presidio Ospedaliero Unico dell’Azienda USL Bologna è stato implementato un sistema di sorveglianza e controllo da parte del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) su “alert organisms”, patogeni ad elevata diffusibilità e pericolosità o indicatori di possibile contaminazione ambientale i quali, se non adeguatamente controllati, possono rapidamente diffondersi in ospedale e trasmettere ad altri microrganismi importanti resistenze agli antimicrobici. Tra questi è contemplato il Clostridium difficile, in quanto le infezioni da parte di questo microrganismo sono in continuo aumento e rimangono uno dei principali problemi delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria. L’infezione da C. difficile è tanto più probabile quanto più sono presenti fattori di rischio, alcuni dei quali correggibili (terapia antibiotica, terapia con inibitori di pompa protonica, indagini endoscopiche, assenza di misure di controllo e sorveglianza delle infezioni in primis). In questo progetto di audit clinico un gruppo di lavoro multidisciplinare-multiprofessionale ha cercato di intercettare comportamenti potenzialmente inappropriati che, se corretti, potrebbero indurre un calo dell’incidenza di infezioni da C. difficile.

OBIETTIVI L’obiettivo è stato quello di identificare la presenza di fattori di rischio (riconducibili a comportamenti assistenziali) preesistenti al riscontro di infezione da Clostridium difficile in pazienti intercettati durante un episodio di ricovero nel Presidio Ospedaliero Unico dell’AUSL Bologna e proporre azioni di miglioramento per abbattere comportamenti potenzialmente inappropriati che mettono questi pazienti a rischio di infezione. Per raggiungere questo obiettivo è stato utilizzato uno dei principali strumenti di governo clinico: l’audit clinico.

METODI Primo passaggio è stata la definizione di standard assistenziali reperiti fra la numerosa letteratura sull’argomento (riassunta prevalentemente nelle Linee Guida SIMPIOS 2011 e SHEA – IDSA guideline 2010). Da qui sono poi stati definiti gli indicatori di struttura-processo-esito per misurare eventuali scostamenti della pratica corrente dagli standard: 1) Numero di ricoveri prima del ricovero indice (C. difficile pos), 2) Percentuale di pazienti in terapia con inibitori della pompa protonica (PPI), 3) Percentuale di pazienti in terapia antibiotica non diretta all’infezione da C. difficile, 4) Percentuale di pazienti a cui è stata eseguita una indagine endoscopica, 5) Percentuale di pazienti in terapia con immunosoppressori e chemioterapici, 6) Percentuale di pazienti con precedenti interventi chirurgici maggiori, 7) Percentuale di pazienti portatori di PEG, 8) Percentuale di pazienti ricoverati in reparti con lavapadelle, 9) Percentuale di pazienti ricoverati in reparti con tritrapadelle, 10) Percentuale di pazienti ricoverati in reparti con scheda prevenzione compilata. I casi sono stati intercettati nel periodo 1 gennaio - 31 dicembre 2010 nei 9 Ospedali dell’Azienda. Sono state visionate 132 cartelle (su un totale di 148 casi segnalati dalla sorveglianza con diagnosi positiva di C. difficile dal software dedicato all’Unità Assistenziale Igiene Ospedaliere e validati dal laboratorio di Batteriologia).

RISULTATI Dai dati emersi si evince che vi è un’alta percentuale di pazienti che facevano uso di antibiotici (98%) e di PPI (91%) prima del ricovero indice (quando è stata riscontrata l’infezione) ed una bassa adesione agli strumenti assistenziali sicuri nei reparti di degenza di questi pazienti (tritrapadelle e schede di prevenzione - 67% e 64% rispettivamente). Inoltre una discreta percentuale di pazienti è stata sottoposta a una precedente indagine endoscopica (11%) e a recente ricovero (12%). Su queste basi il gruppo di lavoro aziendale sta sviluppando azioni di miglioramento volte ad abbattere comportamenti potenzialmente inappropriati, che costituiscono fattori di rischio per lo sviluppo di infezioni da C. difficile.

CONCLUSIONI L’Audit clinico come strumento privilegiato di approccio costruttivo, nell’ambito delle attività sanitarie, si è dimostrato, nella nostra esperienza, efficace e partecipato tra le varie professionalità. L’adozione di adeguate politiche d’uso di antibiotici e dei farmaci contro la secrezione acida, si dimostra avere un elevato impatto epidemiologico sulla malattia. Nell’approccio alla pratica assistenziale, il controllo delle infezioni è considerato attività indispensabile a garantire la sicurezza del paziente, e tutto il personale di assistenza, ciascuno secondo le proprie attribuzioni, è direttamente responsabile della corretta applicazione delle attività di prevenzione e controllo, in quanto le migliori misure preventive contro l’infezione sono, ad ora, considerate l’unico mezzo per riuscire a ridurre le infezioni da Clostridium difficile.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Panico Manuela	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6225415	Indirizzo	Via Altura, 3
Fax	051 6225401	CAP	40139
E-mail	m.panico@ausl.bo.it	Città	Bologna

136. AUDIT E RE-AUDIT SULLA MISURAZIONE E REGISTRAZIONE DEL DOLORE IN CARTELLA CLINICA
Zaccardi F, Ciraolo F, Caggiano M, Maddalena C, Calabrese F, Samoggia S, Chiarelli R
<i>Azienda Sanitaria di Firenze</i>

BACKGROUND Il comitato ospedale senza dolore dell'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze ha promosso nel 2009 un audit, sulla misurazione e registrazione del dolore in cartella clinica. Per valutare l'efficacia dei cambiamenti adottati, l'audit è stato ripetuto nel 2010 e nel 2011. L'ospedale di Santa Maria Nuova, sito nel centro storico di Firenze, è stato fondato nel 1288 da Folco Portinari (padre della Beatrice dantesca). Da allora ad oggi non ha mai smesso di funzionare, nonostante siano in corso pesanti lavori di ristrutturazione. Il nosocomio ha una dotazione di circa 120 posti letto; svolge attività di ricovero ordinario (area medica con sub-intensiva, Utic, chirurgica, terapia intensiva) e day hospital.

OBIETTIVI La misurazione del dolore e la sua registrazione in cartella clinica, rappresentano non solo un presupposto imprescindibile per un adeguato approccio terapeutico del paziente, ma anche, da Marzo 2010, un obbligo di legge. L'audit clinico è stato promosso per valutare se il personale dei reparti di ricovero ordinario e del pronto soccorso dell'ospedale Santa Maria Nuova, riportano sistematicamente nella documentazione clinica la misurazione del dolore.

METODI Il lavoro è stato strutturato seguendo il ciclo dell'audit clinico: il team multidisciplinare e multiprofessionale ha analizzato un campione di cartelle cliniche e referti di pronto soccorso; i dati sono stati inseriti in un database Excel; è stato elaborato un indicatore di processo con al numeratore il numero di cartelle cliniche/referti in cui è presente la rilevazione del dolore e, al denominatore, il totale delle cartelle/referti analizzati; è stato scelto come standard quello che la Regione Toscana ha stabilito per l'accreditamento delle strutture ospedaliere (Regolamento di attuazione della legge regionale del 5 Agosto 2009) ovvero l'80%; i dati raccolti e analizzati sono stati discussi a fine di ogni anno con i componenti del COSD dell'ospedale; sono stati implementati i cambiamenti mediante feedback, informatizzazione della documentazione clinica, eventi formativi.

RISULTATI Nel 2009 il gruppo di lavoro costituito da direzione sanitaria, medicina e chirurgia, ha analizzato 378 cartelle cliniche, la compliance totale è risultata inferiore allo standard regionale: 76%. Nel 2010 il gruppo di lavoro ha coinvolto anche personale dell'Utic, sono state analizzate 442 cartelle cliniche, con una compliance totale più vicina allo standard: 78%. Nel 2011 si sono uniti al gruppo di lavoro il pronto soccorso e la terapia intensiva; le cartelle cliniche analizzate fino ad ora sono 612, con una compliance del 90%.

CONCLUSIONI La nostra esperienza ha dimostrato come l'audit clinico sia un strumento efficace per migliorare la qualità del lavoro clinico-assistenziale. Occorre però riuscire a coinvolgere i medici nel percorso, aumentando la loro sensibilità alla cura del dolore, come dovere etico ed esempio di buona pratica clinica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zaccardi Felicia	Istituzione	Azienda Sanitaria di Firenze
Telefono	055 6938778	Indirizzo	Piazza Santa Maria Nuova Firenze
Fax	055 6938394	CAP	50100
E-mail	felicia.zaccardi@asf.toscana.it	Città	Firenze

137. LA RIANIMAZIONE AI LIMITI DELLA VITALITÀ
Zanardo V, D'Amelio L
<i>Azienda Ospedaliera di Padova</i>

BACKGROUND La gestione della rianimazione neonatale in Italia, come nel resto dei Paesi industrializzati, segue le Linee Guida internazionali emanate dall'American Heart Association (A.H.A.) e dall'American Academy of Pediatrics (A.A.P.), aggiornate nel 2005 e nel 2010, e la Legislazione del Paese. Nondimeno valgono le norme della Legge della Repubblica Italiana (in particolare la Legge 194/22. Maggio 1978: "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza").

OBIETTIVI Con questo studio si vuole ripercorrere il primo minuto di vita dei neonati ai limiti della vitalità, nati pretermine.

METODI Sono state valutate le cartelle cliniche delle madri che hanno partorito pretermine prima delle 25+6 settimane, e quelle dei loro nati (70 neonati), afferite alla sala parto del Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana dell'Università di Padova.

RISULTATI Prevalenza dei nati ai limiti della vitalità presso il Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana dell'Università di Padova negli anni 2005-2010 è dello 0,58%, e varia dal 0,35% del 2009 allo 0,76% del 2005. Incidenza maggiore di nati pretermine nella 24° s.g. con 42,86%, alle 23° e 25° non supera il 26%. Le nascite alla 22° s.g. sono rappresentate da una minore percentuale (7,14%). Il numero di cesarei sono direttamente proporzionali all'età gestazionale, i parti vaginali diminuiscono al diminuire dell'epoca di amenorrea. Fra i nati alla 22° settimana di gestazione (22-22+6) si riscontra una mortalità pari al 100%. La tecnica di rianimazione più utilizzata è stata l'intubazione Oro-Tracheale con l'88,57%. I neonati non intubati, rianimati con maschera facciale e CPAP sono stati il 10,01%. L'1,42% non è stato rianimato. Dei neonati intubati il 32,26% ha ricevuto somministrazione di surfattante. Del totale degli intubati il 4,29% ha ricevuto somministrazione di adrenalina e il 2,9% ha ricevuto massaggio cardiaco. La mortalità globale è il 22,86%. Incidenza maggiore (32,73%) di bronco-displasia polmonare nel gruppo trattato con FiO₂<0.04%.

CONCLUSIONI Sono state rispettate le Linee Guida del 2005 per l'uso delle tecniche di rianimazione neonatale, l'O₂ è stato frazionato. Non sono state rispettate per quanto riguarda la decisione di rianimare anche i nati < 23 settimane di gestazione, ma il protocollo usato ha anticipato le Linee Guida del 2010.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	D'Amelio Lidia	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Padova
Telefono	0873 547489	Indirizzo	Via Giustiniani, 2
Fax	049 8213509	CAP	35128
E-mail	dmllda@alice.it	Città	Padova

138. UTILIZZO DEGLI AUDIT CLINICI PER LA VALUTAZIONE DEI CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL'UTILIZZO DEI PRODOTTI DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Zani C¹, Romio S², Pelliconi M², Giaquinto E²

¹Facoltà di Farmacia - Università degli Studi di Bologna, ²Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

BACKGROUND La Nutrizione artificiale (NA) si instaura quando la nutrizione fisiologica non può o non deve essere utilizzata. Essa si inquadra nella più ampia disciplina della nutrizione clinica ed è da considerarsi come una vera e propria risorsa farmacologica che è utilizzata per prevenire l'instaurarsi di uno stato di malnutrizione o di squilibrio o alterazione metabolica o per curare questi quando sono già in atto. La NA si divide in nutrizione parenterale (ovvero tramite un accesso endovenoso) ed enterale (tramite accesso gastrostomico). Al fine di verificare l'appropriatezza dell'utilizzo di prodotti alimentari a fini medici speciali è stato condotto un Audit Clinico scegliendo come popolazione di riferimento quella delle case protette convenzionate dell'Azienda USL di Cesena.

OBIETTIVI L'obiettivo consiste nella verifica dell'aderenza al Prontuario AVR e alle procedure aziendali per l'approccio clinico alla somministrazione dei prodotti per NA (in particolare presidi per disfagici, supplementi alimentari per os, prodotti alimentari a fini medici speciali da utilizzare per la nutrizione enterale).

METODI L'Audit è stato articolato in 3 fasi: la prima fase è stata quella di studio e progettazione dell'audit definendo criteri, indicatori e relativi valori soglia; la seconda fase di rilevazione dei dati, è stata svolta presso le strutture convenzionate con la consultazione di almeno il 50% delle cartelle cliniche dei pazienti in trattamento nutrizionale, analizzate in una giornata tipo, in almeno nel 50% delle strutture. La terza ed ultima fase è stata quella di analisi dei dati raccolti con la stima delle inapproprietezze in relazione ai criteri individuati.

RISULTATI La scheda di rendicontazione finale o report rappresenta il documento della ufficializzazione dell'Audit clinico. In essa sono, innanzitutto, riportati tutti i requisiti che stanno alla base della progettazione dell'Audit. Il report è costituito da 17 schede. Di seguito sono riportate le più significative: Fig.1 Fig.2 Fig.3 Fig.1 Le strutture visitate sono state 16. In totale gli ospiti erano 935, sono state esaminate 300 cartelle cliniche, pari al 32%, relative a tutti i pazienti in Nutrizione Artificiale. Fig.2 Valori osservati con riferimento all'indicatore in esame. Il notevole interesse da parte degli operatori professionalmente coinvolti ha facilitato la raccolta dei dati, ma sulla base dei criteri e degli indicatori scelti si evince che la scelta del tipo di nutrizione prescritta è corretta nel 29% dei pazienti, quando lo standard è dell'80%. Inoltre le consulenze dello specialista nutrizionista sono riservate ai casi più complessi. Fig.3 Nel complesso la qualità dell'erogazione della NA tra tutte le strutture visitate è di 4.71, quando quella della struttura ideale, secondo un parametro deciso dall'Ausl di Cesena, dovrebbe essere 6.00.

CONCLUSIONI La strutturazione dell'Audit in nutrizione artificiale ha permesso di identificare le criticità relative alla prescrizione, gestione, somministrazione e di impostare possibili azioni di miglioramento come ad esempio la formalizzazione di procedure operative e la diffusione di linee guida sull'appropriatezza di utilizzo dei prodotti alimentari a fini medici speciali, la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari coinvolti e la costruzione di una apposita scheda nutrizionale da inserire all'interno della cartella clinica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Giaquinto Ester	Istituzione	Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena
Telefono	0547 352412	Indirizzo	Piazzale Giommi
Fax	0547 352418	CAP	47521
E-mail	estergiaquinto@virgilio.it	Città	Cesena

139. ANALISI DI CASI DI CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE PRESSO L'ASS N. 2 "ISONTINA" GORIZIA

Zuch C¹, Arcieri M², De Fabrizio G³

¹Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 Isontina di Gorizia, ²INPS di Trieste, ³Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 - Triestina di Trieste

BACKGROUND La mancanza di conoscenza dei limiti della Medicina e dei rischi connessi con alcuni atti diagnostici e/o terapeutici ha comportato in casi di insuccessi o anche solo nella suggestione del danno, all'aumento di denunce nei confronti delle Strutture sanitarie con richieste di risarcimenti da parte di pazienti nella convinzione che l'insuccesso sia sempre legato ad una colpa professionale.

OBIETTIVI L'analisi dei casi di contenzioso medico-legale esaminati ha fatto emergere l'alterato rapporto medico-paziente, la volontà di codificare ogni atto sanitario con protocolli e/o procedure, molte volte inapplicabili o inapplicate, il non utilizzo del metodo clinico.

METODI È stato costruito un percorso: dalla denuncia di danno, recupero della documentazione sanitaria, visita del paziente, fino a redigere un parere medico-legale, sottolineando il rapporto causa effetto nell'evento denunciato e quantificando l'eventuale danno secondo criteriologia medico-legale. Sono stati esaminati 45 casi suddivisi per sesso, età, Unità Operativa e modalità di presentazione della denuncia.

RISULTATI In Friuli Venezia Giulia la gestione della copertura assicurativa è centralizzata presso il Dipartimento Servizi Condivisi (DSC), a cui fanno riferimento le singole Aziende sanitarie. Dei 45 casi esaminati, 38 sono transitati dal DSC, 20 dei quali sono stati chiusi senza esborso, 8 sono stati transati, 10 sono stati ripresentati come causa civile. Per 7 casi è stato utilizzato l'art.696 bis del CPC (accertamento tecnico preventivo).

CONCLUSIONI Emerge la necessità che il personale sanitario sia maggiormente competente, utilizzi al meglio la propria professionalità, non trascurando l'aggiornamento come formazione continua con particolare valorizzazione dei programmi di sicurezza per il paziente e per gli operatori. È opportuno, inoltre, creare un osservatorio epidemiologico dei casi di contenzioso medico-legale all'interno dell'ASS per la prevenzione di eventuali futuri possibili errori.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zuch Clara	Istituzione	Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 - Isontina
Telefono	0481 592605	Indirizzo	Via Vittorio Veneto, 174
Fax	0481 535698	CAP	34170
E-mail	clara.zuch@ass2.sanita.fvg.it	Città	Gorizia

140. DEFINIZIONE DI UN MODELLO PER L'INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO BASATO SULLE COMPETENZE E APPLICAZIONE DEL MODELLO NELL'UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

Zumbo P, Sanna F

AOU Maggiore della Carità di Novara

BACKGROUND Il lavoro proposto trae origine dalla revisione della letteratura, da cui è tratto il metodo di definizione delle competenze specifiche in ambito infermieristico. Tale contributo ha un impatto su diversi aspetti della gestione del personale, in particolare sul percorso per l'inserimento lavorativo, fase che ha lo scopo di fornire al neoassunto/trasferito le competenze specifiche necessarie per operare in modo autonomo, mantenendo un livello costante di performance. Il lavoro condotto si ricollega alle job description per l'inserimento e lo sviluppo delle "competenze specifiche" del personale infermieristico operante in Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC). Si è tenuto conto delle competenze di base e delle competenze trasversali, per giungere alle competenze specifiche di settore, che -nel nostro caso- sono riferite all'area cardiologica intensiva.

OBIETTIVI Definizione e applicazione di un modello che definisca il percorso di inserimento del personale infermieristico neo-acquisito, orientato allo sviluppo delle competenze specifiche all'interno un'Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria. Il lavoro si propone di garantire la qualità degli interventi infermieristici, dei loro risultati e di favorire la crescita professionale degli operatori, sulla base di un repertorio strutturato standard e contestuale, che prevede la possibilità di gestire le competenze attraverso l'implementazione delle conoscenze, delle abilità e dell'esperienza finalizzata. Tale modello potrà consentire di definire, rispetto a variabili di complessità diversa, i comportamenti e le capacità adatte all'esercizio delle prestazioni, le possibilità di sviluppo di ciascun individuo ovvero i punti forti e i punti di debolezza di un determinato gruppo di persone.

METODI La volontà di garantire l'attuazione di un percorso che tenga conto dello sviluppo delle competenze specifiche ha richiesto il confronto con la letteratura scientifica inerente la definizione della "competency" professionale. La progettazione del processo di inserimento ha previsto la suddivisione del progetto in due parti: -un'analisi dettagliata del contesto e la revisione della letteratura al fine di individuare un metodo idoneo per l'inserimento del personale infermieristico in ambito lavorativo; -la produzione di una serie di documenti ai fini dell'attuazione del progetto quali: Job Description, Schede delle competenze specifiche, Piano di inserimento, Scheda di valutazione.

RISULTATI I risultati prodotti sono relativi al processo di progettazione del piano di inserimento. Il lavoro ha individuato gli strumenti e le competenze da sviluppare presso una Unità Operativa Sanitaria specialistica come l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. I documenti prodotti aiuteranno l'infermiere neo-acquisito a superare le criticità legate alla complessità assistenziale nel contesto specifico e lo agevoleranno a strutturare le competenze specifiche richieste. La mappatura delle competenze, secondo gli autori rappresenta una forma di check-up organizzativo, il cui vantaggio rispetto ai tradizionali check-up consiste nell'offrire un quadro dinamico e facilmente aggiornabile. In esso l'elemento peculiare è il ruolo, che possiede una stabilità maggiore rispetto alla posizione o mansione, essendo direttamente collegato alle competenze.

CONCLUSIONI Le indicazioni ottenute dalla revisione della letteratura hanno consentito di adottare un modello applicabile alla realtà sanitaria ed in particolare allo sviluppo delle competenze modificabili. Il modello è applicabile anche nella fase di selezione del personale e durante il periodo di prova dei candidati al fine di intervenire esplicitamente nella scelta degli stessi. Il metodo per lo sviluppo delle competenze si contrappone ai metodi classici di valutazione e promozione professionale e può rappresentare una risorsa importante nella gestione delle risorse umane, poiché permette di razionalizzare ed oggettivare gli strumenti che ad oggi vengono utilizzati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zumbo Patrizia	Istituzione	AOU Maggiore della Carità
Telefono	0321 3731	Indirizzo	Corso Mazzini, 18
Fax	0321 34897	CAP	28100
E-mail	patriziazumbo@libero.it	Città	Novara