

ABSTRACT BOOK

8^a Conferenza Nazionale GIMBE **Evidence, Governance, Performance** **Bologna, 15 marzo 2013**



**Evento interamente sostenuto dalla Fondazione GIMBE
senza il supporto di sponsor istituzionali o commerciali**

ELENCO ABSTRACT

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

1. Concura: il ruolo dell'assistente sanitario in un progetto di incrocio domanda-offerta per l'assistenza familiare
Abbruzzese MG, Zappi W, Tartarone F
2. Implementazione di un sistema informatizzato per l'Incident Reporting
Agosti R, Brivio D, Delgrossi G, Gorini MG, Bosio M, Caltagirone P
3. L'intossicazione acuta da monossido di carbonio: dal triage all'algoritmo decisionale
Alongi S
4. Costruire un nuovo percorso di dimissione ospedaliera con i cittadini
Amici R, Esposto E, Ferreiro Cotourruelo MS, Tregambe T, Sfreda L, Trapà C, Santarelli T, Simonetti E, Soccetti A, Ferrara L
5. **Impatto del farmacista di reparto nella gestione ambulatoriale del paziente con infezione da HIV**
Appolloni L, Locchi F, Calza L, Colangeli V, Manfredi R, Martelli G, Piro F, Viale P, Puggioli C
6. **Risposta rapida in radioterapia: un percorso dedicato per il paziente con metastasi ossee**
Balestrini D, Donini E, Ciuffreda A, Baldissera A, Degli Esposti C, Frezza G, Martelli O, Salvi F
7. Il registro di prevalenza del diabete della provincia di Reggio Emilia: Metodologia di costruzione e risultati
Ballotari P, Chiatamone Ranieri S, Vicentini M, Caroli S, Greci M, Gardini A, Crucco R, Giorgi Rossi P, Manicardi V
8. Aggiornamento delle Raccomandazioni per la prevenzione della Tuberculosis nelle Strutture Sanitarie: dalla Regione Piemonte: un contributo per affrontare un problema attuale di salute e di sicurezza dalle soluzioni controverse
Baratti A, Bugiani M, Cotto N, Macor A, Rapa A, Raso R, Spigo A, Tagna M, Bo M, Zotti CM
9. L'ambulatorio della gravidanza fisiologica: l'esperienza di San Daniele del Friuli
Basana M, Passoni Ferraro E, Toniutti E, Ursella D, Battistella L, Bianchini E
10. Germi Multiresistenti (MDRO) in ospedale: un sistema di sorveglianza attivo per prevenire la diffusione dei MDRO
Bassetti A, Rossetti R, Pacciani C, Pedullà A, Guarducci D, Di Pietro M, Ruggiano G, Appicciafuoco A, Gori S, Signoroni P
11. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dell'Anziano con frattura di femore
Bianchi M
12. Prevalenza delle Lesioni da Pressione e livello di rischio nel setting assistenziale pediatrico
Biermann KP, De Masi S, Del Regno S, Abarca Lopez M, Cappelletti G, Catarzi F, Dallai L, Degli Innocenti Rossi G, Francini S, Lenzi L
13. La valutazione del processo riabilitativo psicosociale nel centro diurno: strumenti per l'Assessment e la progettazione individualizzata
Bisogno A, Galdi G, Del Buono G, Del Sorbo G, Buondonno L, Fausto A, Cascone L
14. **Il piano di rientro: limiti ed opportunità per un servizio di salute mentale**
Bisogno A, Mennella R, Del Sorbo G, Buondonno L, Benincasa V, Cascone L

15. **La somministrazione di farmaci tritati in RSA: un'indagine di prevalenza e implicazioni per la pratica**
Boeri C, Castaldo A, Melo T
16. Raccordo operativo tra il Sistema 118 e i Distretti nell'ASS1 Triestina. La protezione della fragilità
Bogatec E, Altomare O, Milos M, Simeoni T, Brajnik B, D'Ambrosi G
17. Applicazione della S.B.A.R. in due percorsi condivisi nell'Azienda Ospedaliera di Perugia: Sicurezza della cura e sicurezza del paziente
Bologni D, Pioppo M, Orlandi W, Torroni D, Zucconi M, Bernardini I
18. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Educazionale (PDTE) "Io e l'Asma". Analisi e risultati di 153 bambini che non hanno terminato il percorso sulla diagnosi e sui livelli di controllo dell'asma
Brioni A, Pluda A, Colombo D, Epis E, D'Agata E, Facchetti S, Gretter V, Spiazzi R, Guarnaccia S
19. Implementazione di: "Linee Guida concernenti la gestione dei percorsi radiologici nel cliente/paziente che si rivolge al Pronto Soccorso". Esperienza nel nuovo Ospedale di Sassuolo
Brunello GL
20. **Sperimentazione di Self Care Management e Family Coaching in Zona Alta Val d'Elsa - AUSL 7 Siena**
Calvelli P, Righi L, D'Ippolito E, Quercioli C, Poeta O, Maccari M, Nante N
21. L'applicazione della Work Breakdown Structure (WBS) nella definizione del Piano assistenziale Individuale: descrizione di un caso
Casati O, Pirola G, Tognoni C, Bertolaia P
22. I reinterventi sono un valido indicatore della qualità di cure?
Chiappetta A, Fontana M, Rebonato M
23. Intervento di audit clinico sull'attività di primo livello di un programma di screening del cervicocarcinoma
Ciminale M, Andreozzi A, Ghimenti S, Vair C, Gea S, Papotti M, Sartori M
24. Indicatori di Qualità e di gestione e monitoraggio delle performances nell'AO-U "Ospedali Riuniti" di Trieste
Cobello F, Canciani G, Stroili M
25. Valutazione dell'accuratezza della documentazione infermieristica: lo strumento D-Catch
Comparcini D, Simonetti V, Pasquaretta A, Planamente F, Cicolini G
26. Studio retrospettivo sulle interazioni tra i farmaci prescritti alla dimissione
Copolino S, Febronia F
27. La qualità percepita dal paziente ricoverato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona
Corsini A, Andreoli F, Tognon F, Zenere A, Fabris F
28. Job Analysis e rilevazione del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie della prevenzione. Una ricerca sul campo nella ASL di Milano
Dadda FM, Zappi W
29. **Antibiotico profilassi pre-operatoria in chirurgia pediatrica Re-Audit**
De Masi S, Biermann KP, Ciraolo F, Di Simone L, Geddes M, Scialino G, Scala L, Martin A
30. Verso una nuova rotta! L'accesso intraosseo e le strategie per migliorarne l'uso nel DEA di II livello dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino
De Matteis F, Ariotti MC, Gastaldo L

31. La somministrazione dei farmaci per via endovenosa: proposta di uno strumento per aumentare le conoscenze e ridurre gli errori
De Santis M, Ferri P, Molinari M, Scacchetti D, Zini V
32. **Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Dall'ospedale al territorio: percorso di presa in carico globale Di Gianfilippo G**, Lunari P, Le Donne R, Mancini D, Mancini F, Orazi S
33. Dal laboratorio alla clinica: il percorso del paziente infettivo/settico nell'urgenza. L'esperienza del PS/Med. Urgenza AORMN Fano (PU)
Di Lillo M, Moretti M, Pieretti B, Masucci AM, Dottori A, Gasperoni S
34. Gli errori di terapia farmacologica: le percezioni degli infermieri
Difonzo M, Coppolecchia M, Colagrande G
35. Gestione del dolore: valutazione dell'efficacia di un programma di formazione per il personale infermieristico
Dignani L, Ciannavei AP, Toccaceli A
36. Realizzazione di una procedura operativa nella gestione del paziente politraumatizzato nella diagnostica di Tomografia Computerizzata
Doratiotto S, Gallina F, Barzazzi M, Antoniutti M
37. Risk Management in Radiologia: creazione di un modulo di segnalazione errori RIS/PACS all'Amministratore di Sistema
Doratiotto S, Maso C, De Martin M, Antoniutti M
38. Come la teoria dell'Embeddedness possa ottimizzare il coordinamento di un team di HTA
Dubinski M, Bartoccioni F, Tripodi AM, Molinaro M, Landi F, Amoddeo CE, Morrone A
39. La simulazione in medicina: Strumento per la riduzione del Rischio Clinico
Duranti E, Calzeroni G, Marziali M, Venneri F
40. Nuove strategie formative per il miglioramento della performance del team nella gestione delle Emergenze ed Urgenze: Simulazione ad Alta Fedeltà e Crisis Resource Management
Egman S, Fradella G, Sighinolfi D, Gonzi G, Noto P, Montomoli M, Capecci A, Pini R, Vitolo P, Neglia D
41. Controlli di Qualità in Computed Radiography: Soluzioni operative - Percorso CSCL con Webquest
Esposito A, Giglioli FR, Isoardi P, Nisii F, Picco G, Rampado O, Rossetti V
42. Indicatori di esito nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: quale percezione?
Fabris F, Bocchi M, Mecchi V, Poli A, Bisoffi G, Perilli V, Benetollo PP
43. Ruolo dell'Assistente Sanitario nei gruppi di cammino rivolti alla generazione responsabile: l'esperienza di Milano
Fadelli S
44. Tesi: "Professionisti in salute: salute, alimentazione e stili di vita", progetto attivo dal dicembre 2006 a febbraio 2009 presso una struttura sanitaria lombarda che fa parte della Rete Health Promoting Hospitals (HPH)
Fusar Imperatore P
45. Creazione di una procedura dipartimentale per la chirurgia ambulatoriale
Gaiba G, Caroli M

46. La valutazione dello stato nutrizionale del paziente anziano ospedalizzato: sperimentazione dell'utilizzo del MNA (Mini Nutritional Assesment)
Giroto E, Colognesi A
47. Elaborazione di un documento di indirizzo assistenziale riabilitativo multidisciplinare del paziente con Neglect
Giroto E, Fornasiero M, Cecchetto MA, Cariani D, Barison M, Varotto E, Vallese F, Trevisan F
48. Educazione infermieristica perioperatoria al paziente chirurgico e soddisfazione dell'utente
Giroto E, Malin S, Milan S, Braggion E, Brazzo T, Medea R, Zanella G
49. L'assistenza centrata sulla famiglia ai bambini in terapia dialitica: processo di traduzione degli strumenti di valutazione MPOC-20 e MPOC-SP ed analisi della percezione delle famiglie e dell'equipe sanitaria sulla "Family Centered Care"
Giuffrida G, Bonetti L, Basile P
50. Horizon scanning e valutazione del ritorno di investimento del dispositivo Guardian-Angel
Landi F, Bartoccioni F, Micali M, Molinaro M, Dubinski M, Morrone A
51. **C.U.R.A. (Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza Domiciliare Integrata): modello di centrale ed implementazione di sistemi di teleassistenza/telepresenza**
Longato C, Morelli D
52. Implementazione di strategie organizzative isorisorse per fronteggiare il sovraffollamento in DEA
Lovato E, Barberis B, Sacco R, Piolatto A, Ogliero GS, Siliquini R, Minniti D
53. Il gruppo "Discussioni Cliniche in Medicina Generale": un esempio di formazione ed implementazione dell'EBM tramite i Social Network
Magro V, Nardelli M, Mosticone R, Leone E
54. L'appropriatezza della documentazione infermieristica: un progetto di Audit Clinico
Malinverno E
55. Audit Clinico sull'appropriatezza prescrittiva degli inibitori di pompa protonica in area medica presso l'Ospedale di Montecchio, AUSL di Reggio Emilia
Manicardi V, Montanari P, Ciccia S, Musini S, Finardi L, Giberti D, Michelini M, Saracchi F, Zollino A, Catellani E, Cioni E, Iotti R, Piazza A, Bosoni I, Calabrese A, Busani C, Camerlengo P, Manghi I
56. Percorso assistenziale in Day Surgery sala operatoria della clinica oculistica
Marca M
57. La contenzione fisica dei pazienti. Analisi dei dati 2011 del Dipartimento internistico Ospedale di Montecchio Emilia Azienda USL RE
Mastrangelo S, Bargellini A, Bergonzini C, Campani C, Ferrari Lucchini S, Poli E, Camerlengo P, Manicardi V
58. Le infusioni mediante pompa elastomerica, rischio e sicurezza. La percezione degli operatori dell'Azienda USL di Reggio Emilia
Mastrangelo S, Cervi M, Ferrari G, Bargellini A, Pagliarini G
59. Il problem based learning a distanza per la formazione dei medici di medicina interna: La Continuità Assistenziale nel Master di Secondo livello in Governo Clinico per la Medicina Interna
Mazzaccara A, Barbina D, Guerrera D, Napoletano A, Coclite D, Ruffini M, Di Filippo F, Torsello A, De Virgilio G

60. L'EBM può cambiare la pratica clinica dei fisioterapisti? Studio pilota
Mazzon S, Giattini A, Iovine R
61. L'utilizzo dei presidi ad assorbimento: la comunicazione come strumento di conoscenza dell'azienda per i servizi sanitari N.1 Triestina, per migliorare la qualità di vita
Meriggi A, Penzo L, Guido A
62. **R@home: un modello di health technology assessment a livello regionale**
Minniti D, Grosso M, Lovato E, Beux A, Tibaldi V, Aimonino Riccauda N, Gianino MM, Davini O, Siliquini R
63. **La valutazione dell'efficacia dei reminders e dei meeting educativi interattivi nella implementazione delle linee guida a sostegno dell'igiene delle mani: applicazione del modello OMS**
Mosci D, Callea E, Chiarabelli M, Pasquini V, Masina R, Biavati C, Finzi G, Taddia P, Chiari P
64. L'Health Technology Assessment come strumento operativo per la progettazione del Nuovo Ospedale di Vimercate
Motta D, Bosio M, Caltagirone P
65. **L'infermiere e il rispetto della dignità dell'assistito nei processi di cura e assistenza: il punto di vista dei pazienti**
Muzzalupo J, Scacchetti D, **Ferri P**
66. Progetto sperimentale Regionale di prevenzione delle cadute nel soggetto ultraottantenne, la realtà del DCP di Fidenza
Nilluti M, Bladini S
67. L'approccio multidisciplinare e integrato per la sicurezza dei pazienti
Pedrini D
68. 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
69. **Valutazione di appropriatezza del management delle polmoniti acquisite in comunità**
Potena A, Cazzuffi R, Ballerin L, **Barbetta C**, Cellini M, Simoni M, Lichii M, Marku B, Contoli M, Papi A
70. Oltre il gradimento e l'apprendimento, quali evidenze per la formazione continua?
Presutti M, Ferro V
71. **Il Safety Walkaround: Strumento di Gestione del Rischio in Ostetricia e Ginecologia**
Quintili M, Micillo A, Faiola A, Chiappini S, Porri M, Angelini F, **Vescia M**
72. L'utente immigrato al Pronto Soccorso: il punto di vista dell'infermiere
Regnicoli F, Bertolini R
73. Protocollo per il trattamento del dolore durante il soccorso territoriale
Ridolfi R, Peressini E, Pagnutti D
74. Tracciabilità e sicurezza del processo nel trapianto di cellule staminali ematopoietiche
Roli A, Milanese M, Arienti F, Torresani M, Montefusco V
75. La felpa: un veicolo di infezione nosocomiale, storia di un cluster epidemico da *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*
Rossetti R, Capanni P, Barbieri A, Gamannossi M, Bassetti A

76. La formazione on the job: un metodo efficace per valorizzare l'assistenza nei tempi della Spending Review
Rosseti R, Pacciani C, Capanni P, Mondini P
77. Focus Group Qualità Percepita utenza Servizio veterinario A.S.L. BI
Sala L, Pappalardo V, Brioschi D, Menegon F
78. Promuovere la salute comunicando: reti e alleanze
Sansone S, Broussard M, Gross D, Michelazzi R, Pernarcich M, Croci E, Maggiore A, Samani F
79. Il fascicolo la malattia di Alzheimer, la persona e la famiglia: un modo per informare ed ottimizzare l'assistenza
Scala G, Magro VM
80. Il Rischio Clinico gestito da un gruppo multidisciplinare
Sepioni F, Bartoccioni F, Tripodi AM, Landi F, Molinaro M, Bonfiglio D, Dubinski M
81. Utilizzo dello strumento AGREE per la valutazione della qualità di Linee Guida per la promozione della salute da parte di operatori non sanitari
Sestini P, Milia A
82. **Dismissione di un Acceleratore Lineare (LINAC) in un centro di RadioTerapia (RT) oncologica: analisi HTA**
Signor MA, Fongione S, Fasola G, Ferruggia M, Guarrera G
83. Chirurgia Laser (CL) vs Radioterapia (RT) nel trattamento del carcinoma T1 della laringe glottica (T1LG): analisi HTA per scenari attuali ed evolutivi in Friuli Venezia Giulia (FVG)
Signor MA, Fongione S, Martina G, Palma S, Vidale C, Guarrera G
84. Esperienze di Sanità d'iniziativa: studio, sperimentazione e valutazione di un modello di presa in carico territoriale di malati BPCO da parte dell'Infermiere Case Manager dei Nuclei di Cure Primarie AUSL di Bologna
Silvestro A, Bianconcini M, Grassi Pirrone G, Franchi F, Pandolfi P, Descovich C
85. La valutazione del Benessere Organizzativo fra i dipendenti: la realizzazione di un'indagine
Storti M, Acqua A
86. La valutazione dell'impatto formativo in un pool di eventi formativi residenziali del 2011 nell'azienda ULSS 5 "Ovest Vicentino"
Storti M, Pegoraro F, Magrin L
87. La misurazione del dolore nel paziente affetto da demenza: una rassegna degli strumenti più appropriati
Storti M, Bertozzo E
88. Indagine pilota sul vissuto di malattia in alcuni pazienti affetti da sindrome di Tako Tsubo
Storti M, Fanchin G, Storti E, Cogolato A, Sellaro C, Lampreda M, Marangoni R, Segala P
89. L'utilizzo della tecnica ad ultrasuoni FAST eseguita dagli infermieri del Dipartimento di Emergenza: una revisione sistematica
Storti M, Musella L, Cianci V
90. Studio pilota di implementazione della collaborazione interprofessionale tra medici ed infermieri
Tirota D, Ruggeri C, Vogrig N, Massi P, Durante V
91. Comparazione dell'efficacia dei dispositivi occlusivi vascolari Vs compressione manuale e meccanica dopo angiografia diagnostica e angioplastica: studio retrospettivo
Tommasini C, Riva D, Spagnolo C, Cassin M, De Paoli A

92. **Il sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica a Trieste**
Trabona R, Mislej M
93. Integrazione tra ospedale e territorio nella gestione multidisciplinare delle lesioni ulcerative degli arti inferiori
Trabona R, Zortea RR, Sapienza R, Mellini E, Stocca G, Coceani F, Petrinka E, Geletti M, Sancin D, Colia R
94. Modelli Organizzativi: Prioritizzazione del lavoro attraverso la matrice di concordanza
Tripodi AM, Bartoccioni F, Landi F, Molinaro M, Bonfiglio D, Morrone A
95. Iniziative per lo sviluppo del “pensiero critico” fra gli infermieri dell’Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI)
Valcarengi D, Pedrazzani C, Bianchi M
96. Emoculture: riduzione del LTAT e possibile impatto clinico. Descrizione di un processo di implementazione
Varini R, Bardaro M, Capatti C, Ferretti S, Guberti M, Lemmi M, Carretto E
97. Tracciabilità e sicurezza del percorso perioperatorio del paziente chirurgico
Virdis AA, Ruffino G, Sassu MA, Mara E, Pirisi L
98. Integrazione dei database SDO e CEDAP per l’analisi delle SDO neonatali e la loro corretta remunerazione
Zanardi SE, Dadda FM, Nicolosi D, Bellini A, Visco F
99. Applicabilità della check liste “SOS.Net” RER, in ambito di Day Surgery, Chirurgia Ambulatoriale e in corso di procedure diagnostiche invasive, in una AUSL Multicentrica
Zoni E, Rasi M, Tiacci M, Ferri L, Serra S, Vafiadaki A
100. **La mappatura delle competenze infermieristiche: utilizzo del “Nursing Competence Scale” (NSC), come strumento per lo sviluppo dell’organizzazione**
Zoppini L, Sponton A, Iadeluca A, Angeli C, Caldarulo T
101. La farmacia satellite della piastra operatoria dell’Ospedale Maggiore quale strumento di ottimizzazione dei processi logistici, organizzativi e di sicurezza del paziente
Zuccheri P, Brigati G, Sarchione N
102. Qualità e sicurezza in sala operatoria attraverso l’adozione della check list. L’esperienza dell’Azienda Ospedaliera di Perugia
Zucconi M, Bernardini I, Bologna D, Lucarini G, Morcellini R, Moretti E, Orlandi W, Pioppo M, Paglicci Reattelli L, Tesoro S
103. “La riorganizzazione dell’Area Internet e Intranet del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Azienda AUSL di Bologna” come strumento finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti
Francia F, Celenza F, Domina R
104. La riorganizzazione dell’Area web della UO Profilassi malattie infettive del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’AUSL di Bologna, quale strumento di innovazioni organizzative finalizzate a migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria
Francia F, Celenza F, Domina R, Farinella P, Cappelletti A, Princivalle S, Sancini G, Gianninoni AR, Delle Donne E
105. Appropriatelyzza di Riabilitazione Intensiva in Regime di Degenza nella Regione Emilia Romagna
Corradini E, Testoni S, Lombardi F, Brianti R, Maini M

1. Concura: il ruolo dell'assistente sanitario in un progetto di incrocio domanda-offerta per l'assistenza familiare

Abbruzzese MG¹, Zappi W², Tartarone F³

¹Università degli studi di Milano, ²ASL di Milano, ³Clinica San Carlo di Paderno Dugnano (MI)

BACKGROUND Il progetto conCura nasce dalla constatazione del crescente aumento della popolazione anziana italiana e dalla sempre meno frequente disponibilità da parte delle famiglie di prendersi cura dei propri anziani, delegando questa funzione ad assistenti famigliari. Questa tendenza ha incrementato fortemente la presenza di lavoro non regolare e quindi di una forma assistenziale spesso poco qualificata. Le stime rivelano che solo il 33% degli assistenti famigliari lavora con regolare contratto. Il progetto analizzato è un tentativo di porre rimedio a questa tendenza con la creazione di un modello di monitoraggio e regolarizzazione del lavoro.

OBIETTIVI L'intento è creare un modello per la valutazione di progetti simili per ottenere un miglioramento della qualità assistenziale al domicilio. Il sistema di valutazione elaborato si pone l'obiettivo di eseguire una prima analisi riguardo alle opportunità di realizzazione e miglioramento del progetto, con il fine di fornire un modello d'incrocio tra la domanda di servizi per l'assistenza all'anziano e l'offerta di figure professionali adeguatamente formate e monitorate nel tempo.

METODI L'indagine si è basata su una descrizione del bacino d'utenza e una valutazione di processo. La prima, realizzata tramite il confronto tra i dati della popolazione target e i dati degli utenti del servizio (ricavati da apposite schede di valutazione del bisogno), ha permesso lo studio dell'applicabilità del progetto sul territorio. La seconda si è basata sui database relativi ai contratti e al numero verde e su uno studio della percentuale di gradimento, ottenuto tramite interviste strutturate ai vari attori del progetto. La metodologia ha previsto, per la prima fase, la ricerca e analisi di dati, con creazione di database, grafici e report. Per la seconda fase, la strutturazione di questionari, la conduzione di interviste de visu e telefoniche, l'osservazione delle interviste, nonché la creazione di database, grafici e report. I materiali utilizzati sono stati la scheda di valutazione del bisogno per ricavare i dati sull'utenza, i questionari e le griglie di osservazione per le interviste.

RISULTATI I risultati della descrizione del bacino d'utenza hanno mostrato l'applicabilità del progetto alla realtà milanese: il campione di utenti si presenta con un'età media di 88 anni, di sesso prevalentemente femminile (74%), senza coniuge e figli in casa (71%) e valori medi di ADL e IADL molto bassi (rispettivamente di 3.4 e 2.6). Dati in linea con la fascia di popolazione in crescita sul territorio. Per la valutazione di processo è stata considerata prevalentemente la valutazione di gradimento, visto il numero esiguo di dati nel primo anno di attività. L'intervista è stata accettata dal 78% degli utenti (assistiti e famiglie), dall'85% degli assistenti famigliari con contratto, dal 76% degli assistenti famigliari senza contratto e da tutti i Case Manager. Un giudizio più che positivo, da parte di tutti gli intervistati, è stato dato per gli item indagati per l'accoglienza (93%) e la competenza degli operatori del servizio. Ottimo giudizio anche sulla formazione e l'utilità del monitoraggio (molto utile per il 67% e utile per il 28%). Aspetti di non soddisfazione nel 44% degli utenti per via del costo alto e per il 9% degli assistenti famigliari che accenna a possibili problemi tra contratti brevi e permesso di soggiorno. Nei contratti attivi solo il suggerimento di una maggiore pubblicità (49%). Dall'osservazione è risultata poco presente l'espressione di emozioni e il riferimento a se stessi come assistenti famigliari che potrebbe essere indice di come spesso tale lavoro non sia una scelta, ma un'esigenza.

LIMITI I limiti sono stati la mancanza di un osservatore esterno per un'osservazione più accurata delle interviste e la mancanza di un confronto tra i costi con le capacità di spesa sanitaria dei cittadini.

CONCLUSIONI Il sistema di valutazione ha cercato di ottimizzare in itinere il progetto con la consegna di report e piani azione. I risultati sono apparsi validi per il suo miglioramento e sono state elaborate anche strategie per la valutazione di follow up. Alla qualità del servizio contribuiranno, quindi, i report prodotti da questo studio, che svolgeranno il ruolo di linee guida e la fase di follow up, che servirà da controllo. La valutazione ha cercato di creare un modello basato su evidenze scientifiche e linee guida accreditate che possa essere poi standardizzato e utilizzato per altri ambiti, in linea con due tendenze che caratterizzano gli obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale: la qualità dei servizi e l'incremento dei servizi per l'assistenza al domicilio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Abbruzzese Maria Giulia	Istituzione	Ratti S.P.A.
Telefono	031 35351	Indirizzo	Via Madonna, 30
Fax	031 3535607	CAP	22070
E-mail	abbruzzese.mariagiulia@gmail.com	Città	Guanzate

2. Implementazione di un sistema informatizzato per l'Incident Reporting

Agosti R, Brivio D, Delgrossi G, Gorini MG, Bosio M, Caltagirone P

Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate

BACKGROUND Un sistema di Incident Reporting (IR) efficiente ed efficace è un requisito essenziale per creare i presupposti della cultura del rischio basata sull'apprendimento dall'analisi degli errori. La realizzazione di un sistema di IR prevede la standardizzazione del format per la raccolta dati e la diffusione di una cultura del rischio che escluda il timore di sanzioni e ritorsioni contro i segnalatori. Questo approccio richiede un forte sostegno da parte della Direzione strategica nell'ambito di una politica aziendale basata sulla trasparenza. Infine, l'impiego efficace di un sistema di IR richiede la disponibilità di un team addestrato nell'analisi degli eventi avversi segnalati e nell'attuazione di idonee azioni correttive.

OBIETTIVI L'azienda ha iniziato l'implementazione di un sistema di IR nel 2006 utilizzando un modulo cartaceo e affiancando l'introduzione dello strumento con un intenso programma di formazione del personale, dichiarandone la finalità non punitiva e coinvolgendo tutto il personale nel percorso di miglioramento della cultura del rischio. L'obiettivo principale realizzato per l'anno in corso è stata l'implementazione di un sistema informatizzato per l'IR. Il software è stato concepito dall'Unità Risk Management aziendale e implementato in collaborazione con l'Unità Information Technology aziendale. Il programma, inizialmente realizzato per mezzo di un data base Access-based, è stato convertito in un applicativo web-based, disponibile su tutti i personal computer dei cinque presidi ospedalieri aziendali e utilizzabile anche su tablet touch screen. Il software web possiede caratteristiche di flessibilità e scalabilità che ne consentono l'impiego in più aziende ospedaliere.

METODI Il sistema di gestione delle segnalazioni si basa su una struttura che garantisce l'anonimato del segnalatore, il feedback da parte del personale con indicazione delle azioni correttive intraprese. Il format della scheda di IR comprende campi a testo libero in grado di garantire l'esposizione narrativa dei fatti e campi formattati che consentono la definizione dell'evento segnalato utilizzando più tipi di tassonomie, quali ad esempio quella proposta dall'OMS, da JCAHO e da AHRQ. Inoltre è possibile caratterizzare l'evento secondo il modello organizzativo degli incidenti proposto da Reason, incorporando la classificazione dell'errore umano secondo Rasmussen, i fattori contribuenti, gli errori latenti e le barriere.

RISULTATI Il sistema informatizzato è entrato in funzione all'inizio del 2012 e tutti gli operatori hanno mostrato un buon gradimento del software grazie all'interfaccia grafica semplice e intuitiva. È stata inoltre apprezzata la possibilità di visionare non solo delle singole schede di IR della propria unità operativa ma anche i dati aggregati a livello aziendale. Valutato positivamente il feedback fornito dall'Unità Risk Management dal punto di vista sia informativo che pratico. Dall'inizio di gennaio è stata inviata in media una segnalazione al giorno con la seguente distribuzione percentuale: 23% eventi avversi, 42% near miss e 35% hazard. Le due fasi dell'assistenza più frequentemente segnalate sono state il Ricovero/Preso in carico del paziente e la Identificazione del paziente; Procedure/Trattamenti/Interventi e Diagnosi/Valutazione del paziente sono i primi due processi clinici segnalati, mentre Esecuzione incompleta/Inadeguata, Errata procedura/Trattamento e Errato paziente sono le prime tre situazioni riguardanti il problema clinico rilevato dagli operatori. Inadeguatezza della comunicazione fra operatori, Inadeguata organizzazione del lavoro, Carenza/Mancanza di informazione: sono questi i primi tre fattori contribuenti nella genesi degli eventi avversi segnalati dagli operatori.

LIMITI L'esperienza condotta presso l'Azienda offre l'opportunità di estendere l'applicazione del programma informatizzato per la gestione delle segnalazioni ad altre aziende ospedaliere allo scopo di standardizzare la raccolta delle informazioni riguardanti gli eventi avversi, i near miss e gli hazard. Inoltre il programma consente di usufruire di analisi automatiche dei dati archiviati in modo da fornire le informazioni utili per la pianificazione di interventi correttivi sia immediati che a medio e lungo termine.

CONCLUSIONI La diffusione dello strumento di IR a livello regionale e nazionale insieme ad un adeguato programma di formazione degli operatori sulla cultura del rischio in ambito sanitario, è di vitale importanza per poter migliorare la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza erogata. Inoltre, i dati aggregati e de-identificati, possono costituire la base informativa per comunicazioni pubbliche di presidio o di azienda, al fine di migliorare la trasparenza clinica nei confronti dei pazienti e di garantirne la libertà di scelta.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Agosti Roberto	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate
Telefono	039 6654618	Indirizzo	Via Cesare Battisti, 23
Fax		CAP	20059
E-mail	robertogiuseppe.agosti@gmail.com	Città	Vimercate

3. L'intossicazione acuta da monossido di carbonio: dal triage all'algoritmo decisionale

Alongi S

Università degli Studi di Torino - Sede di Asti

BACKGROUND -

OBIETTIVI L'obiettivo di questa trattazione è porre particolare enfasi sul problema che, nella maggior parte dei casi, rimane in secondo piano o, addirittura, non viene neppure posto in diagnosi differenziale, fornendo uno strumento per l'orientamento dei sanitari, specie per tutti coloro che operano nelle aree critiche, in cui l'input patologico non è costante e prevedibile.

METODI Lo studio di base sulla ricerca bibliografica e sull'utilizzo della metodologia del mini focus group per il confronto delle conoscenze e delle esperienze cliniche.

RISULTATI L'intossicazione da monossido di carbonio è per lo più un evento accidentale, seppure una piccola quota di casi sia riconducibile a tentativi anticonservativi. Le stime dei dati consultabili in letteratura, sia a livello nazionale che europeo, mostrano una significativa disomogeneità e in alcuni casi i dati sono addirittura irrimediabili. Per quanto riguarda il riconoscimento diagnostico, questo è difficile e molto legato a tempo e dose di esposizione, ma soprattutto alla sensibilità e alla preparazione che gli operatori hanno verso questo tema: basti pensare che solamente un sesto dei casi viene ad oggi riconosciuto e trattato. A questo proposito, uno degli obiettivi dell'elaborato consiste nel redigere un algoritmo operativo, validato attraverso un focus group composto da medici e infermieri di area critica dell'ospedale Cardinal Massaia di Asti, così che sia possibile fruire di uno strumento veloce per l'identificazione ed il trattamento dei casi sospetti.

LIMITI Il lavoro ha come grande limite quello di essere stato approvato solo nella struttura ospedaliera di riferimento.

CONCLUSIONI In base a quanto reperito in letteratura l'intossicazione da monossido di carbonio rimane ad oggi un evento estremamente sottostimato, se non addirittura non considerato. Prima tra le cause di questo mancato riconoscimento è la sensibilizzazione degli operatori sanitari, poiché non vi è formazione al riguardo; in secondo luogo i modelli operativi sono estremamente variabili da una struttura ospedaliera ad un'altra.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Alongi Simone	Istituzione	Università degli Studi di Torino
Telefono	340 1258226	Indirizzo	Via Verdi, 8
Fax		CAP	10124
E-mail	simone.unito@gmail.com	Città	Torino

4. Costruire un nuovo percorso di dimissione ospedaliera con i cittadini

Amici R¹, Esposto E², Ferreiro Cotourruelo MS³, Tregambe T³, Sfreda L², Trapà C¹, Santarelli T¹, Simonetti E⁴, Soccetti A⁴, Ferrara L³

¹Tribunale della Salute - Marche, ²Azienda Unica Sanitaria Regionale - Marche, ³INRCA - Ancona, ⁴Azienda Ospedali Riuniti - Ancona

BACKGROUND La fase della dimissione ospedaliera è cruciale, perché il cittadino, dopo il decorso di un episodio patologico, deve affidarsi alle strutture territoriali. Egli ha bisogno di una informazione tempestiva e accurata, di indicazioni sulla terapia, consigli sullo stile di vita da condurre, conoscere il piano dei controlli e degli interventi riabilitativi con date, luoghi e modalità, di un referente cui rivolgersi in caso di dubbi, della certezza che il medico di famiglia sia posto al corrente in modo completo del quadro clinico, dell'attivazione precoce dell'assistenza domiciliare quando necessario. È frequente non accada così e ciò è documentato dalle segnalazioni dei pazienti alle Associazioni di tutela, dall'esperienza quotidiana ed è generata da cause diverse, fra cui la carenza di collaborazione fra soggetti e servizi cui essi sono via via affidati.

OBIETTIVI Introdurre un nuovo percorso di dimissione ospedaliera, che garantisca tempestività, completezza e chiarezza delle informazioni sia in forma verbale che scritta, che sia in grado di pianificare la fase post-dimissione con una programmazione puntuale, di facilitare il dialogo con il medico curante e di offrire la certezza di una continuità della presa in carico. Partire dai bisogni espressi dai cittadini alle associazioni di tutela e agli URP (Uffici Relazioni con il Pubblico). Attivare una modalità uniforme di percorso che fosse condiviso dalle diverse Aziende presenti nelle Marche. Creare un modello di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, con la partecipazione attiva dell'associazione di tutela (il Tribunale della salute delle Marche).

METODI Sulla base di una esplicita esigenza espressa dal Tribunale della salute nell'estate del 2011, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale (Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, ASUR-AV2, INRCA, Tribunale della salute) che ha elaborato un unico, nuovo percorso di dimissione. Dopo una preliminare informazione, nel novembre 2011, esso è stato introdotto in tutte le strutture di degenza dell'INRCA, in quelle dell'area anconetana dell'ASUR, nel Dipartimento di Scienze cardiologiche degli Ospedali Riuniti. Strumenti di valutazione, condivisi ed uniformi sono stati una check list di valutazione dell'adeguatezza al nuovo percorso delle lettere di dimissione e un questionario di soddisfazione del cittadino. La check list è stata applicata prima e dopo l'introduzione del percorso su un campione casuale del 5% dei dimessi. Il questionario esplora le diverse dimensioni del ricovero, con una sezione dedicata alla fase di dimissione. La consegna del questionario è in atto e la raccolta avviene con la collaborazione fattiva della rete delle farmacie.

RISULTATI Il percorso di dimissione è stato accolto ed attuato dalle 3 Aziende e per l'INRCA, posto fra gli obiettivi di budget. Raccoglie, sul piano formale, le esigenze effettivamente espresse dai cittadini attraverso il Tribunale della salute. La valutazione con la check list mostra sia per l'INRCA: T0= 75,69 0,52 vs. T1= 82,26 0,47 p<0,05) che per gli Ospedali Riuniti (T0= 62,59 0,64 vs. T1= 86,66 0,64 p<0,001) un netto e significativo miglioramento nella completezza delle lettere di dimissione prima e dopo l'introduzione di una specifica procedura aziendale.

LIMITI L'obiettivo ambizioso è di modificare una prassi consolidata che relega a formalità la dimissione e considera impossibile un dialogo costruttivo con i vari soggetti che ne sono protagonisti: il paziente, il sistema ospedaliero, il medico di famiglia, i farmacisti, gli operatori dell'assistenza territoriale. Intervenire su tale complesso crocevia richiede tempi lunghi e, quindi, una valutazione attendibile dell'impatto è prematura. La necessità di muoversi a costo zero impedisce l'implementazione di sistemi di valutazione tecnologicamente più avanzati e con personale che abbia competenze di auditor. L'area di applicazione non è ancora estensiva (non comprende tutta la regione) ma può essere considerata sperimentale in vista di un possibile sviluppo del progetto.

CONCLUSIONI È fattibile la collaborazione fra Aziende sanitarie che hanno caratteristiche molto diverse (un ospedale geriatrico, un ospedale regionale di riferimento ed un piccolo ospedale di rete) su problemi concreti della vita del paziente, anche con la partecipazione delle associazioni di tutela del cittadino, che possono dare un contributo importante, con risvolti anche tecnici; esistono all'interno delle Aziende competenze e capacità, talvolta assorbite da attività routinarie, in grado di elaborare e attuare progetti di miglioramento reale a costi ridotti. Il gruppo di lavoro continua ad essere operativo e rappresenta un modello partecipativo che può operare su specifici problemi organizzativi nell'integrazione ospedale territorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ferrara Letizia	Istituzione	INRCA
Telefono	071 8003528	Indirizzo	Via Santa Margherita, 5
Fax	071 8003564	CAP	60124
E-mail	l.ferrara@inrca.it	Città	Ancona

5. Impatto del farmacista di reparto nella gestione ambulatoriale del paziente con infezione da HIV

Appolloni L, Locchi F, Calza L, Colangeli V, Manfredi R, Martelli G, Piro F, Viale P, Puggioli C

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

BACKGROUND L'esigenza di garantire la sostenibilità dell'innovazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale e la sicurezza per il paziente richiede nuovi modelli gestionali che prevedano scambi di competenze ed esperienze in un percorso assistenziale multidisciplinare. Con queste premesse il Farmacista Ospedaliero, già da anni orientato alla Farmacia Clinica e alla Pharmaceutical Care, è chiamato sempre più ad uscire dalla propria farmacia per operare culturalmente e fisicamente a fianco del medico, rivelandosi un supporto prezioso nel fornire al paziente un'assistenza più qualificata per la gestione della terapia, in termini di aderenza ed eventi avversi (EA) correlati, e nel gestire i farmaci dall'approvvigionamento alla distribuzione, evitando sprechi, errori e inapproprietezze di utilizzo.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è valutare l'impatto del farmacista di reparto nella gestione ambulatoriale del paziente con infezione da HIV, in particolare modo per quanto riguarda la rilevazione di eventi avversi correlati alla terapia ed il monitoraggio della spesa farmaceutica.

METODI Nel Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna è stata avviata la prima esperienza di farmacista di reparto nell'UO Malattie Infettive che ha previsto l'inserimento del farmacista a fianco del medico infettivologo nella gestione del paziente sieropositivo. La farmacovigilanza degli EA correlati ai farmaci antiretrovirali e la costante valutazione dell'aderenza sono due aspetti imprescindibili per un management di eccellenza della terapia antiretrovirale altamente attiva (highly active antiretroviral therapy, HAART). È stato sviluppato, quindi, un sistema di farmacovigilanza attiva per promuovere la segnalazione di reazioni avverse (adverse drug reaction, ADR) correlate all'assunzione dei farmaci antiretrovirali e delle molteplici farmaco-terapie impiegate per le numerose comorbidità, sensibilizzando il personale medico, infermieristico ed i pazienti stessi. Sono state raccolte ed inserite nella rete nazionale di farmacovigilanza diverse ADR, valutate durante le visite ambulatoriali e gli accessi alla distribuzione diretta dei farmaci. Considerata l'importanza del farmacista nella gestione dei farmaci per controllare e contenere, ove possibile, la spesa farmaceutica, sono stati analizzati e confrontati i dati di consumo, numero di pazienti trattati e costo medio/paziente degli anni 2010, 2011 e 2012 (gennaio-ottobre) per valutare l'impatto di questa nuova figura professionale.

RISULTATI Per quanto riguarda la segnalazione di ADR sono state inserite nella rete di farmacovigilanza 14 segnalazioni per un totale di 28 principi attivi (PA) sospetti. Di tali segnalazioni il 35% sono risultate gravi; per quanto riguarda l'esito, il miglioramento o risoluzione della ADR si sono verificati nel 64% dei casi, mentre il restante 37% è ancora in fase di valutazione. N. 4 segnalazioni (29%) sono state effettuate dal farmacista: tale dato conferma che l'incontro con il paziente per il ritiro dei farmaci è un momento di scambio di informazioni riguardo l'andamento della terapia e l'esplicitazione di eventuali disturbi correlati. 23 PA segnalati appartengono alla categoria farmaceutica degli antivirali ad azione diretta (82%; ATC3 J05A), 2 a farmaci per il trattamento della tubercolosi (7%; ATC3 J04A), 2 a farmaci antidepressivi (7%; ATC3 N06A) e 1 (4%; ATC3 S01A) ad un farmaco antimicrobico. I PA più segnalati appartengono alla categoria degli antivirali ad azione diretta con una prevalenza di EA a carico della cute. Per quanto riguarda l'impatto economico, confrontando il 2011 con l'anno precedente notiamo un aumento nel numero di pazienti trattati che si accompagna ad un aumento in termini di spesa totale e costo medio per paziente (rispettivamente 9,8%, 4,9% e 4,6%). Se consideriamo, invece, l'anno in corso (dal 1 febbraio 2012 è presente il farmacista nell'U.O. Malattie Infettive) rispetto al precedente, possiamo dire che nonostante si confermi il trend di aumento nel numero dei pazienti trattati, la spesa totale risulta invariata mentre è diminuito il costo medio per paziente.

LIMITI Nonostante sia stato avviato un percorso di sensibilizzazione alla segnalazione di ADR verso il personale medico e non, è ancora evidente il fenomeno di under-reporting.

CONCLUSIONI Una terapia ben tollerata che comporti disturbi meno frequenti e/o di entità minore potrebbe portare ad un miglioramento nella aderenza e quindi nella conseguente risposta immuno-virologica, riducendo i rischi di progressione della malattia e di trasmissione dell'infezione. In questo senso il farmacista, che si pone insieme al medico come osservatore degli eventi avversi dovuti alla terapia, potrebbe agevolare ed implementare la segnalazione di ADR e contribuire all'aumento delle conoscenze sulla sicurezza dei farmaci antiretrovirali. La gestione da parte del farmacista della conservazione dei farmaci, della loro distribuzione e approvvigionamento incide favorevolmente nel contenimento dei costi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Appolloni Lucia	Istituzione	Policlinico S. Orsola-Malpighi
Telefono	051 4123864	Indirizzo	Via Albertoni, 15
Fax	051 6364897	CAP	40138
E-mail	lucia.appolloni@aosp.bo.it	Città	Bologna

6. Risposta rapida in radioterapia: un percorso dedicato per il paziente con metastasi ossee

Balestrini D, Donini E, Ciuffreda A, Baldissera A, Degli Esposti C, Frezza G, Martelli O, Salvi F

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND La comparsa di localizzazioni metastatiche ossee è un evento frequente nell'evoluzione della patologia neoplastica maligna e spesso si accompagna ad importante sintomatologia dolorosa che la terapia farmacologica non sempre riesce a controllare, compromettendo così seriamente la qualità di vita. Recenti trials, ed anche revisioni sistematiche, hanno dimostrato che un trattamento radiante in singola frazione (8 Gray) o multi frazionato (20 Gray in 5 o 30 Gray in 10) sono equivalenti nel raggiungere l'efficacia sul controllo del dolore. Infatti anche con una singola seduta si può assistere ad una riduzione dell'intensità del dolore di circa il 50% ad un mese in un terzo dei casi, che diventa completa in circa il 25% dei pazienti, al ripristino della funzionalità e al miglioramento dei sintomi da compressione midollare nel caso di lesioni vertebrali.

OBIETTIVI Raggiungere nel minor tempo possibile il risultato di ridurre la sintomatologia dolorosa da metastasi ossee favorendo nel contempo una miglior compliance dell'assistito, spesso con basso indice di performance status (scala ECOG) e non lunga aspettativa di vita.

METODI Dal novembre 2008 nella UO di Radioterapia del Dipartimento Oncologico dell'Azienda USL di Bologna è stato attivato un percorso dedicato per i pazienti con ridotto performance status candidabili ad un trattamento radiante in singola frazione per metastasi ossee dolenti. Il percorso prevede, nella stessa mattinata, la visita specialistica radioterapica, la simulazione su TAC per la pianificazione del trattamento, la prescrizione della distribuzione della dose in collaborazione con la Struttura di Fisica Sanitaria e l'esecuzione della seduta unica di 8 Gray. Tutte queste fasi erano in precedenza eseguite in giorni diversi, in conseguenza anche dell'adozione di un trattamento multifrazionato. Il Progetto è stato pianificato ed attuato con la collaborazione dei Professionisti Medici, Tecnici ed Infermieristici della UO e con i Dirigenti e Tecnici della Struttura di Fisica Sanitaria dell'Ospedale Bellaria.

RISULTATI Il percorso ha portato al risultato di un giusto bilanciamento tra efficacia del trattamento e gestione adeguata del paziente e delle risorse a disposizione della UO di Radioterapia. Nel periodo antecedente la nuova organizzazione i tempi d'attesa medi all'inizio del trattamento erano di 15 giorni (range 1-48); a seguito della nuova organizzazione i tempi medi si sono ridotti a 4 giorni (range 1-22). Inoltre sono stati trattati in media circa 90 pazienti per anno; circa il 6% dei pazienti/anno ha avuto necessità di ritrattamento antalgico sulla stessa sede a distanza di qualche mese, mentre l'efficacia del trattamento è risultata essere in linea con i dati della letteratura, essendo comparso un effetto antalgico completo ad un mese in circa il 25% dei casi. Inoltre in circa il 20% di pazienti/anno sono state trattate più sedi contemporaneamente nella stessa seduta. In circa il 65% dei pazienti il performance status, valutato al momento della presa in carico con la visita, era di valore 2-3 sulla scala ECOG, a dimostrazione della necessità di ridurre l'impegno richiesto agli stessi per raggiungere la finalità del trattamento radiante. L'ottimizzazione della gestione delle risorse è stata raggiunta rimodulando le attività cliniche dei Tecnici Sanitari sulla macchina di terapia (Acceleratore Lineare).

LIMITI Nessuno in particolare.

CONCLUSIONI I dati a nostra disposizione confermano l'utilità e l'efficacia di un percorso che preveda l'esecuzione di una seduta unica di radioterapia a scopo antalgico per metastasi ossee contestualmente alla presa in carico ed alla pianificazione della stessa. Il percorso ha visto inoltre nell'anno corrente un aumento significativo dei casi trattati (circa 110).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Degli Esposti Claudio	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 431811	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax	051 6225631	CAP	40124
E-mail	claudio.degliesposti@ausl.bo.it	Città	Bologna

7. Il registro di prevalenza del diabete della provincia di Reggio Emilia: Metodologia di costruzione e risultati
Ballotari P, Chiatamone Ranieri S², Vicentini M¹, Caroli S¹, Greci M¹, Gardini A¹, Crucco R¹, Giorgi Rossi P¹, Manicardi V¹
¹ AUSL di Reggio Emilia, ² ASMN - IRCCS, Reggio Emilia

BACKGROUND Le “Linee guida regionali per la gestione integrata del Diabete Tipo 2” emanate nel settembre 2009 dalla Regione Emilia Romagna prevedono la costituzione del Registro Diabete in ogni provincia, quale elemento fondamentale per il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito della gestione integrata e di tutta la popolazione con diabete. Presso l’AUSL di Reggio Emilia il compito della costituzione del registro è stato affidato al Servizio Interaziendale di Epidemiologia con il supporto di un gruppo di lavoro multidisciplinare.

OBIETTIVI Scopo dello studio è di descrivere la metodologia adottata per la costruzione del Registro del Diabete nella provincia di Reggio Emilia e di presentare i risultati ottenuti per l’anno 2009.

METODI Per l’identificazione dei casi si è utilizzato un algoritmo che ha permesso l’integrazione sequenziale delle informazioni di 5 flussi informativi, previo riscontro residenza tramite l’anagrafe assistiti. I casi sono stati identificati utilizzando i seguenti criteri: 1) Banca dati Esenzioni: esenzione 013 valida per l’anno di riferimento. 2) Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO): 1 o più dimissioni nell’anno, con una diagnosi di diabete in qualsiasi posizione. 3) Banca provinciale Esami Ematochimici: 1 o più determinazioni di emoglobina glicata (HbA1c) nell’anno con un valore $\geq 6.5\%$ nell’anno. 4a) Flusso Farmaceutica ad Erogazione Diretta (FED): almeno una prescrizione di farmaci ATC A10A e A10B nell’anno. 4b) Flusso Assistenza Farmaceutica Territoriale (AFT): almeno due prescrizioni di farmaci nell’anno. 5) Banca dati dei Centri di Diabetologia (Eurotouch- ET): almeno una prestazione clinica nell’anno e/o essere inseriti nella lista di pazienti in Gestione Integrata. Inoltre si è utilizzato il Registro di Mortalità (causa di morte compresa tra E10 ed E14 secondo ICD10) per individuare i casi dead certificate only (DCO), quale misura della completezza del registro. La validazione dei criteri di identificazione “in assenza di gold standard” stata effettuata a posteriori calcolando per ogni fonte/criterio il valore predittivo positivo (VPP) rispetto alla lista dei pazienti esenti per patologia diabetica.

RISULTATI Nell’anno 2009 sono stati identificati 25.425 soggetti diabetici residenti. L’82,3% dei casi è presente in almeno due fonti e ben il 35,8% in almeno 4 fonti. La prevalenza è pari a 4,8%, con una differenza per genere (5,3% nei maschi e 4,8% nelle femmine) e per età (per i soggetti di età > 75 anni la prevalenza è pari al 15,5%). Il 91,2% ha diagnosi di DM T2, mentre il 3,8% di DM T1. Il 23,8% dei pazienti con DMT2 è in Gestione Integrata (GI) con i Medici di Medicina Generale (MMG), il 34,3% è seguita solo dal Medico di Medicina Generale, il 41,8% è in carico solo al Servizio di Diabetologia (SD). L’HbA1c media è più bassa nei pazienti in GI (7,3%) e nei pazienti in carico ai MMG (7,4%), rispetto a quella dei pazienti in carico alla sola diabetologia (7,9%).

LIMITI L’utilizzo delle banche dati informatizzate per la costruzione di un registro di patologia ha qualche limite di completezza, ma permette una approssimazione elevata, una rapida raccolta ed elaborazione dei dati, ed ha un basso costo. La mancanza di un gold standard ha richiesto la scelta di una fonte come fonte di riferimento: è stata scelta l’esenzione per patologia (013.250) che può sottostimare la patologia, perché pazienti che hanno esenzioni di invalidità possono non avere quella per patologia.

CONCLUSIONI La prevalenza del Diabete riscontrata nel 2009 è in linea con i dati regionali pubblicati nel dossier 179 del 2009 dalla Regione Emilia-Romagna e nazionali. Il registro è una fonte informativa contenente dati demografici e clinici relativi ed è quindi uno strumento idoneo per monitorare nel tempo il trend della prevalenza e della mortalità dei diabetici. Inoltre sarà possibile integrare tale fonte con altri database al fine di valutare la qualità delle cure e gli esiti di salute. La differenza di valori di HbA1c tra i diabetici in carico solo al MMG, o in GI e quelli in carico solo ai servizi di diabetologia è coerente con la diversa complessità delle popolazioni in carico.

Indirizzo per la corrispondenza

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

8. Aggiornamento delle Raccomandazioni per la prevenzione della Tuberculosis nelle Strutture Sanitarie: dalla Regione Piemonte: un contributo per affrontare un problema attuale di salute e di sicurezza dalle soluzioni controverse

Baratti A¹, Bugiani M², Cotto N³, Macor A², Rapa A¹, Raso R⁴, Spigo A³, Tagna M², Bo M⁵, Zotti CM⁵

¹ASL CN 1, ²ASL TO 2, ³AO Città della Salute e della Scienza, Torino, ⁴ASL AL, ⁵Università degli Studi di Torino

BACKGROUND La Tuberculosis (TB) è una patologia riemergente e rappresenta un importante problema di salute, in particolare in relazione all'aumento di incidenza osservato in alcune aree metropolitane e al diffondersi di ceppi multi-farmaco resistenti (MDR-TB). L'identificazione di adeguate strategie per la prevenzione e la sorveglianza della TB in ambito sanitario rappresenta un problema ampiamente dibattuto, per il quale a livello europeo sono state identificate strategie preventive differenti. Nel 2007 la Regione Piemonte ha emanato delle Raccomandazioni per la prevenzione della Tuberculosis nelle Strutture Sanitarie.

OBIETTIVI Procedere all'aggiornamento delle Raccomandazioni regionali, adeguandole alle raccomandazioni fornite dalle Linee Guida Ministeriali sull'attività di controllo della TB in ambito assistenziale e all'evoluzione normativa in tema salute e sicurezza dei lavoratori.

METODI Attraverso la metodica del consenso fra esperti, il gruppo di lavoro ha identificato una serie di criticità in merito alle attività di prevenzione della TB: metodiche di valutazione e rivalutazione del rischio, sorveglianza sanitaria, corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale, applicazione di misure di isolamento, gestione degli eventi sentinella. Si è proceduto, quindi, alla revisione delle raccomandazioni regionali precedenti.

RISULTATI Il documento regionale rivede le definizioni di caso di TB contagiosa e aggiorna le raccomandazioni finalizzate all'identificazione precoce. A tal fine il documento introduce misure generali di controllo della trasmissione e aggiorna le raccomandazioni relative al sistema di triage dei pazienti afferenti a strutture sanitarie, raccomandando il ricorso alle comuni misure di igiene respiratoria e introducendo indicazioni specifiche in relazione all'utilizzo di DPI dedicati. Le modalità di isolamento dei pazienti sono differenziate per tipologia di struttura e in relazione alla frequenza di trattamento di pazienti affetti da TB. La revisione introduce protocolli specifici per alcune criticità assistenziali e aggiorna le modalità di identificazione degli eventi sentinella e le modalità di definizione dei contatti, con particolare attenzione alla permanenza nei reparti di soggetti contagiosi oltre le 8 ore e alla presenza di personale sanitario privo di DPI. Per quanto concerne la sorveglianza degli operatori sanitari sono introdotti criteri espliciti per la valutazione del rischio TB delle singole strutture assistenziali e la raccomandazione all'estensione della sorveglianza sanitaria agli studenti e ai frequentatori. È raccomandata l'effettuazione dell'anamnesi vaccinale e del TST a tutti gli operatori sanitari in sede di visita pre-assuntiva e di visite preventive periodiche da calendarizzare secondo il livello di rischio della struttura e della mansione svolta. In caso di TST positivo è raccomandata l'effettuazione del TIG, da utilizzare come test di primo livello ai controlli successivi. È raccomandata la profilassi per la TB latente nei soggetti positivi allo screening, senza ricorso a provvedimenti restrittivi in caso di rifiuto o controindicazioni, salvo che per i soggetti ad elevato rischio.

LIMITI No.

CONCLUSIONI La disponibilità di raccomandazioni prodotte attraverso un processo di revisione sistematica delle evidenze disponibili rappresenta uno strumento utile al fine della tutela della salute e della sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari. La revisione delle Raccomandazioni regionali allinea le procedure di prevenzione della TB alla normativa vigente in tema di tutela della salute dei lavoratori.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Baratti Alberto	Istituzione	Ospedale SS. Annunziata di Savigliano
Telefono	0172 719513	Indirizzo	Via Torino, 143
Fax	0172 719058	CAP	12038
E-mail	alberto.baratti@aslcn1.it	Città	Savigliano

9. L'ambulatorio della gravidanza fisiologica: l'esperienza di San Daniele del Friuli

Basana M, Passoni Ferraro E, Toniutti E, Ursella D, Battistella L, Bianchini E

ASS N. 4 Medio Friuli

BACKGROUND Presso l'Ospedale Sant'Antonio di San Daniele del Friuli (Udine) in data 20.03.2012, è stato avviato il progetto di un ambulatorio dedicato alle gravidanze fisiologiche, gestito dalle ostetriche del Dipartimento Materno Infantile. Come previsto dalle linee guida ministeriali sulla gravidanza fisiologica (SNLG-ISS Gravidanza fisiologica), la prima visita prevede la valutazione del rischio da parte dell'ostetrica e del medico specialista.

OBIETTIVI L'esclusione e il conseguente arruolamento delle pazienti è avvenuta sulla base dei criteri come da Delibera della giunta regionale Emilia Romagna 27 luglio 2011, n. 1097.

METODI In base alla selezione del rischio, le donne con gravidanza fisiologica eseguono controlli periodici ogni 6 settimane con l'ostetrica. L'assistenza alla gravidanza prevede la valutazione dello stato di benessere materno - fetale, quindi non solo la rilevazione di parametri, come la pressione arteriosa, il peso materno, la frequenza cardiaca fetale, la misurazione sinfisi-fondo (dalla 24 sg), la visita ostetrica (da effettuarsi solo su indicazione) e il controllo degli esami clinici, ma anche un'osservazione della salute globale. Si valuterà lo stato di benessere della donna, e qualora vengano evidenziati problemi di stress e tensioni di qualsiasi tipo, si individueranno, attraverso gli strumenti del counselling e del problem solving, le soluzioni personali al fine di riportare la donna nella fisiologia. L'ostetrica quindi programma un piano di assistenza personalizzato basato sui bisogni e le scelte personali di ogni singola donna. Di conseguenza si valuta l'eventuale comparsa di fattori subentranti che possono comportare un rischio per la gravidanza e quindi l'esclusione dall'ambulatorio come da Delibera della giunta regionale Emilia Romagna 27 luglio 2011, n. 1097.

RISULTATI Dal 20.03.2012 al 30.11.2012 presso l'ambulatorio della gravidanza fisiologica sono state arruolate 189 donne al I trimestre di gravidanza, di queste 120 (63,5%) sono risultate essere gravidanze fisiologiche. Le restanti 69 sono state escluse per i seguenti motivi: Pregresso taglio cesareo - 11. Aborto spontaneo alla prima visita - 7. Età - 4. BMI < 18 - 3. BMI > 35 - 3. Conizzazione/dislipia cervicale/Papilloma virus/Condilomi/PAP-TEST positivo - 5. Pregresso aborto tardivo - 2. Pregresso parto pretermine - 2. Pregressa miomectomia - 2. Tiroidite di Hashimoto - 2. Fattore V di Leiden - 2. Pregresso uso di droghe/uso di droghe - 2. Tiroidite/nodulo tiroideo - 2. Pregressa MEF/morte perinatale - 2. Mutazione gene/cromosoma sovrannumerario - 2. Scelta per Legge 194/78 art. 4. Ipotiroidismo. Epatite C. Mutazione genetica. Colestasi gravidica. DIA. Morbo di Gilbert. Epilessia. Uso di antidepressivi. K mammella. Utero setto. Aborto ricorrente. Eterozigosi del gene. MTFHR. Sclerosi multipla. Delle 120 gravidanze fisiologiche 12 (10%) sono state escluse successivamente dall'ambulatorio per i seguenti fattori subentranti: Diabete gestazionale - 4. Aborto tardivo - 3. Parto in altra struttura - 3. Scelta libera professione - 2. Controlli successivi alla prima visita presso altra struttura - 2. Riconcontro HbsAg positivo a 35 sg. Perdite ematiche a 29 sg. Cistiti ricorrenti. Test di Coombs indiretto positivo. In totale, ad oggi, sono giunte a termine di gravidanza 21 donne con i seguenti esiti: 14 (66,5%) parti spontanei 4 (19,5%) parti spontanei in analgesia 3 (14%) tagli cesarei (1 per fallita induzione del parto in preeclampsia a 36 settimane di gestazione, 1 per mancato impegno della parte presentata, 1 per mancata dilatazione del canale cervicale dopo induzione del travaglio mediante PGE2 in gravidanza protratta).

LIMITI Non sono stati rilevati limiti.

CONCLUSIONI Ad oggi all'ambulatorio della gravidanza fisiologica afferiscono circa il 63,5% del totale delle gravidanze seguite presso il nostro Dipartimento, mentre secondo le linee guida SNLG-ISS il numero ottimale di gravide che dovrebbero essere seguite da tale ambulatorio è pari all'85% del totale delle gravidanze. La nostra attuale percentuale è dovuta ad una maggior prudenza nella selezione del rischio, decidendo di escludere anche donne con fattori di rischio di minore importanza. È stata inoltre avviata la somministrazione di un questionario di gradimento dell'ambulatorio: i primi risultati riportano buoni feedback da parte delle gravide seguite dall'ambulatorio. Riteniamo che, anche alla luce dei primi positivi riscontri, la percentuale delle gravide seguite dall'ambulatorio della gravidanza fisiologica andrà aumentando, riportando in tal modo la gravidanza nell'ambito della fisiologia con un progressivo ritorno alle cure della gravidanza nelle mani dell'ostetrica, la professionista che in assoluto è formata per conoscere la fisiologia dei processi e riconoscere eventuali devianze da essa.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bianchini Erika	Istituzione	ASS n. 4 Medio Friuli
Telefono	0432 949325	Indirizzo	Via Pozzuolo, 330
Fax		CAP	33100
E-mail	erikabianchini@virgilio.it	Città	Udine

10. Germi Multiresistenti (MDRO) in ospedale: un sistema di sorveglianza attivo per prevenire la diffusione dei MDRO

Bassetti A, Rosseti R, Pacciani C, Pedullà A, Guarducci D, Di Pietro M, Ruggiano G, Appicciafuoco A, Gori S, Signoroni P

Azienda Sanitaria Firenze

BACKGROUND La diffusione dei MDRO all'interno delle strutture sanitarie è in continuo aumento. Alcuni ceppi gram-negativi multiresistenti di *Klebsiella pneumoniae* e *Acinetobacter baumannii* possono risultare particolarmente pericolosi a causa della loro multi resistenza agli antibiotici e alla mancanza di farmaci efficaci. I ricoverati in Area Critica sono particolarmente esposti ad infezioni da MDRO a causa di numerosi fattori di rischio tra cui comorbidità multiple, procedure invasive, presenza di dispositivi a permanenza, eventuale vicinanza a soggetti colonizzati. Una non corretta igiene delle mani da parte degli operatori appare la principale causa della diffusione dei microrganismi, che talvolta sono in grado di sopravvivere nell'ambiente esterno anche per lunghi periodi. Si ritiene opportuno un sistema di sorveglianza attiva che possa limitare la circolazione di questi pericolosi patogeni in Area Critica.

OBIETTIVI - Strutturare un Sistema di Sorveglianza Attiva per MDRO in area critica. - Evitare la diffusione intraospedaliera di MDRO. - Analizzare e diffondere trimestralmente i dati relativi alla diffusione dei MDRO. - Implementare le procedure e le buone pratiche da osservare in presenza di MDRO.

METODI In area critica è stata definita una popolazione target sulla quale effettuare i test di screening con colture di sorveglianza (tampone faringeo e rettale) per rilevare colonizzazione o infezione da MDRO: - pazienti provenienti da RSA, da altre strutture o da altri reparti con ricovero superiore a 7 giorni; - pazienti con ricoveri ripetuti; - pazienti con anamnesi positiva per ripetuti ricoveri ospedalieri prolungata terapia antibiotica colonizzazione/infezione da MDRO; - pazienti dializzati; - pazienti con CVC a permanenza. Dai reparti di area critica è stata inviata alla Direzione Sanitaria la scheda di segnalazione e la notifica per positività ai MDRO. Per ogni caso segnalato è stata effettuata l'inchiesta epidemiologica da parte della Direzione Sanitaria di Presidio entro 24 ore dalla notifica.

RISULTATI Nel periodo compreso tra gennaio e novembre 2012 la popolazione target individuata in area critica è risultata di 178 pazienti (106 M, 72 F), di età media di 69 anni. Tutti hanno effettuato screening con tampone faringeo e rettale. Di questi, 13 pazienti (7 M, 6 F) sono risultati positivi al test di screening e sono risultati infetti/colonizzati da MDRO, notificati in DSPO ed isolati secondo la procedura. Nei pazienti infetti/colonizzati i MDRO isolati sono stati: *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* e *lwoffii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Stafilococco aureus*. In tutti i casi è stato attuato un isolamento funzionale con distanza di 1,5 metri dall'altro paziente con codice colore giallo riconducibile ad un isolamento da contatto.

LIMITI Non sono presenti protocolli condivisi tra ospedale e strutture per lungodegenti, relativi a terapia antibiotica. Non è stato possibile effettuare la tipizzazione dei germi isolati da parte del laboratorio.

CONCLUSIONI Nel periodo gennaio-novembre 2012 la diagnosi e segnalazione sono state tempestive e la procedura corretta è stata eseguita in tutti i casi. L'individuazione di una popolazione a rischio ha permesso la segnalazione anche dei pazienti colonizzati ed ha facilitato la comunicazione, sulle precauzioni di isolamento da adottare, tra tutti gli operatori. Non si sono verificati focolai di infezione secondaria. Il sistema di sorveglianza attiva mantiene alto il livello di attenzione del personale e consente di attuare le corrette misure di controllo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Rosseti Rossella	Istituzione	Azienda Sanitaria di Firenze
Telefono	055 9508463	Indirizzo	Piazza Santa Maria Nuova, 1
Fax		CAP	50122
E-mail	rossella.rosseti@asf.toscana.it	Città	Firenze

11. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dell'Anziano con frattura di femore
Bianchi M
ASL VCO

BACKGROUND Il miglioramento della qualità della cura e dell'assistenza ai pazienti è correlato a un processo di integrazione e controllo tra e dei processi sanitari, nella prospettiva del miglioramento continuo, compatibilmente con le risorse disponibili e con il contesto aziendale.

OBIETTIVI La Direzione Generale dell'ASL VCO ha stabilito di ottemperare a quanto disposto dalla Regione Piemonte con DGR n. 19-2664 del 3/10/2011 "Attuazione Piano di Rientro. Definizione dei percorsi clinico organizzativi del paziente politraumatizzato" inserendo nell'ambito degli obiettivi aziendali il PDTA "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dell'Anziano con Frattura di Femore" di cui al capitolo 29 pag. 57 Allegato A della suddetta DGR.

METODI Le Strutture Organizzative coinvolte nei PDTA applicano la fase del percorso aziendale per quanto di competenza facendo riferimento alle scelte clinico-organizzative già individuate e validate a livello locale e regionale. Gli obiettivi sono selezionati facendo riferimento a singoli episodi del PDTA, e monitorati trimestralmente attraverso un indicatore. I Direttori di SOC danno indicazioni di applicare quanto specificato nell'obiettivo e delegano ai Responsabili Qualità-Rischio la raccolta dei dati che permettono di misurare il raggiungimento degli standard indicati per ogni singolo obiettivo. La modalità di raccolta degli indicatori è effettuata utilizzando schede appositamente predisposte dai Responsabili Qualità di SOC e dal Responsabile Aziendale e, solo in casi selezionati, revisionando le Cartelle Cliniche. I dati del monitoraggio e della valutazione effettuata dai Referenti dell'Area Chirurgica ed Emergenza-Urgenza sono trasmessi dal Responsabile Qualità Aziendale alla Direzione Generale per la verifica da parte del Nucleo di Valutazione.

RISULTATI Selezionata la tipologia di Paziente, soggetto > 65 anni con sospetta/frattura di femore, e un valore soglia per ognuno degli indicatori attribuiti alle SOC attive nel PDTA, sono stati raccolti e verificati i seguenti dati (in nero lo standard attribuito, verde lo standard raggiunto, in rosso lo standard non raggiunto) relativi al trimestre luglio-settembre 2012: - Medicina e Chirurgia d'Urgenza: 83/90% casi con attribuzione codice giallo, 90/90% casi gestione dolore secondo Protocollo Aziendale; - Orto-Traumatologia: 83/90% casi con consulenze effettuate entro 1h dalla chiamata da MCU; 62/60% casi operati entro 48h dal ricovero; 80/100% casi con gestione dolore secondo POA; 54/70% casi rimozione catetere vescicale entro 72h dall'intervento chirurgico; - Anestesia-Rianimazione: 86/80% casi con consulenza entro un'ora dalla chiamata da MCU, 69/80% casi con prescrizione Protocollo Aziendale Dolore; - Cardiologia: 83/80% casi con refertazione dell'ECG entro un'ora dalla chiamata da MCU; - Laboratorio Analisi: 76/80% casi con refertazione RX entro un'ora dalla chiamata da MCU; - Radiodiagnostica: 63/80% casi con refertazione RX entro un'ora dalla chiamata da MCU; - SIMT: 100/80% casi con refertazione Emogruppo e T.S. entro un'ora dalla chiamata da MCU; - Sala Operatoria: 98/100% schede compilate accoglienza in S.O., 0/100% checklist per la sicurezza in sala operatoria compilate (dal 15/12/2012 sarà attivata la checklist per la sicurezza in sala operatoria anche per i casi non programmati); - RRF: 100/90% casi con PRI entro 48h dall'intervento chirurgico, 100/90% casi presi in carico dal Fisioterapista entro le 48h dall'intervento chirurgico, esclusi i casi trattati chirurgicamente nella giornata di venerdì (non prevista la presenza del fisiatra e della fisioterapista durante festivi e prefestivi); - Geriatria: 100/90% casi presi in carico entro le 48h dalla richiesta di consulenza (non prevista la presenza del geriatra e dell'assistente sanitaria durante festivi e prefestivi). Dei 17 indicatori, 9 (in verde) sono stati raggiunti entro i tre mesi (1° luglio-30 settembre us) dall'inizio del monitoraggio mentre i 7 non raggiunti (in rosso) sono attualmente oggetto di valutazioni interne alle SOC per le conseguenti azioni di miglioramento.

LIMITI La raccolta degli indicatori richiede l'audit delle cartelle cliniche e/o schede cartacee con aggravio del lavoro per gli operatori sanitari, si prevede la standardizzazione del processo di raccolta dati attraverso l'inserimento degli indicatori nella cartella clinica elettronica.

CONCLUSIONI La verifica da parte del Team degli indicatori selezionati ha consentito una valutazione dello stato dell'arte del percorso di gestione della frattura di femore attivando degli automatismi virtuosi nella cura dei Pazienti, migliorando complessivamente le tempistiche di visita dei consulenti e ottemperando a quanto indicato dalla DGR n. 4-2495 del 03/08/2011, superando la soglia del 60% dei pazienti operati entro 48 dal ricovero.

Indirizzo per la corrispondenza

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

12. Prevalenza delle Lesioni da Pressione e livello di rischio nel setting assistenziale pediatrico

Biermann KP, De Masi S, Del Regno S, Abarca Lopez M, Cappelletti G, Catarzi F, Dallai L, Degli Innocenti Rossi G, Francini S, Lenzi L

Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, Firenze

BACKGROUND Le Lesioni da Pressione (LdP) sono aree localizzate di danno tissutale causato da forze di pressione e/o trazione e/o frizione in soggetti fragili. Il mantenimento dell'integrità della cute è una priorità dell'assistenza infermieristica di cui è indicatore di qualità. I bambini rispetto agli adulti presentano fattori di rischio per lo sviluppo di lesioni cutanee specifici e rilevanti. Uno studio di prevalenza del 2006, effettuato in Regione Toscana su una popolazione di 7.201 soggetti, ha escluso dall'elaborazione statistica dei dati, i 105 soggetti reclutati in pediatria. Lo studio del 2006 riporta una prevalenza di ulcere da pressione pari al 3,8% nell'adulto.

OBIETTIVI Gli obiettivi principali del presente lavoro sono: - stimare la prevalenza di LdP in una popolazione pediatrica; - stimare la prevalenza dei fattori di rischio per LdP, e il loro valore predittivo della condizione; - descrivere l'utilizzo dei presidi antidecubito, la presenza di dolore per qualunque causa e durante la medicazione in presenza di LdP nei pazienti pediatrici; - identificare aree critiche per la qualità dell'assistenza infermieristica; - progettare interventi di miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica relativamente alla prevenzione e cura di tali lesioni; - allestire un sistema di monitoraggio periodico mirante alla valutazione di frequenza della condizione e alla ricognizione sulla qualità dell'assistenza; - promuovere l'adozione di un linguaggio comune da parte della rete di operatori coinvolti ogni giorno nella pratica assistenziale della prevenzione, diagnosi e trattamento delle LdP.

METODI Nel corso di un'unica giornata sono stati reclutati tutti i soggetti di età ≤ 18 anni ricoverati in regime ordinario nei reparti dell'AOU Meyer. Per ciascun soggetto è stata compilata una scheda standard includente la valutazione del rischio (basata sull'uso della scala di Glamorgan) e la identificazione di LdP, oltre che la loro gravità e sede, mediante impiego della scala EUPAP. In accordo a quanto prescritto dalla scala Glamorgan il rischio di LdP è stato classificato in assente (punteggio =10), alto (≥ 15) e molto alto (>20). Attraverso la ricostruzione delle durate di degenza di ciascun soggetto reclutato è stata stimata l'incidenza di LdP x 1000 giornate di degenza. Per la rilevazione del dolore è stato utilizzata la Scala NAS relativa alla Buona Pratica della Regione Toscana. I dati rilevati sono stati registrati in un database in formato MS Access ed elaborati con il software STATA.

RISULTATI Sono stati arruolati 141 soggetti, pari ad un tasso di occupazione dei posti letto del 79.8%. Il 9.2% del campione è rappresentato da lungodegenti, il 56% è di sesso maschile e il 4.3% è rappresentato da neonati. Il 35.5% della popolazione è sottopeso, il 12.7% sovrappeso. Il tasso di prevalenza stimato per l'intero ospedale è pari a 2 LdP su 141 ricoveri (1.4%), concentrate nel reparto di rianimazione pediatrica (2 LdP su 6 ricoveri con tasso di prevalenza pari a 33.3%). La prevalenza è simile nei due sessi e si concentra sui bambini normo e sottopeso. Il tasso di incidenza stimato è pari a 2.2/1000 giornate di degenza per l'intera AOU, (52.6/1000 giornate di degenza nel reparto di rianimazione). Le sedi di LdP più frequentemente osservate sono l'occipite, le orecchie e le skin breakdown provocate da dispositivi medici. Il 65% dei ricoverati ha almeno un rischio base (≥ 10) secondo la performance della Scala Glamorgan e una classificazione di rischio molto alto (≥ 20) ha un Valore Predittivo Positivo del 6% circa. In genere, il dolore è assente nell'86.6% dei casi, nell'11.8% è presente in lieve entità mentre viene segnalato molto o moltissimo dolore nell'1.6%, indipendentemente dalla presenza di LdP. In funzione del numero limitato di lesioni e del loro basso grado EUPAP non viene segnalato la presenza di dolore durante la medicazione.

LIMITI La scarsa numerosità di lesioni identificate, non permette particolari inferenze e suggerisce la progettazione di indagini multicentriche e/o di incidenza, in grado di garantire più ampie numerosità campionarie. La stima di incidenza risulta molto approssimativa poiché basata sulla ricostruzione retrospettiva delle giornate di degenza e sull'assunto di nessun evento intercorrente (LdP) tra la data di ricovero e la data di rilevazione.

CONCLUSIONI La prevalenza di LdP nella popolazione pediatrica è pari al 1.4%, e si concentra, come atteso, nel reparto di rianimazione. La Direzione Infermieristica ha previsto fra i progetti 2013 la costituzione di un gruppo di lavoro che curi la stesura di un protocollo aziendale per la completa applicazione di quanto previsto dalla Buona Pratica Regionale.

Indirizzo per la corrispondenza

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

13. La valutazione del processo riabilitativo psicosociale nel centro diurno: strumenti per l'Assessment e la progettazione individualizzata
Bisogno A, Galdi G, Del Buono G, Del Sorbo G, Buondonno L, Fausto A, Cascone L
<i>ASL Salerno</i>

BACKGROUND L'utilizzo di strumenti di monitoraggio e di verifica quale presupposto della programmazione di interventi terapeutici riabilitativi psicosociali (PTRI) costituisce un elemento di miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'assistenza erogata. L'analisi degli esiti e la cognizione delle acquisizioni non possono essere lasciate al giudizio intuitivo ma devono risultare oggetto di una valutazione metodologicamente misurabile e riproducibile.

OBIETTIVI L'obiettivo delle attività del Centro Diurno Riabilitativo (CDR) è quello di evitare interventi inefficaci o non valutabili nella misura dell'ottimizzazione delle risorse attribuibili. La valutazione trasversale e longitudinale risulta essere funzionale alla programmazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) attraverso un'analisi dettagliata e puntuale delle risorse e delle criticità incontrate e, pertanto, gli strumenti adottati devono essere di uso semplice e diffusibile.

METODI L'UO di Salute Mentale di Cava de' Tirreni-Costa d'Amalfi nell'articolazione specifica del CDR ha realizzato una cartella individuale specifica per i programmi di riabilitazione. La cartella prevede la sottoscrizione del Consenso Informato al trattamento dei dati e al programma riabilitativo personali; a questa segue una scheda di accesso, che comprende una breve descrizione delle caratteristiche funzionali dell'utente a cura da parte dello psichiatra del CSM inviante. Il core della cartella è costituito dalla definizione di quattro Aree: attività socialmente utili; relazioni interpersonali e sociali; cura di sé; comportamenti disturbanti o aggressivi, che diventano oggetto di una descrizione sintetica da parte degli operatori della riabilitazione, e che fungono da presupposti all'individuazione delle aree di attività funzionali nell'elaborazione del PTRI. Allo stesso tempo tali aree corrispondono a quelle esplorate attraverso la scala di valutazione Personal Social Performance (PSP), selezionata in quanto coniuga caratteristiche di semplicità di applicazione, che ne favoriscono un utilizzo estensivo all'interno dell'equipe multiprofessionale, e caratteri di validità scientifica e di confrontabilità seriale. La cartella ha una struttura modulare, per cui a questa prima valutazione seguono N. valutazioni periodiche ognuna delle quali acquista valore di verifica ed aggiornamento del PTRI, con la relativa PSP che fornisce una misurazione sinteticamente oggettiva dell'andamento del lavoro svolto con l'utente. A completamento della cartella vengono tenuti i diari relativi agli interventi di inclusione sociale, di ricerca lavoro, con uno schema che contempla l'inserimento in laboratori, partecipazione a corsi di formazione professionale, assegnazione di borse-lavoro, o inserimento in cooperativa sociale. La cartella termina con una descrizione delle azioni di collegamento con le altre articolazioni dell'UOSM, che hanno valore di feedback esterno alle azioni di monitoraggio dell'andamento complessivo del PTRI.

RISULTATI L'adozione della cartella ha comportato un'implementazione quali-quantitativa del lavoro svolto presso il Centro Diurno. Una prima ricaduta della migliore performance del Centro Diurno può essere dedotta dall'incremento del numero di utenti in carico che è passato, nell'ultimo anno, da 45 a 62, con il 65% di PTRI sviluppati, e la registrazione incrementale degli interventi riabilitativi, passati da 2350 a 2820. Dal punto di vista clinico si è osservato una riduzione degli episodi di riacutizzazione tra gli utenti in carico, tale da non richiedere, nell'anno, nuove ospedalizzazioni. Infine si è riscontrato un netto incremento della partecipazione, sia in termini di frequenza che di costanza nel tempo, alle attività laboratoriali e di formazione professionale del 21%, con l'acquisizione nel 30% degli utenti di una soddisfacente autonomia sociale e di competenze lavorative.

LIMITI La programmazione del PTRI viene elaborata in relazione ad attività strutturate, individuate tra quelle più consone e appropriate all'acquisizione di abilità e funzioni carenti e al rafforzamento di quelle presenti, che rimangono sostenibili nella misura delle risorse attribuite. La descrizione analitica delle caratteristiche dei singoli pazienti e delle motivazioni espresse dallo psichiatra di riferimento favoriscono una presa in carico condivisa, sebbene i profili clinici non convergano sempre con la prospettiva progettuale riabilitativa.

CONCLUSIONI L'adozione di una cartella clinica, che integra l'analisi descrittiva con profili psicometrici, diventa parte integrante di un processo che, a partire dalla valutazione iniziale, porta alla formulazione del progetto terapeutico individualizzato (PTRI). Attraverso progressive e modulari rivalutazioni si costituisce uno strumento utile a perseguire le finalità proprie del CDR, quando strettamente integrate con le progettualità terapeutico-riabilitative complessive delle diverse articolazioni operative del Servizio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bisogno Alfredo	Istituzione	ASL Salerno
Telefono	089 4455438	Indirizzo	Via Nizza, 146
Fax		CAP	84124
E-mail	alfredo.bisogno@tin.it	Città	Salerno

14. Il piano di rientro: limiti ed opportunità per un servizio di salute mentale

Bisogno A, Mennella R, Del Sorbo G, Buondonno L, Benincasa V, Cascone L

ASL Salerno

BACKGROUND Gli interventi imposti dal piano di rientro regionale legati al grave disavanzo economico-finanziario che si è generato nel nostro territorio hanno determinato un riassetto dell'attività programmatica e gestionale dei servizi sanitari.

OBIETTIVI È necessario individuare interventi di razionalizzazione volti a contenere gli effetti della recessione economica e ad attemperare alle linee di indirizzo aziendali, utilizzando al meglio le risorse umane disponibili per fronteggiare l'aumento di richiesta di aiuto dell'utenza in carico presso i nostri servizi ed anche accogliere la nuova domanda della popolazione territoriale. La UO Salute Mentale (UOSM) Cava de' Tirreni-Costa d'Amalfi è intervenuta con l'attuazione di programmi di prevenzione, con progetti speciali, con la messa in rete delle articolazioni strutturali dell'UO e con interventi integrativi socio-sanitari.

METODI 1. La predisposizione di un'assegnazione flessibile delle risorse umane, ovvero l'impiego razionale del personale distribuito sulle diverse articolazioni della UOSM per la realizzazione delle attività ambulatoriali, domiciliari e riabilitative. La flessibilità turnistica consente da un lato di accrescere la professionalità degli operatori e dall'altro di ottimizzare le risorse del Servizio con conseguente riduzione dei costi. 2. L'attuazione di un programma di razionalizzazione dell'attività domiciliare mediante un'azione di monitoraggio e valutazione in equipe dei pazienti a rischio di riacutizzazione attraverso una griglia di Valutazione del Rischio Psichiatrico ed una programmazione accurata della stessa, determinata secondo alcuni criteri, quali: gravità della diagnosi, fase della malattia e valutazione ad hoc (osservazione dello stato psichico, della condizione socio-relazionale e del comportamento). 3. La messa in campo di una revisione sistematica dei programmi riabilitativi residenziali e semiresidenziali, la ricerca e promozione di sinergie ed integrazioni con associazioni e volontariato ed una rimodulazione funzionale della struttura residenziale (SR).

RISULTATI La predisposizione di un piano di lavoro flessibile, maggiormente coerente con le prerogative di un servizio territoriale, consente di mantenere attive tutte le articolazioni della UOSM. Il personale a disposizione è stato distribuito nelle proporzioni del 40% in orario a.m., 30% in orario p.m. e 20% in orario notturno. Questa distribuzione ha consentito l'ottimizzazione delle ridotte risorse, un contenimento del ricorso al lavoro straordinario, la migliore adesione ai percorsi terapeutico-assistenziali territoriali. L'adozione di un sistema di valutazione e di monitoraggio alla base della programmazione delle attività domiciliari ha sostenuto l'elaborazione e la revisione dei PTRI dell'utenza in carico, passati dal 51,2 al 60%, con l'incremento del 22,4% delle prestazioni territoriali programmate rispetto al periodo di riferimento. Tutto ciò ha consentito di contenere da un lato l'ospedalizzazione del 15% ed il relativo aggravio di costi diretti ed indiretti, dall'altro di fornire un'adeguata assistenza sanitaria, intervenendo sulle risorse dell'utente e del suo micro e macro-contesto. Attraverso i percorsi che vedono costantemente affiancati operatori e volontari si è realizzata un'interazione partecipe che ha consentito la realizzazione di laboratori riabilitativi finalizzati allo sviluppo e consolidamento delle autonomie individuali, indirizzando tale attività all'inclusione sociale ed all'occupazione lavorativa. La duttilità dei processi di ammissione e dimissione della SR ha sostenuto il turnover degli ospiti (IR=1,7).

LIMITI Il management operativo deve prevedere necessariamente competenze, autonomia e responsabilità professionali specifiche per ogni profilo, tra loro fortemente e dinamicamente integrate nelle rispettive linee di attività assistenziali, ai fini del conseguimento di livelli prestazionali appropriati, tempestivi e quali-quantitativamente soddisfacenti. Il prioritario investimento sulla formazione continua individuale e di equipe, unitamente alla garanzia di una dotazione organica adeguata, rappresentano i cardini ineludibili della sostenibilità del sistema sanitario in forte e critica evoluzione.

CONCLUSIONI Il processo di ottimizzazione delle risorse professionali e di accrescimento delle competenze delle equipe territoriali ha favorito lo sviluppo di azioni di governo clinico e di processi gestionali trasversali, che hanno consentito il rientro nel fondo programmato ai fini del riequilibrio economico. L'intervento preventivo e precoce della crisi ha inciso sull'appropriatezza clinica ed adeguatezza economica del ricovero. L'investimento sulla formazione dei volontari, le sinergie con le associazioni dei familiari e con gli altri Enti istituzionali consentono un risparmio dei costi sanitari e gettano le basi per il consolidamento di una mentalità cooperativistica con le reti formali ed informali del territorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bisogno Alfredo	Istituzione	ASL Salerno
Telefono	089 4455438	Indirizzo	Via Nizza, 146
Fax		CAP	84124
E-mail	alfredo.bisogno@tin.it	Città	Salerno

15. La somministrazione di farmaci tritati in RSA: un'indagine di prevalenza e implicazioni per la pratica

Boeri C¹, Castaldo A², Melo T³

¹Ospedale San Giacomo, Ponte dell'Olio (PC), ²Provincia Religiosa S. Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo, Milano, ³Ospedale San Raffaele, Milano

BACKGROUND Le persone anziane, soprattutto istituzionalizzate, sono persone molto fragili, in quanto comorbidi e disabili, sia dal punto di vista motorio che cognitivo. Ne consegue un maggior ricorso alla farmacoterapia, che se da un lato ha l'obiettivo di alleviare la sintomatologia, dall'altra pone l'anziano a maggior rischio di reazioni avverse. La difficoltà di deglutizione e il rifiuto della terapia, tipiche soprattutto delle persone con demenza di grado avanzato, rappresentano le maggiori problematiche per le quali si ricorre alla somministrazione di farmaci alterati (tritati, aperti, camuffati nel cibo). Tale pratica però non è scevra di rischi sia in termini di efficacia terapeutica sia di eventi avversi, tra cui le interazioni (Haw, 2007; Van den Bemt, 2009); e inoltre pone gli infermieri a rischio di eventi avversi dovuti alla manipolazione e all'inalazione delle polveri di farmaci particolarmente tossici, come gli antibiotici e i citotossici. Nell'ultimo decennio il fenomeno è stato indagato da diversi autori; Kirkevold & Engedal (2010) trovarono che il 23,3% dei residenti nelle nursing homes norvegesi assumevano farmaci tritati, principalmente per difficoltà di deglutizione. In Italia invece ad oggi è stato scarsamente esplorato.

OBIETTIVI Scopo della ricerca era conoscere, nella popolazione anziana residente in RSA, la prevalenza della somministrazione alterata di farmaci (capsule aperte o compresse tritate) per via orale ed enterale e l'aderenza della modalità di somministrazione alle indicazioni delle case farmaceutiche.

METODI Tra Gennaio-Febbraio 2012 è stato effettuato un cross-sectional study, impiegando diversi metodi: - l'osservazione sistematica della somministrazione della terapia orale/enterale; - l'analisi della documentazione clinica; - una breve intervista all'infermiere di nucleo. Il campione era rappresentato dagli ospiti residenti in tre RSA di Milano che includevano sia nuclei ordinari sia specializzati per persone affette da demenza (circa 700 persone).

RISULTATI Più dei due terzi degli ospiti osservati assumeva dai 6 ai 15 principi attivi al giorno; la quasi totalità assumeva fino a 10 farmaci per via orale/enterale die. Il 40% degli ospiti assumeva la terapia orale (compresse, capsule) in modo alterato. Su 2639 somministrazioni, 785 erano alterate e tra queste il 43,1% dei principi attivi venivano somministrati in modo non conforme alle indicazioni farmaceutiche. La prevalenza di farmaci camuffati era lievemente inferiore (20,2%). Gli ospiti che assumevano farmaci alterati e/o camuffati, rispetto a quelli che l'assumevano integra, erano più comorbidi e più compromessi in termini di capacità cognitive e funzionali ($p=0.000$). La difficoltà di deglutizione rappresentava la motivazione principale per la triturazione e il camuffamento dei farmaci.

LIMITI I limiti del presente studio sono riconducibili alla scarsa rappresentatività della popolazione anziana istituzionalizzata in RSA. Infatti, se si fa riferimento ai residenti nelle RSA della città di Milano (9097) il campione preso in esame (697 ospiti) rappresenta rispettivamente il 7,6% e solo l'1,2% rispetto agli ospiti delle RSA di tutta la Lombardia (circa 60.000), (dati aggiornati a novembre 2011, regione Lombardia). Per tale motivo i risultati non sono generalizzabili. Le diverse unità di misura utilizzate dagli autori che hanno affrontato tale pratica (prevalenza riferita ai pazienti, frequenza in riferimento al totale delle somministrazioni, frequenza della procedura riferita dagli infermieri) hanno limitato il confronto dei risultati.

CONCLUSIONI La necessità di triturare i farmaci rappresenta un'area da considerare attentamente e sulla quale investire, per definire strategie volte alla prevenzione di eventi avversi farmacologici nei pazienti ma anche di malattie professionali. È auspicabile che a vari livelli istituzionali, aziendali e professionali siano implementati programmi multidimensionali, che includano il monitoraggio degli eventi avversi. L'aggiornamento delle conoscenze, la gestione del rischio clinico, la multidisciplinarietà e l'integrazione dei principali professionisti sanitari (medico, infermiere, farmacista, risk manager), rappresentano le fondamenta su cui basare la gestione della somministrazione della terapia orale. Sono necessari ulteriori studi per approfondire le strategie alternative alla triturazione/apertura dei farmaci, in previsione di un ulteriore aumento della disabilità conseguente ad una crescita dell'aspettativa di vita.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Boeri Camilla	Istituzione	Casa di Cura S. Giacomo S.r.l.
Telefono	0523 579057	Indirizzo	Via San Bono, 3
Fax		CAP	29028
E-mail	camy_b87@hotmail.it	Città	Ponte dell'Olio

16. Raccordo operativo tra il Sistema 118 e i Distretti nell'ASS1 Triestina. La protezione della fragilità
Bogatec E, Altomare O, Milos M, Simeoni T, Brajnik B, D'Ambrosi G
<i>ASS n. 1 Triestina</i>

BACKGROUND Il Sistema 118 di Trieste afferisce all'ASS1 Triestina ed è l'unico in Regione FVG a non far parte dell'Azienda Ospedaliera. La popolazione triestina, che conta circa 240 mila abitanti, è caratterizzata da una particolare situazione demografica che conta un elevato numero di anziani con quasi il 28% di ultrasessantacinquenni, oltre il 14% di ultrasessantacinquenni e circa il 5% di ultraottantenni. Più di 3000 anziani sono ricoverati nelle case di riposo. Si evidenzia un ricorso improprio di accessi al Pronto Soccorso da parte degli anziani. Per rispondere ai bisogni di salute della popolazione triestina, il 118 ha sviluppato una modalità innovativa di continuità assistenziale h24, integrata con i Distretti, il Servizio di Continuità Assistenziale, la Medicina Generale ed il Centro Cardio-Vascolare.

OBIETTIVI L'attivazione dei servizi distrettuali e dei Dipartimenti territoriali a seguito dell'intervento sanitario del Sistema 118 può rappresentare una adeguata risposta per limitare il tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana ed il ricorso improprio al Pronto Soccorso ospedaliero.

METODI L'analisi del contesto ha evidenziato un elevato tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana e un elevato ricorso al Pronto Soccorso tramite il 118. Risultava elevata l'ospedalizzazione di anziani provenienti dalle case di riposo. La ricerca prodotta da un gruppo di lavoro ha evidenziato che molte situazioni potevano essere gestite efficacemente a domicilio attraverso l'intervento integrato tra il 118 ed i servizi distrettuali. Sono state formalizzate delle procedure ad hoc: - diagnostica radiologica e di laboratorio immediata in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera; - integrazione h24 con il Servizio Infermieristico dei Distretti; - integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale e la Medicina Generale; - percorso diagnostico e di riadattamento terapeutico per patologie cardiache croniche e non acute in sinergia con il Centro Cardio-Vascolare territoriale (CCV) attraverso la teletrasmissione diretta dell'ECG. Sono stati organizzati percorsi formativi per il personale infermieristico dei Distretti, del CCV e del 118. È stata attivata una procedura per ottimizzare h24 gli interventi delle persone in carico ai Distretti: con cadenza programmata viene trasmesso al 118 il planning aggiornato delle persone in carico. È stato istituito nella Centrale Operativa del 118 un registro informatico delle persone con fragilità che contiene tutte le informazioni necessarie per garantire maggiore efficacia negli interventi di soccorso.

RISULTATI L'attivazione delle procedure integrate negli interventi domiciliari ha determinato un filtro globale agli accessi impropri al PS che è incrementato del 160% in 4 anni (da 1048 nel 2008 a 2724 nel 2011). Gli accessi in codice bianco in Pronto Soccorso sono diminuiti del 11,4% nel triennio 2009 - 2011. Nello stesso periodo sono diminuiti del 9,97% anche gli accessi al Pronto Soccorso tramite il 118.

LIMITI I pazienti con situazioni che richiedono l'intervento specialistico in orario notturno e festivo e/o di difficile risoluzione domiciliare, vengono accompagnati ai servizi ospedalieri. Un fattore critico per il mantenimento della persona al proprio domicilio è rappresentato dall'età avanzata dell'assistito e/o del care giver o dal nucleo familiare monocomponente.

CONCLUSIONI Il 118 rappresenta lo snodo fondamentale dell'articolata organizzazione dell'ASS1 Triestina: oltre a gestire l'emergenza, è in grado di scegliere la risposta migliore per il cittadino attivando i vari servizi territoriali. I dati dimostrano che è possibile offrire una risposta adeguata che riduca gli accessi al Pronto Soccorso nei casi di urgenza differibile e gestibile attraverso l'integrazione con i Distretti, il Servizio di Continuità Assistenziale, la Medicina Generale ed il CCV. Questo offre al cittadino garanzia di una risposta calibrata ai suoi bisogni mettendo in moto l'articolata struttura dell'Azienda Sanitaria territoriale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bogatec Elisa	Istituzione	ASS n. 1 Triestina
Telefono	040 3995034	Indirizzo	Via del Farneto, 3
Fax	040 3995270	CAP	34142
E-mail	elisa.bogatec@ass1.sanita.fvg.it	Città	Trieste

17. Applicazione della S.B.A.R. in due percorsi condivisi nell'Azienda Ospedaliera di Perugia: Sicurezza della cura e sicurezza del paziente

Bologni D, Pioppo M, Orlandi W, Torroni D, Zucconi M, Bernardini I

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND La complessità dell'organizzazione sanitaria e nello specifico di un'Azienda Ospedaliera necessita di un approccio multidimensionale e sistemico con strategie assistenziali ed attività direttamente cliniche senza venir meno alla salvaguardia della sicurezza del paziente e degli operatori. La nostra Azienda si avvale di una breve checklist secondo la strategia che l'OMS ha indicato come fondamentale per la sicurezza (Patient Safety Solutions) sollecitando l'utilizzo dell'approccio SBAR: - Situazione - qual è il problema? - Background - descrizione sintetica, mirata allo scopo degli elementi pregressi significativi - Accertamento - cos'hai trovato? - Raccomandazioni - cosa chiedi, cosa suggerisci?

OBIETTIVI L'uso della SBAR si pone l'obiettivo di aumentare la sicurezza al paziente nonché rendere evidenti tutte le azioni compiute al fine di snellire il percorso e di fornire la cura ed assistenza più appropriata.

METODI L'approccio tramite SBAR si struttura nel percorso del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico traumatologico ed in quello del paziente con fibrillazione atriale. Tale percorso ha visto la formazione di circa 125 persone tra medici ortopedici, cardiologi ed infermieri del Pronto Soccorso ortopedico e cardiologico.

RISULTATI A partire dal 1° novembre 2011 la Direzione Medica Ospedaliera ha strutturato con gli operatori il percorso del paziente ortopedico traumatologico da sottoporre ad intervento chirurgico. È stata adottata una check-list-SBAR riportante le azioni e la priorità di inserimento e, secondo i principi della moderna Ortogeriatrics, è stato previsto l'accesso del medico geriatra presso la S.C. di Ortopedia-Traumatologia. Il percorso è stato studiato mediante l'utilizzo di indicatori di qualità dell'assistenza (% soggetti operati entro 48h), indicatori di processo (% delle azioni previste dalla SBAR ed eseguite al primo livello di presa in carico del paziente), indicatori di esito dell'assistenza (% mortalità intra-ospedaliera). Per ottenere tali risultati sono stati messi a confronto un gruppo di soggetti valutati secondo l'approccio dell'ortogeriatrics e dell'utilizzo della SBAR (anno 2012) rispetto ad un gruppo controllo storico antecedente a tale percorso (anno 2011). In particolare si è ottenuto che: la percentuale dei soggetti operati entro le 48 ore è passata dal 35.2% al 43.7% ($p < 0.01$). Per quel che concerne il percorso del paziente con fibrillazione atriale si è fatta innanzitutto una distinzione tra persona inviata al Pronto Soccorso (PS) con o senza richiesta del MMG o del Medico di continuità assistenziale. Il paziente accolto presso il PS viene inviato all'ambulatorio cardiologico dove viene valutata la possibilità della cardioversione farmacologica o elettrica e di conseguenza il ricovero o la dimissione.

LIMITI Non siamo ancora in possesso dei risultati ufficiali riguardanti il percorso cardiologico che constano nella riduzione dei DRG impropri.

CONCLUSIONI L'approccio scelto si è rivelato efficace nel paziente ortopedico e ci attendiamo medesimi risultati in quello cardiologico. Ci auspichiamo che il principio della SBAR trovi applicazione e che venga integrato come nella nostra realtà all'interno di specifici percorsi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bernardini Ilaria	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5784323	Indirizzo	Piazzale Giorgio Menghini
Fax	075 5783531	CAP	06156
E-mail	ilaria.bernardini@ospedale.perugia.it	Città	Perugia

18. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Educazionale (PDTE) "Io e l'Asma". Analisi e risultati di 153 bambini che non hanno terminato il percorso sulla diagnosi e sui livelli di controllo dell'asma

Brioni A, Pluda A, Colombo D, Epis E, D'Agata E, Facchetti S, Gretter V, Spiazzi R, Guarnaccia S

A.O. Spedali Civili Brescia

BACKGROUND Il PDTE "Io e l'Asma" viene utilizzato presso il Centro "Io e l'Asma" (www.ioeasma.it) che eroga il servizio attraverso l'Ambulatorio di Broncopneumologia, Ospedale dei Bambini, Spedali Civili, Brescia. È il risultato di un percorso iniziato con i medici di famiglia negli anni 2000 con l'obiettivo di adattare le linee guida internazionali a livello locale. L'implementazione del Progetto che ha portato alla strutturazione e alla utilizzazione del PDTE. (PCRJ 2007, Medico&Bambino 2012).

OBIETTIVI Individuare e analizzare la diagnosi e i livelli di controllo dell'asma nei bambini che hanno effettuato solo una visita. Individuare, analizzare e verificare se i bambini con due visite hanno ottenuto la diagnosi di asma, migliorato i livelli di controllo.

METODI Il PDTE è costituito di 3 valutazioni cliniche e funzionali ad intervalli di 8 settimane. Alla fine della prima visita, integrato nel percorso, viene proposto ai genitori un corso individuale di Educazione Terapeutica. Lo studio analizza i bambini da 0-14 valutati dal 2007-2010. Gruppo Target: Bambini suddivisi in due fasce d'età (0-5 e 6-14 anni).

RISULTATI Bambini totali 668 età 0 e 14 anni: - 515 hanno completato il PDTE (non sono oggetto dello studio, Medico&Bambino 2012); - 153 rappresenta il campione in analisi Bambini che hanno effettuato 1 visita 0 e 5 anni; totale 46: 30 maschi, 16 femmine, 41 caucasici e 5 non Livelli di controllo: 7 (15%) asma controllata, 18 (38%) parzialmente controllata, 3 (7%) asma non controllata Diagnosi/Sintomi: 28 (40%): 13 (29%) tosse, 3 (7%) sospetto asma da sforzo, 1 (2%) difficoltà respiratoria, 1 (2%) rinocongiuntivite. 6 e 14 anni: totale 43: 30 maschi, 13 femmine, 39 caucasici e 4 non Livelli di controllo: 5 (12%) asma controllata, 11 (26%) parzialmente controllata, 7 (16%) asma non controllata Diagnosi/Sintomi: 20 (46%): 13 (30%) tosse, 3 (7%) wheezing controllato, 2 (5%) wheezing parzialmente controllato, 1 (2%) BPN, 1 (2%) sospetto asma. Bambini che hanno effettuato 2 visite 0 e 5 anni; 27: 17 maschi, 10 femmine, 25 caucasici e 2 non PRIMA VISITA Livelli di controllo: 7 (26%) asma controllata, 13 (48%) parzialmente controllata, 1 (4%) asma non controllata Diagnosi/Sintomi: 6 (22%) di cui: 5 (18%) tosse, 1 (4%) dispnea SECONDA VISITA Livelli di controllo: 14 (52%) asma controllata, 8 (30%) parzialmente controllata Diagnosi/Sintomi: 5 (18%) di cui: 4 (14%) tosse, 1 (4%) dispnea 6 e 14 anni; 37: 26 maschi, 11 femmine, 31 caucasici e 6 non Prima visita Livelli di controllo: 8 (22%) asma controllata, 9 (23%) parzialmente controllata, 4 (11%) asma non controllata Diagnosi/Sintomi: 15 (44%) di cui: 11 (30%) tosse, 3 (8%) sospetto asma, 1 (3%) wheezing controllato Seconda visita Livelli di controllo: 17 (46%) asma controllata, 6 (16%) parzialmente controllata, 1 (3%) asma non controllata Diagnosi/Sintomi: 13 (35%) di cui: 12 (32%) tosse, 1 (3%) wheezing controllato.

LIMITI Il PDTE "Io e l'Asma" viene offerto come modello di good clinical practice e non prevede un gruppo di controllo. Ogni bambino è controllo di se stesso durante le tre visite previste ogni 8 settimane e i follow-up semestrali e annuali.

CONCLUSIONI Nei bambini che hanno effettuato 1 visita, considerate le fasce di età, non emergono differenze sulla diagnosi e sui livelli di controllo. Nei bambini che hanno effettuato 2 visite, il confronto tra la prima e la seconda consente di dimostrare che aumenta la percentuale di asma controllata, diminuisce la percentuale parzialmente controllata, si azzerava quasi la percentuale dei bambini con asma non controllata in entrambi i gruppi di età. I risultati positivi che si evidenziano già alla seconda visita, sono da attribuire molto al corso di Educazione Terapeutica che viene proposto al termine della prima visita e quanto importante per motivare le famiglie e farle aderire al Piano terapeutico per la gestione giornaliera dell'asma.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Guarnaccia Sebastiano	Istituzione	A.O. Spedali Civili di Brescia
Telefono	030 3849283	Indirizzo	Via del Medolo, 2
Fax		CAP	25123
E-mail	guarnaccia.s@gmail.com	Città	Brescia

19. Implementazione di: “Linee Guida concernenti la gestione dei percorsi radiologici nel cliente/paziente che si rivolge al Pronto Soccorso”. Esperienza nel nuovo Ospedale di Sassuolo
Brunello GL
<i>Nuovo Ospedale di Sassuolo</i>

BACKGROUND Il Pronto Soccorso del Nuovo Ospedale di Sassuolo raggiunge ogni anno i 38.000 accessi, di questi confluiscono all'interno dell'area radiologica circa 20.000 pazienti l'anno: nel 2008 e nel 2009 si è attestato sui 19520 accessi, nel triennio 2010-2012 superano i 21000.

OBIETTIVI Superare le maggiori complessità che insorgono durante l'attività lavorativa, sfruttando al meglio le risorse intellettuali, materiali ed economiche. Revisione procedure di triage. Procedure di identificazione del paziente nel rispetto della privacy. L'adozione del braccialetto personale con codice alfa-numerico per il riconoscimento dei pazienti. Introduzione del supporto medico nella visita di triage nei pazienti politraumatizzati, per valutazione l'introduzione o mantenimento di presidi di immobilizzazione. Acquisto di barelle radiotrasparenti con potter-bucky, e nuovi presidi di immobilizzazione. Inserimento dati inerenti il codice alfanumerico e localizzazione del paziente nella cartella informatica. Implementazione procedura di gestione dei pazienti negli ambulatori di Radiologia in regime di Emergenza-Urgenza. Implementazione di procedura per esami radiologici con somministrazione di mezzo di contrasto. L'implementazione procedure di gestione del paziente pediatrico. Competenza del carrello delle emergenze.

METODI Meeting tra operatori; Questionario conoscitivo; Istituzione Gruppo di Lavoro; Analisi dei dati amministrativi e informativi; Incident reporting; Ricerca bibliografica; Audit; Redazione Linee Guida e Procedure; Applicazione delle Linee Guida e Procedure; Revisione continua delle Linee guida e Procedure.

RISULTATI Definizione di: linee organizzative generali; relativi livelli e ambiti di responsabilità; modelli organizzativi; percorsi clinico assistenziali; strumenti di lavoro indispensabili; correttezza delle prestazioni; uniformità delle performance; collaborazione; condivisione; revisione. Promozione di Gruppi di Miglioramento, favorire l'acquisizione di nuove conoscenze acquisite tramite Formazione Sul Campo. Il questionario antecedente l'applicazione delle procedure mostra come fonti di divergenze tra gli operatori sanitari: procedure non rispettate 42%, assenza scambio consegne 42%, pazienti non spogliati 25%, tempi non adeguati alla mole lavorativa 15%, richieste rx eccessive 15%, problemi relazionali 15%, manutenzione apparecchiature 7%. Necessità di ampliare le conoscenze infermieristiche per l'80% dei TSRM, l'85% degli Infermieri e il 100% degli OSS. I TSRM evidenziano lacune in pratiche di soccorso, valutazione parametri vitali e funzionali. Clinical competence richieste dagli Infermieri: gestione del trauma; gestione Area Critica; malattie infettive; PHTLS; ATLS; gestione Paziente Pediatrico; coordinamento e area dirigenziale. Gli OSS palesano elevato interesse nelle procedure di gestione del trauma. Dopo l'introduzione delle nuove procedure esprimono opinione favorevole all'utilizzo di strumenti per migliorare la privacy e la tracciabilità del paziente: braccialetto con codice paziente: TSRM 70%; Infermieri 50%; OSS 75%; segnalazione posizione e codice del paziente nella richiesta: TSRM 70%; Infermieri 60%; O.S.S. 25%. Revisione protocolli dell'UO di Radiologia (Radiologia Tradizionale e TC): modifica del 15% di queste. Il percorso del paziente con sospetta frattura d'anca dal suo ingresso in Pronto Soccorso al ricevimento del referto radiologico si attesta sui 35 minuti, dopo l'applicazione delle linee guida sui 30 minuti. In un anno solare si eseguono circa 2000 T.C. in regime di Emergenza/Urgenza, delle quali circa 500 sono refertate nel centro di Neuroradiologia del NOCSAE di Baggiovara (servizio di guardia attiva 24/7) tramite Teleradiologia, riduzione tempi di accesso-valutazione-esami strumentali-diagnosi (golden Hour): non dovendo fare ricorso al Radiologo reperibile, l'esame completo è eseguito con una tempistica inferiore ai 30 minuti (precedentemente circa 50 minuti). Il 100% del personale TSRM ha acquisito competenza specifica riguardo il carrello delle emergenze.

LIMITI Studio e rivalutazione dell'appropriatezza delle prestazioni in ambito di Pronto Soccorso: i pazienti con codice bianco entrano a pieno titolo nel tipo di prestazioni inappropriate in quanto non sottendono alcuna urgenza e sono provviste di validi percorsi alternativi intra ed extra-ospedalieri.

CONCLUSIONI La definizione dei modelli organizzativi e dei sistemi di cura, dei progetti e dei processi, è necessaria per garantire la qualità delle prestazioni, delle relazioni e la continuità delle cure. Il gruppo è un'esperienza ineluttabile e inevitabile della nostra esistenza sociale. I grandi cambiamenti e le innovazioni si possono generare solo attraverso il gruppo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Brunello Gian Luca	Istituzione	Ospedale Civile di Sassuolo
Telefono	0536 846509	Indirizzo	Via Francesco Ruini
Fax	0536 846575	CAP	41049
E-mail	g_brunello@hotmail.com	Città	Sassuolo

20. Sperimentazione di *Self Care Management* e *Family Coaching* in Zona Alta Val d'Elsa - AUSL 7 Siena

Calvelli P¹, Righi L², D'Ippolito E², Quercioli C¹, Poeta O¹, Maccari M¹, Nante N²

¹AUSL 7 Siena, ²Università degli Studi di Siena

BACKGROUND L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della prevalenza di patologie croniche a basso carico assistenziale, la necessità di ottimizzare l'uso delle risorse, stanno portando alla diffusione di modelli assistenziali di "*Self-Care Management*" e "*Family Coaching*": essi prevedono che i pazienti, opportunamente aiutati, assumano un ruolo attivo nella cura di se stessi e che le persone agli stessi vicine adottino misure in grado di prevenire un peggioramento delle condizioni del malato.

OBIETTIVI In Zona Alta Val d'Elsa (Distretto della AUSL 7-Siena, Regione Toscana) dal 2008 è stata avviata una sperimentazione dei suddetti modelli, progettando un *reengineering* dell'offerta infermieristica territoriale con l'obiettivo di: aumentare l'appropriatezza e la qualità degli interventi domiciliari, ottimizzare l'utilizzo delle risorse, valorizzare le professionalità coinvolte nell'assistenza territoriale.

METODI Da Luglio del 2007 è partita la fase di studio e preparazione finalizzata all'avvio del progetto: essa è durata circa 6 mesi e si è principalmente basata sulla tecnica del *learning audit*. Il *team* infermieristico della Alta Val d'Elsa ha quindi: effettuato un'analisi epidemiologica per individuare e quantificare il bisogno assistenziale su cui intervenire con prestazioni ad alta e bassa complessità; suddiviso il Distretto in 3 sub-zone, funzionali alla nuova organizzazione dell'assistenza; istituito *team nurse* di 3-4 operatori con competenza specifica rispetto alle sub-zone; redatto schede contenenti le prestazioni da effettuare per ogni attività di *self-care* e di *family coaching*; creato tabelle di "*planning-educativo*" calibrate sulle necessità dei pazienti e sulle possibilità dei *care-giver*, contenenti tipologia e tempistica degli interventi di formazione; creato opuscoli informativi in 4 lingue; definito gli eventi "sentinella" che, qualora si presentassero nei pazienti, attiverebbero meccanismi di verifica della qualità dell'assistenza. Dal Gennaio 2008, inizio del progetto, al Giugno 2012 sono stati inclusi nel servizio 3404 pazienti ed effettuate 19460 attività di addestramento. Gli infermieri valutavano, in modo partecipato con i pazienti e/o i familiari/badanti, la possibile inclusione nel nuovo servizio. Successivamente venivano programmate le attività di formazione a domicilio dopo l'analisi della cartella infermieristica e la valutazione con le scale di *Braden* per il rischio decubiti, di *Conley* per il rischio cadute, di *Barthel* modificata e *Mini Nutritional Assessment*. Conseguentemente si stipulava un "contratto assistenziale" con paziente e *care-giver*. Ad ogni paziente veniva assegnato un infermiere di riferimento, contattabile telefonicamente. Al termine del percorso veniva somministrato a pazienti e *care-giver* il questionario sul gradimento del servizio. Agli infermieri, prima dell'inizio del progetto e dopo due anni dalla sua partenza, è stato somministrato un questionario per valutare i bisogni formativi presunti *ex ante* e dopo una prima fase pilota.

RISULTATI La percentuale di prestazioni a bassa complessità, escludendo le attività di addestramento al *self-management* e *family-coaching*, si è ridotta passando dal 57,5% del 2007 al 50,2% del primo semestre 2012, rispetto alla media delle altre 3 Zone della AUSL che è passata dal 61,2% al 56%. La percentuale di prestazioni ad alta complessità, escludendo le attività di addestramento, è aumentata dal 24,3% del 2007 al 31,4% del primo semestre 2012, rispetto alla media delle altre 3 Zone della AUSL che è rimasta sostanzialmente costante passando dal 21,3% al 21%. È stato rilevato un sensibile miglioramento delle necessità formative auto-riferite dagli infermieri dal 2007 al 2009, ed un aumento della *job-satisfaction*. I pazienti ed i *care-giver* hanno riferito un alto gradimento del servizio, con un giudizio globale medio pari a 9.35 e 9.10 rispettivamente (in una scala da 1 a 10). La Zona nel 2010 ha avuto il minor tasso nella AUSL di utenti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, circa 1.1 x1000, media AUSL 1.4) e Assistenza Domiciliare Programmata (ADP, circa 6 x1000, media AUSL 14 x1000) e, contemporaneamente, il più alto tasso di *nuovi* utenti in ADI nello stesso anno (4.3 x1000, media AUSL 3.9 x1000).

LIMITI I questionari su "necessità formative" e "gradimento del servizio" non erano validati.

CONCLUSIONI Orientando il processo assistenziale alla presa in carico piuttosto che all'effettuazione di prestazioni è possibile ridefinire l'intervento assistenziale, rendendo il paziente e la sua famiglia più autonomi nella gestione della patologia cronica. L'utilizzo degli interventi di *self-care* ha permesso ai pazienti di uscire dal circuito prestazionale ADI ed i *care givers*, a questo punto esperti, hanno assunto un ruolo attivo e consapevole nell'assistenza, liberando risorse del territorio per intensificare l'assistenza a più alto indice di complessità ed aumentando la *job-satisfaction*. L'organizzazione così ridefinita ne ha tratto benefici in termini di appropriatezza e di più efficiente risposta ai bisogni dei pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Righi Lorenzo	Istituzione	Università degli Studi di Siena
Telefono	334 3378024	Indirizzo	Via Banchi di Sotto, 55
Fax		CAP	53100
E-mail	lorenzo.righi@gmail.com	Città	Siena

21. L'applicazione della Work Breakdown Structure (WBS) nella definizione del Piano assistenziale Individuale: descrizione di un caso
Casati O¹, Pirola G¹, Tognoni C², Bertolaia P¹
¹ ASL di Milano, ² Fondazione Maddalena Grassi

BACKGROUND In una realtà sempre più orientata alla qualità del servizio è indispensabile sviluppare la capacità di raggiungere obiettivi precisi in condizioni di uso efficiente delle risorse. La necessità, anche nell'ambito delle cure domiciliari, di contenere i costi garantendo un buon livello di assistenza ad un numero crescente di utenti, suggerisce l'esigenza di introdurre anche in questo ambito, la metodologia del Project Management (PM). Per lo sviluppo di progetti aziendali, elaborati al fine di migliorare in termini di efficacia ed efficienza l'assistenza domiciliare integrata (ADI), un valido strumento di PM si è dimostrata la Work Breakdown Structure (WBS) utilizzabile sia nella fase di "progettazione del progetto", sia in quella di gestione.

OBIETTIVI Obiettivo specifico dello studio è stato quello di verificare l'utilità della WBS anche nella definizione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI). A tale scopo si è voluto sperimentare la WBS nella ridefinizione del PAI di una paziente minore in carico ADI, la cui assistenza risultava particolarmente complessa.

METODI Nel 2012 è stato attivato un progetto, specifico per i minori a domicilio affetti da gravi patologie, che ha previsto l'inserimento di attività educative. Al fine di attivare, laddove necessario, tale progetto sono stati revisionati i PAI dei minori in carico ADI. La revisione è stata effettuata dal personale dell'Ente Gestore-ADI con il supporto dell'educatore professionale della ASL. Per l'applicazione della WBS è stato preso in esame il caso di una minore affetta dalla nascita da Discinesia Ciliare Primaria, sordità neurosensoriale e ritardo psicomotorio. Il caso era caratterizzato dal progressivo peggioramento delle condizioni cliniche e difficoltà nell'effettuazione delle manovre assistenziali: drenaggio delle secrezioni, PEP mask, broncodilatatore con distanziatore, massaggi e mobilizzazione cassa toracica. La difficoltà maggiore appariva legata ai comportamenti aggressivi e oppositivi della paziente che rifiutava l'assunzione della terapia farmacologica. La bambina sordomuta utilizzava, un linguaggio dei segni non convenzionale che rendeva difficile comprendere ciò che voleva comunicare agli operatori. La complessa gestione di questa assistenza hanno suggerito l'utilizzo della WBS, per ridefinire il PAI in modo più appropriato. Come obiettivo fondamentale del più ampio progetto assistenziale è stata identificata la necessità di aumentare la compliance alle cure, mentre la riduzione dei comportamenti oppositivi manifestati dalla bambina è stato definito come sotto-obiettivo principale. La scomposizione del processo secondo la logica della WBS ha portato, in steps successivi, alla identificazione di ulteriori sotto-obiettivi (aumento delle capacità comunicative) e quindi alla definizione di sottosistemi sempre più piccoli, fino alla definizione di pacchetti operativi finali di attività (work package). I work package identificati sono stati: la realizzazione di un opuscolo, da lasciare a domicilio ad uso di tutti gli operatori, riproducente il linguaggio dei segni utilizzato dalla bambina, la creazione di un ausilio cartaceo specifico per la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA).

RISULTATI L'applicazione della WBS ha consentito di identificare "attività di lavoro semplici" come la realizzazione dell'opuscolo. In quanto semplice tale attività è stata programmabile in tempi definiti, attribuibile ad un unico operatore (educatore professionale) e misurabile in termini di costi di produzione. Il risultato tangibile che si è ottenuto, è stato il miglioramento delle capacità di comunicazione della bambina che ha conseguentemente portato alla riduzione del suo comportamento oppositivo nei confronti degli operatori. L'aumentata compliance alle cure, che ne è derivata, ha permesso all'erogatore di ridurre i tempi di accesso domiciliare, riducendo così il costo complessivo dell'assistenza. Inoltre le condizioni cliniche della paziente migliorate hanno permesso una limitazione del numero di accessi con ulteriore contenimento dei costi assistenziali.

LIMITI In letteratura, in tema di Project Management, non sono riportate altre esperienze relative all'applicazione della WBS nella definizione di Piani Assistenziali individuali. Ciò non ci ha permesso la possibilità di confronti, verifiche o approfondimenti.

CONCLUSIONI La gestione della complessità sembra richiedere interventi altrettanto complessi, che portano spesso ad allontanarsi dal raggiungimento anche degli obiettivi più semplici. Spesso, nell'ambito dell'ADI, la complessità di un caso è valutata in termini di consumo di risorse (economiche e umane): più il caso è complesso più il PAI sarà formulato con un alto numero di accessi. La sperimentazione dell'utilizzo della WBS proprio nella stesura di un PAI definibile complesso, ha permesso di riportare la progettazione e la pianificazione degli interventi verso la definizione di obiettivi semplici ma fondamentali per il raggiungimento dei macro-obiettivi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Casati Ornella	Istituzione	ASL di Milano
Telefono	02 85782624	Indirizzo	Corso Italia, 19
Fax		CAP	20122
E-mail	ocasati@asl.milano.it	Città	Milano

22. I reinterventi sono un valido indicatore della qualità di cure?

Chiappetta A, Fontana M, Rebonato M

USL Alto Vicentino

BACKGROUND Da sempre la medicina e soprattutto la chirurgia sono considerate una pratica intrinsecamente rischiosa. Nel 1999 è deflagrato sulla stampa mondiale un rapporto, redatto dall'Institute of Medicine (IOM), che è l'equivalente dell'ISS italiano, intitolato "To Err is Human" che denunciando l'alta e ingiustificata incidenza della malpractice nel sistema sanitario americano, ha stimolato iniziative da parte di istituzioni scientifiche e politiche finalizzate ad aumentare la qualità delle cure e la sicurezza in chirurgia riducendo gli errori. L'Institute for Healthcare Improvement nel 2002 ha promosso una metodologia di monitoraggio dei risultati delle cure in ambito chirurgico, che permetta di superare i limiti legati al sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi, basata sull'utilizzo di una serie di indicatori Trigger. Al primo posto prevede: reinterventi non programmati. I reinterventi dopo chirurgia in elezione o in urgenza, hanno sempre goduto di una cattiva reputazione, in parte perchè sono il risultato della complessità della malattia che motiva il primo intervento, in parte per il rischio intrinseco di interventi chirurgici laboriosi e in parte perchè sono considerati il risultato di un fallimento per errore evitabile del chirurgo. Nella letteratura scientifica esistono controversie sulla definizione di reintervento come conseguenza di cattiva performance dei chirurghi.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è valutare se i reinterventi entro 30 giorni dopo operazioni eseguiti in elezione e in urgenza, rappresentano un valido e affidabile indicatore di qualità.

METODI È stato eseguito uno studio osservazionale retrospettivo sulla casistica operatoria dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico dal 1 gennaio al 31 dicembre 2010 nel reparto di chirurgia dell'Ospedale Alto vicentino. L'obiettivo di fondo dello studio è la valutazione delle cause e dei criteri utilizzati per l'indicazione ai reinterventi. L'indagine è stata svolta utilizzando un approccio vicino alla Grounded Theory, basandoci su uno dei concetti basilari di questo modello secondo il quale la teoria deve essere sviluppata a partire dai dati concreti. La teoria deve derivare in modo induttivo dallo studio del fenomeno. È stata organizzata una collaborazione tra il servizio epidemiologico dell'USL e tutti i chirurghi, personale di sala operatoria e anestesisti che hanno partecipato all'esecuzione degli interventi per la valutazione di tutta la casistica. Le opinioni di tutti i componenti dell'equipe chirurgica sono state confrontate per raggiungere un accordo sulla categoria cui collocare il reintervento.

RISULTATI Sono stati eseguiti 3150 interventi e 168 reinterventi. Sono state individuate le seguenti categorie: reinterventi correlati e non all'intervento. In quelli correlati al primo intervento: reinterventi nello stesso sito e in sito diverso; reinterventi programmati e non; reinterventi correlati a complicanze prevedibili e non; reinterventi correlati ad errori evitabili e non evitabili. I criteri utilizzati per i reinterventi, che rientrano nella categoria di complicanze evitabili e non, sono stati: segni clinici, laboratoristici e radiologici indicativi per emorragia in 18 pazienti; infezione del sito chirurgico in 3 casi; peritonite in 9 casi; occlusione intestinale in 3 casi; sindrome ischemica arti inferiori in 8 casi e sindrome da ingombro addominale in 1 caso.

LIMITI Si tratta di una casistica piccola e relativa ad un solo anno di attività ed a un solo reparto.

CONCLUSIONI La definizione delle complicanze prevedibili e quella di errori evitabili ha presentato notevole difficoltà. Un'emorragia postoperatoria, classificata secondo il paradigma utilizzato nel rapporto IOM come conseguenza di errori evitabili, si verifica nonostante l'utilizzo di tecniche chirurgiche perfette e i reinterventi non hanno evidenziato mai fonti di sanguinamento. La sindrome da ingombro addominale è stata provocata da una garza abbandonata dopo intervento ginecologico. La Joint Commission classifica eventi sentinella i corpi estranei abbandonati. La stessa Joint Commission ha recentemente pubblicato sulla sua rivista uno studio prospettico che documenta la superiorità dell'utilizzo di uno strumento tecnologico nel ridurre l'incidenza di CE rispetto al metodo tradizionale di conteggio in una casistica piccola. Questa affermazione contraddice l'affermazione che il corpo estraneo abbandonato nel campo operatorio rappresenta un evento sentinella, conseguenza di prestazione sanitaria negligente. I reinterventi possono rappresentare un indicatore di qualità delle cure quando sarà trovato un punto di equilibrio tra la valutazione clinica e quella delle istituzioni politiche e gestionali dei sistemi sanitari.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Chiappetta Angelo	Istituzione	USL Alto Vicentino
Telefono	0445 661796	Indirizzo	Via Garziere, 42
Fax	0445 571834	CAP	36014
E-mail	angelo.chiappetta@sichirurgia.org	Città	Schio

23. Intervento di audit clinico sull'attività di primo livello di un programma di screening del cervicocarcinoma

Ciminale M¹, Andreozzi A², Ghimenti S¹, Vair C¹, Gea S², Papotti M², Sartori M¹

¹ASL TO 3 Piemonte, ²A.O.U. San Luigi Piemonte

BACKGROUND Il programma di screening per il cervicocarcinoma dell'ASLTO3 Piemonte è attivo dal 1998. Da anni il suo funzionamento viene controllato grazie ad un sistema di indicatori regionali. Nel corso degli ultimi tre anni la qualità di esecuzione del prelievo citologico e di lettura del pap-test è andata peggiorando.

OBIETTIVI Rianalizzare tutte le fasi di primo livello del processo di screening (l'invito e la comunicazione alla donna, il prelievo citologico in consultorio, la gestione del prelievo in laboratorio tra cui la lettura del vetrino e la refertazione) al fine di correggere le pratiche non adeguate o non corrispondenti con quelle previste dalla letteratura scientifica di riferimento.

METODI Con la metodologia dell'AUDIT clinico sono state riviste le procedure, le tecniche e le modalità di lavoro per individuare le cause e correggere i difetti. Sono state rianalizzate tutte le fasi di primo livello del processo di screening (invito e comunicazione alla donna, il prelievo citologico in consultorio, la gestione del prelievo in laboratorio tra cui la lettura del vetrino e la refertazione). Per ogni fase sono state confrontate le procedure e le modalità tecniche di lavoro seguite dagli operatori per la loro specifica competenza (personale amministrativo, ostetrica, tecnico di laboratorio) con quelle previste dalla letteratura scientifica di riferimento. L'azione si è svolta in due tempi: la revisione della letteratura, ognuna per ciascun gruppo professionale (amministrativo, ostetrico, tecnico di laboratorio) tra dicembre 2011 e metà aprile 2012; il confronto delle specifiche procedure e attività tra i diversi gruppi professionali da metà aprile a metà maggio attraverso incontri fra pari. Sono stati scelti due indicatori di outcome per valutare l'efficacia dell'intervento: la proporzione di test giudicati inadeguati dal laboratorio e la percentuale di donne che hanno ricevuto l'indicazione a ripetere il pap-test.

RISULTATI Nel 2011 i pap-test inadeguati sono stati 9.7%, le donne che avevano dovuto ripetere il pap-test 15.9%; nel 2012 (dati riferiti ai primi nove mesi) sono stati rispettivamente 2.2% e 11.7%.

LIMITI Complessità e impegno organizzativo dell'intervento di audit.

CONCLUSIONI L'intervento si è dimostrato efficace già dalla prima fase quando il laboratorio ha adottato da subito controlli di qualità interni mediante confronto con esperto, cui si sono aggiunte correzioni dell'informazione alla donna sull'esecuzione del prelievo, adozione di uniformità della tecnica del prelievo citologico ed infine incontri periodici tra personale ostetrico e citoscreener di confronto sui prelievi eseguiti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ciminale Michele	Istituzione	ASL TO 3
Telefono	011 9551875	Indirizzo	Via Rivalta, 29
Fax	011 9551873	CAP	10098
E-mail	uvos.co@asl5.piemonte.it	Città	Rivoli

24. Indicatori di Qualità e di gestione e monitoraggio delle performances nell'AO-U "Ospedali Riuniti" di Trieste

Cobello F, Canciani G, Stroili M

Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste

BACKGROUND Negli Ospedali Pubblici di Trieste con oltre 2000 posti letto e la Facoltà di Medicina e Chirurgia sin dal DPR 270/1987 s'iniziò a ragionare sulla possibilità di creare Programmi di promozione della Qualità clinica ed assistenziale. Si cercò un Set d'Indicatori per misurare le prestazioni rese da Professionisti di molti Settori, con il supporto della Società di VRQ, Indicatori quali la Degenza media, Diagnosi autoptiche, Tempi d'attesa nell'esecuzione di varie prestazioni ambulatoriali e la produzione interna di Protocolli Diagnostico-Terapeutici per il monitoraggio del processo diagnostico e terapeutico. Si aggiunse poi il rispetto delle risorse concordate nelle negoziazioni di Budget per conseguire il pareggio di Bilancio e gli scostamenti dovevano essere monitorati ad una certa cadenza temporale. Oggi l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Alta Specializzazione ha 900 posti letto di varie discipline con ambulatori ed è articolata in due Poli Ospedalieri Cattinara e Maggiore; in essa l'Università gestisce Scuole di Specializzazione, Master e Lauree. Trieste censisce 233.077 persone nel 2011.

OBIETTIVI Gli Obiettivi degli Indicatori elaborati sono riferiti alla nostra Mission di Assistenza, Didattica e Ricerca, a fronte delle Risorse riconosciute dalla Regione e dallo Stato. L'Azienda è impegnata a garantire la massima Qualità delle attività svolte in Urgenza-Emergenza per le Discipline disponibili e per un'Utenza superiore alla Città di Trieste, così come le attività per Acuti programmate in ricovero ordinario, day hospital e ambulatorio, monitorando gli Esiti assistenziali quali Mortalità ed alcune Invalidità risultanti dalle SDO.

METODI La ricerca bibliografica, il supporto di più Università, un'approfondita conoscenza della Pratica Clinica, lo studio della Gestione amministrativa, Gruppi di lavoro orientati al miglioramento continuo ed un fondamentale amore verso ogni tipo di Paziente di qualsiasi età, sesso, razza e religione sono componenti del metodo. All'origine un ristretto gruppo di Medici-Chirurghi, Amministrativi e Sindacalisti selezionò un Elenco di Indicatori, lo sottopose in modo motivato e convinto alle Commissioni preposte ottenendone l'approvazione. La Direzione organizzò l'Ufficio Programmazione e Studi con il compito di predisporre gli Obiettivi per tutte le Strutture, di monitorarne l'andamento e di presentare a fine anno i risultati ottenuti, avendo precedentemente concordato esplicite Unità di misura delle Performances espresse. Seguiva il riconoscimento economico e pubblico per quelle Equipe che avevano raggiunto gli Obiettivi prestabiliti. Questo Sistema di governo si è consolidato negli anni, rendendo disponibili ulteriori Strumenti di lavoro, sempre più raffinati, quali il Manuale del Budget, le negoziazioni di Budget, i Report di monitoraggio trimestrali, semestrali ed annuali, gli Audit Clinici, Protocolli Infermieristici, Corsi ECM in sede, Uffici dedicati a queste attività di Controllo della Gestione ed interfacciati con i Clinici, un Ufficio Flussi sanitari che raccoglie i dati in modo da fornirli ai Medici impegnati nella cura dei Pazienti.

RISULTATI Il primo risultato misurabile è stata la definizione di un Set di decine d'Indicatori: significativi in rapporto all'efficienza operativa ed economica e all'efficacia clinica; rilevabili dal sistema; capaci di evidenziare situazioni critiche e condivisi. Nel 2011 abbiamo avuto un Utile d'Esercizio di € 429.514 senza che la Città soffrisse di una riduzione di prestazioni attestando la qualità della Gestione nel perseguire un risparmio corretto. In ambito sanitario è stato possibile guidare le Degenze medie a 9,2 giorni, Accreditemento istituzionale, riduzione Infezioni della ferita chirurgica, Produttività delle Sale operatorie, Tempi di trattamento dell'infarto e non respingere Pazienti nonostante il dimezzamento dei posti letto; 10 diversi gruppi d'Indicatori misurano il Rischio Clinico.

LIMITI Non è facile stabilire degli Indicatori che misurino le delicatissime attività di un Ospedale, solo anni di condivisione del metodo ne generano l'accettazione. Gli Indicatori da soli non identificano la strategia, non indicano le linee di sviluppo, né le pratiche obsolete che vanno ricercate attraverso il continuo studio della Medicina a confronto con realtà avanzate. I Professionisti addetti da anni alla gestione di indicatori e numeri soffrono di non fare un breve passaggio nella pratica clinica e se non si confrontano con altre realtà gestionali.

CONCLUSIONI L'informatizzazione della Sanità in Friuli Venezia Giulia è iniziata negli anni settanta ed è migliorata introducendo nuovi Programmi di gestione. Questa attività di raccolta dati ha consentito di costruire una riserva di informazioni finalizzabili al controllo della gestione e degli esiti dell'assistenza e non vi sono state contestazioni interne sugli indicatori utilizzati per misurare le Performances. Naturalmente sulla qualità delle attività incidono le risorse disponibili di personale, attrezzature, formazione e spazi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Stroili Manuela	Istituzione	AO-U Ospedali Riuniti di Trieste
Telefono	040 3992045	Indirizzo	Via Nordio, 15
Fax	040 3992337	CAP	34142
E-mail	manuela.stroili@tin.it	Città	Trieste

25. Valutazione dell'accuratezza della documentazione infermieristica: lo strumento D-Catch

Comparcini D, Simonetti V, Pasquaretta A, Planamente F, Cicolini G

Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti e Pescara

BACKGROUND Il processo di nursing è comune prassi in molte realtà italiane e permette ai professionisti infermieri di utilizzare una metodologia ed un linguaggio standardizzato durante il processo assistenziale. Il suo utilizzo permette inoltre di documentare l'assistenza erogata, di garantire la continuità assistenziale, l'integrazione delle informazioni e di ridurre gli eventi avversi. L'accuratezza della documentazione risulta essere uno degli elementi fondamentali del processo assistenziale infatti, la non accuratezza potrebbe causare errate o diverse interpretazioni delle informazioni con conseguenti differenti individuazioni dei bisogni assistenziali. È necessario, dunque, verificare l'accuratezza della documentazione attraverso l'utilizzo di strumenti affidabili. Ad oggi, esistono scarse evidenze sull'accuratezza della documentazione infermieristica e non è stato ancora identificato uno strumento gold standard in grado di valutarla. Tra i vari strumenti, il D-Catch è stato recentemente utilizzato e validato in un contesto ospedaliero internazionale, presentando buone proprietà psicometriche e si distingue per la possibilità di valutare eventuali responsabilità professionali ed identificare aree di miglioramento. In Italia, nessuno studio ha valutato il grado di accuratezza della documentazione infermieristica utilizzando il D-Catch.

OBIETTIVI Valutare l'accuratezza della documentazione infermieristica in un contesto ospedaliero.

METODI Lo studio osservazionale retrospettivo è stato condotto dal 1 luglio 2010 al 30 giugno 2011 presso 14 unità operative di un Presidio Ospedaliero delle Marche. Su un totale di 6235 cartelle infermieristiche di pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario, sono state estratte in maniera casuale 504 cartelle. Il D-Catch si compone di due parti. La prima parte raccoglie informazioni riferite a: Unità Operativa di riferimento, data di compilazione, tipologia di cartella infermieristica (cartacea o informatizzata). La seconda parte è volta a valutare l'accuratezza della documentazione infermieristica: (I) del sistema di registrazione dei dati; (II) dell'accertamento; (III) delle diagnosi (IV) degli interventi; (V) degli outcomes; (VI) della chiarezza della documentazione. Gli item I e VI valutano la qualità dell'accuratezza della documentazione e si pongono su una scala Likert da 1 (punteggio minimo) a 4 (punteggio massimo). Gli item II, III, IV, V indagano sia la qualità che la quantità dell'accuratezza della documentazione, attraverso due scale Likert distinte da 1 (punteggio minimo) a 4 (punteggio massimo). Il punteggio finale è calcolato come somma delle due scale dove 2 rappresenta il punteggio minimo e 8 il punteggio massimo. I dati raccolti sono stati elaborati con il software Microsoft Excel® 2007.

RISULTATI Il 96.6% delle cartelle analizzate (n=504) è completa di tutte le informazioni socio-anagrafiche del paziente. I punteggi più elevati della scala riguardano l'accuratezza del sistema di registrazione dei dati dei pazienti (100%) e la chiarezza della documentazione infermieristica (77%). Nel 45% della documentazione sono presenti le diagnosi infermieristiche, delle quali il 19.4% raggiunge un punteggio "molto buono" in termini di qualità e quantità, il 16.5% "buono" e il 9.1% "moderato". Nel 38% dei casi gli interventi infermieristici sono "molto buoni" in quanto correlati o connessi direttamente ad una diagnosi mentre nel 60.9% sono di "moderata" qualità perché nonostante gli interventi fossero segnalati in cartella, meno del 50% era legato ad una diagnosi. I punteggi più bassi della scala riguardano l'accuratezza degli outcomes: solo il 20% delle cartelle hanno raggiunto un punteggio "molto buono" poiché dal punto di vista quantitativo, le valutazioni evolutive dell'andamento del paziente mostrano risultati infermieristici relativi alle diagnosi. Dal punto di vista qualitativo, sono chiare, linguisticamente corrette e contengono informazioni pertinenti.

LIMITI Il disegno di studio monocentrico implica una scarsa generalizzabilità dei risultati. Inoltre, sono state esaminate cartelle infermieristiche di pazienti afferenti a 14 diverse unità operative, che differiscono per condizioni cliniche dei pazienti, e variabili individuali degli infermieri, quali ad esempio il background formativo. Queste condizioni potrebbero aver influenzato l'accuratezza nella compilazione della cartella infermieristica.

CONCLUSIONI Un sistema di documentazione efficace e qualitativamente valido supporta gli infermieri nel collegare diagnosi, interventi e outcomes. L'accuratezza della documentazione infermieristica è essenziale nella pratica infermieristica poiché permette di valutare in maniera sistematica l'attività assistenziale e contestualmente contribuisce alla corretta gestione del rischio clinico. Il D-Catch si è dimostrato uno strumento valido ed affidabile per valutare l'accuratezza e la qualità della documentazione infermieristica. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per stabilire quali sono le determinanti individuali e di contesto che possono influenzare la corretta compilazione della cartella infermieristica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Comparcini Dania	Istituzione	Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti e Pescara
Telefono	320 6610790	Indirizzo	Via dei Vestini, 31
Fax		CAP	66013
E-mail	da.comparcini@gmail.com	Città	Chieti

26. Studio retrospettivo sulle interazioni tra i farmaci prescritti alla dimissione
Coppolino S, Febronia F
<i>P.O. "Barone I. Romeo" Patti (Messina)</i>

BACKGROUND Le interazioni tra farmaci hanno assunto, negli ultimi anni, una importanza sempre maggiore a causa sia per l'introduzione in terapia di nuovi principi attivi sia per l'incremento della popolazione anziana e di quella affetta da patologie epatiche o renali. Occorre, inoltre, ricordare che, in taluni casi, le interazioni tra farmaci possono provocare la comparsa di reazioni avverse da farmaci (ADR).

OBIETTIVI Lo scopo di questo studio retrospettivo è stato l'analisi dell'incidenza e della gravità delle potenziali interazioni date dai principi attivi prescritti ai pazienti dimessi dopo ricovero ordinario, day hospital o visita ambulatoriale presso alcune Unità Operative del P.O. "Barone I. Romeo" di Patti (Messina).

METODI Sono state analizzate le schede di primo ciclo terapeutico pervenute all'U.O. di Farmacia dal 01/01/12 al 31/5/12 da tre Unità Operative di area medica. L'analisi delle potenziali interazioni è stata effettuata utilizzando i database Drugs e Drug Digest e considerando come interazioni registrabili soltanto quelle classificate, da entrambi i sistemi, come di grado maggiore o moderato. I dati ottenuti sono stati, quindi, riportati su un foglio Excel.

RISULTATI Nel periodo considerato sono pervenute dalle tre Unità Operative 739 schede di prescrizione farmaci in dimissione e tra esse 372 contenevano da 2 a 11 farmaci (in media 4 per ogni scheda). Complessivamente 45 principi attivi sono stati identificati come potenziali originatori di interazioni. Nelle 372 schede (50,33% del campione originario) sono state evidenziate 60 interazioni maggiori (circa 1 ogni 6,2 schede) e 451 moderate (circa 1,21 per scheda). L'interazione maggiore più frequente è stata quella connessa alla prescrizione associata di eparine a basso peso molecolare ed altri antiaggreganti (ASA, ticlopidina, ecc.). Durante il periodo considerato non sono state segnalate ADR.

LIMITI Lo studio ha riguardato i principi attivi presenti nelle schede di dimissione e dispensati dalla U.O. di Farmacia. Non sono state valutate le interazioni con i farmaci mancanti, con quelli già assunti dal paziente e prescritti dal Medico di Medicina Generale né quelle date dalla concomitante assunzione di integratori o di cibi.

CONCLUSIONI Lo studio dimostra che le interazioni tra farmaci sono piuttosto comuni e che la maggior parte di esse potrebbe essere efficacemente gestite con l'adozione di farmaci alternativi che non interagiscano, con un monitoraggio della prescrizione in dimissione più efficiente e con una maggiore interazione tra Farmacista e Medico di Reparto. I risultati ottenuti hanno reso necessaria l'attivazione di un percorso terapeutico in cui la dispensazione del primo ciclo di terapia non sia solo occasione di risparmio per il SSN ma assuma anche connotazioni di verifica dell'appropriatezza prescrittiva e di identificazione di quei pazienti che, per età o patologia, sono più a rischio e richiedono maggiori cautele nella gestione della politerapia.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Coppolino Salvatore	Istituzione	ASP Messina
Telefono	0941 244260	Indirizzo	Via La Farina, 263
Fax	0941 244506	CAP	98123
E-mail	sacoppolin@yahoo.it	Città	Messina

27. La qualità percepita dal paziente ricoverato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona

Corsini A¹, Andreoli F², Tognon F², Zenere A², Fabris F¹

¹AOU Integrata Verona, ²Università degli Studi di Verona - Sezione Igiene e Medicina Preventiva, Ambientale e Occupazionale

BACKGROUND La misurazione del grado di soddisfazione degli utenti dei servizi è un tema di crescente interesse in ambito sanitario. È espressione di un'attenzione particolare nei confronti del paziente e del suo giudizio per valutare la qualità dei servizi offerti. Nel coglierne la rilevanza, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona ha voluto inserire la valutazione della qualità percepita dal paziente ricoverato negli obiettivi di budget.

OBIETTIVI Indagare e valutare la qualità percepita dall'utente esterno nell'AOUI di Verona, nell'ottica di un crescente coinvolgimento del paziente nel percorso diagnostico-terapeutico. Confrontare i risultati con quelli della precedente rilevazione del 2009. Individuare specifici punti di forza ed eventuali aree di miglioramento su cui programmare interventi di implementazione.

METODI Per la rilevazione è stato utilizzato un estratto del questionario validato dall'ARSS, con il Picker Institute, costituito da 48 domande suddivise in 9 macroaree: Informazioni personali; Ospedale e reparto; Medici, Infermieri, Assistenza e cure; Interventi e procedure Dimissione; Generali e spazio per commenti. Il questionario è stato consegnato all'inizio del ricovero a tutti i pazienti con degenza di almeno una notte, esclusi quelli di età inferiore ai 18 anni. Complessivamente sono state coinvolte n. 41 UO. Al paziente era chiesto di compilare il questionario in forma anonima alla dimissione e di inserirlo nelle apposite urne presso le UO o nelle aree comuni delle due sedi ospedaliere. La somministrazione del questionario ha seguito modalità di tipo trasversale ed è avvenuta da settembre a novembre 2011. I dati dei questionari compilati sono stati inseriti in un database appositamente predisposto per l'analisi statistica per la successiva elaborazione. I report prodotti sono quindi stati inviati alle singole UO chiedendo loro l'analisi, la valutazione e una relazione, rispetto anche al report generale Aziendale, sui risultati ottenuti.

RISULTATI Complessivamente sono stati raccolti e analizzati 1963 questionari, provenienti da 41 UO. La popolazione che ha compilato il questionario ha visto una leggera prevalenza del genere maschile (54%), il 73% del campione aveva un'età compresa tra 42 e 81 anni e oltre il 50% aveva un'età superiore a 62 anni. Il 94% degli utenti ha espresso un giudizio complessivo positivo sulla propria esperienza di ricovero. Valutazioni particolarmente positive si sono osservate nelle domande che indagavano: la collaborazione tra operatori (93%), la fiducia nei medici e infermieri (rispettivamente 86% e 84%), il sentirsi trattato con rispetto e dignità (88%). Una delle criticità riscontrate è stata la rumorosità del reparto: il 31% dichiara di essere stato disturbato da altri pazienti e il 15% dal personale ospedaliero. I giudizi sulla pulizia e sull'igiene sono buoni, tuttavia il 6% di pazienti esprime giudizi francamente negativi sulla pulizia della stanza e il 12% su quella dei servizi igienici. Per quanto riguarda la qualità dei pasti il 16% la ritiene scadente. Una percentuale importante di intervistati ritiene di non essere stato coinvolto nelle decisioni riguardanti il trattamento (17%) e la dimissione (20%). Il 66% dei responders è stato sottoposto a interventi e/o procedure chirurgiche. Questi pazienti ritengono di aver ricevuto informazioni complete sui rischi e i benefici correlati alla procedura (73%), mentre più lacunose appaiono le informazioni sullo svolgimento dell'intervento (38% di casi), su come si sarebbe sentito dopo l'operazione (49%) e sull'anestesia e controllo del dolore (34%). È attualmente in corso il confronto dei dati con la precedente rilevazione aziendale condotta nel 2009 e le valutazioni delle relazioni pervenute dalle singole UO.

LIMITI Non sono state coinvolte nell'indagine le UO di pediatria, ginecologia-ostetricia, psichiatria, cure intensive. Un altro limite è la mancata compilazione in alcuni questionari del campo relativo all'UO che ha reso difficile individuare la provenienza delle schede compilate.

CONCLUSIONI La presente indagine ha permesso di delineare alcuni ambiti sui quali agire per migliorare la qualità percepita dai pazienti ricoverati presso l'AOUI di Verona. In merito all'assistenza i principali punti di forza si sono rivelati la collaborazione tra operatori e l'informazione sulla salute e il trattamento. Aree di relativa criticità si sono rivelate quelle che riguardano il coinvolgimento del paziente nel percorso diagnostico terapeutico. Dall'analisi dei dati provenienti dalle singole UO sarà possibile delineare oltre alle aree di miglioramento nella singola UO anche quelle in ambito Aziendale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Corsini Alba	Istituzione	AOU Integrata Verona
Telefono	045 8123371	Indirizzo	Piazzale Stefani, 1
Fax	045 8123382	CAP	37126
E-mail	alba.corsini@ospedaleuniverona.it	Città	Verona

28. Job Analysis e rilevazione del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie della prevenzione. Una ricerca sul campo nella ASL di Milano
Dadda FM, Zappi W
<i>ASL di Milano</i>

BACKGROUND Le job description sono rappresentazioni dettagliate di un determinato ruolo aziendale all'interno delle specifiche realtà lavorative; sono utilizzate per la selezione e valutazione del personale, ma anche per l'analisi dei fabbisogni formativi degli operatori; infatti indicano quali compiti il collaboratore deve essere in grado di svolgere e le caratteristiche richieste. La job description viene realizzata attraverso un percorso di job analysis (analisi della posizione).

OBIETTIVI La ricerca si pone come obiettivo principale l'individuazione di una metodologia rigorosa per l'analisi delle posizioni lavorative al fine di redigere specifiche job description e di contribuire alla rilevazione del fabbisogno formativo per le Professioni Sanitarie della Prevenzione (Assistenti Sanitari e Tecnici della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro) in una Azienda Sanitaria Locale.

METODI Le informazioni utili all'individuazione delle caratteristiche delle posizioni lavorative oggetto dello studio sono state ricavate utilizzando più strumenti qualitativi di raccolta dei dati: focus group, discussioni in gruppo su una determinata tematica moderate da un facilitatore, e osservazioni sul campo.

RISULTATI Dall'analisi dei risultati dei focus group è emerso un elenco di 26 attività svolte in Azienda dai professionisti coinvolti nello studio in 13 contesti diversi, di cui 12 sono state ulteriormente confermate attraverso l'effettuazione di osservazioni sul campo. Sono emerse anche una serie di criticità, più o meno trasversali a diverse Strutture, le quali possono costituire punto di partenza per organizzare interventi formativi ad hoc. Per quanto riguarda i focus group è possibile concludere che questi hanno raggiunto gli obiettivi prefissati; hanno permesso infatti di raccogliere numerose informazioni preziose che, ove è stato possibile, hanno trovato riscontro positivo anche con il secondo strumento di ricerca utilizzato, le osservazioni sul campo.

LIMITI - Le osservazioni sul campo non hanno fornito dati aggiuntivi oltre a quelli già raccolti, ma hanno solo permesso di confermare quelli già raccolti; - allo studio ha partecipato solo un campione di professionisti aziendali e non tutta la popolazione interessata; - non sono stati coinvolti altri attori ASL; - lo stesso ricercatore ha effettuato sia la raccolta che l'analisi dei dati; - permangono dubbi circa l'effettiva applicabilità pratica di questo modello in una Azienda di grandi dimensioni.

CONCLUSIONI È stato realizzato un percorso di analisi delle posizioni lavorative che potrebbe essere utile in tutte le realtà aziendali, simili a quella esplorata in questo studio, nelle quali vi sia la volontà di raccogliere informazioni relative a una o più specifiche professioni, riguardanti compiti svolti e necessità formative e/o organizzative. L'incrocio degli strumenti di raccolta dei dati ha permesso di verificarne la validità; inoltre, sono emerse numerose informazioni utili che hanno dato modo di ottenere un quadro complesso della realtà aziendale oggetto di interesse senza un eccessivo dispendio di risorse e, anzi, motivando e valorizzando il personale che ha preso parte allo studio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dadda Fabiana Maria	Istituzione	ASL di Milano
Telefono	02 85782184	Indirizzo	Corso Italia, 19
Fax	02 85782268	CAP	20122
E-mail	fdadda@asl.milano.it	Città	Milano

29. Antibiotico profilassi pre-operatoria in chirurgia pediatrica Re-Audit

De Masi S¹, Biermann KP¹, Ciraolo F², Di Simone L¹, Geddes M², Scialino G¹, Scala L¹, Martin A¹

¹Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, Firenze, ²Presidio Ospedaliero SM Nuova, Firenze

BACKGROUND Nel corso di un ciclo di Audit sull'Antibiotico Profilassi pre-operatoria (ABP) in chirurgia pediatrica, svoltosi nel novembre 2011 presso l'AOU Meyer di Firenze (Evidence 2012;4(4): e1000014), sono state identificate criticità relative a tale pratica ed è emersa la necessità di alcune azioni di miglioramento tra cui la stesura e disseminazione di un protocollo aziendale.

OBIETTIVI A distanza di 1 anno dal primo ciclo di audit e di 6 mesi dalla stesura del protocollo, è stato organizzato il re-audit al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e facilitare l'implementazione delle raccomandazioni concordate da un gruppo di lavoro multidisciplinare.

METODI Il re-audit è stato preparato confrontando la pratica clinica con criteri dedotti dai seguenti documenti: - Protocollo AOU Meyer redatto nel corso dei primi mesi del 2012; - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Antibiotic prophylaxis in surgery, 2008; - National Institute for Clinical Excellence, Surgical site infection. Prevention and treatment of surgical site infection, 2008; - Sistema Nazionale Linee Guida, Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto, 2008; - The Children's Hospital of Philadelphia, Peri-operative antibiotic prophylaxis, 2010. Con metodo stratificato sono stati campionati 161 interventi chirurgici su un totale di 2554 eseguiti presso l'AOU Meyer nel periodo marzo-luglio 2012. Per ciascuna cartella clinica sono state analizzate le seguenti informazioni corrispondenti ad altrettanti criteri relativi alla pratica dell'ABP: - indicazioni all'ABP; - timing della somministrazione; - molecola utilizzata (eventuali allergie o pre-trattamenti); - dose utilizzata (in rapporto al peso); - ricorso alla seconda dose (in rapporto alla durata dell'intervento); - indicazione all'antibiotico terapia alla dimissione. Ciascun intervento è stato classificato in Pulito, Pulito-Contaminato, Contaminato, Sporco (Culver, 1991).

RISULTATI Il ricorso alla pratica dell'ABP risulta appropriato nell'80% circa dei casi, mentre il non utilizzo di tale pratica, lo è nell'85% circa della casistica esaminata. Si osserva una sostanziale stabilità dei tassi di appropriatezza registrati nel 2012, rispetto al 2011. Gli effetti ottenuti a seguito delle attività di sviluppo e disseminazione del protocollo aziendale, si osservano soprattutto sulla scelta della molecola. L'uso delle cefalosporine di III generazione, si è notevolmente ridotto e l'appropriatezza complessiva è aumentata di circa 4 volte (dal 15% nel 2011 al 60% nel 2012). Permangono notevoli carenze in materia di completezza della documentazione sanitaria, che rendono la stessa pratica dell'audit, di difficile conduzione.

LIMITI I 6 mesi trascorsi dall'introduzione del protocollo aziendale risultano appena sufficienti ad apprezzare eventuali modifiche della pratica clinica, mentre la carenza di evidenze in materia, rende difficile la definizione dei criteri e fa oscillare le stime di appropriatezza.

CONCLUSIONI La discussione durante il ciclo di audit ha fatto emergere una sostanziale condivisione delle raccomandazioni emesse dal gruppo di lavoro, ma una difficoltà a mettere in pratica tali raccomandazioni, per motivi di ordine pratico. Da più parti è stata sollecitato un assetto organizzativo che faciliti la disponibilità dei farmaci appropriati e una più capillare diffusione delle indicazioni operative previste dal protocollo (schede con raccomandazioni per ciascuna tipologia di intervento). La somministrazione del farmaco in sala operatoria, soprattutto nei casi in cui il momento (timing) dell'intervento non è facilmente programmabile, è risultata la soluzione organizzativa più appropriata. Sono stati sollecitati miglioramenti nel settore dell'informatizzazione, già menzionati nel primo ciclo di audit, al fine di facilitare l'adozione delle raccomandazioni condivise e predisporre ad una più precisa attività di valutazione. Il gruppo di specialisti partecipanti al ciclo di audit ha concordato i seguenti obiettivi: - formulazione di raccomandazioni sulla pratica dell'ABP, per tutti gli interventi non ancora coperti dal protocollo (ad oggi sono state allestite schede per gli interventi più frequenti); - formulazione ex novo di raccomandazioni per la profilassi di pazienti sottoposti a interventi odontoiatrici; - disseminazione più capillare degli strumenti operativi presso i singoli reparti e sviluppo di strategie organizzative che assicurino la loro immediata disponibilità; - disponibilità dei farmaci appropriati presso la sala operatoria; - adozione di strategie organizzative che assicurino la somministrazione, in linea di massima, in sala operatoria, nel tentativo di rispettare il timing; - monitoraggio dell'adozione della pratica dell'ABP attraverso periodiche valutazioni.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	De Masi Salvatore	Istituzione	Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer
Telefono	055 5662905	Indirizzo	Viale Gaetano Pieraccini, 24
Fax	055 5662559	CAP	50132
E-mail	s.demasi@meyer.it	Città	Firenze

30. Verso una nuova rotta! L'accesso intraosseo e le strategie per migliorarne l'uso nel DEA di II livello dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino

De Matteis F¹, Ariotti MC¹, Gastaldo L²

¹Università degli studi di Torino, Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica, ²AO Città della Salute e della Scienza di Torino

BACKGROUND L'accesso intraosseo (IO) è ormai riuscito a conquistarsi un posto in prima classe nell'opinione dei professionisti sanitari che lavorano nell'ambito dell'emergenza/urgenza per gli indiscutibili vantaggi che reca nell'assistenza al bambino critico, dimostrando di essere una manovra salvavita. Per questo, in tutto il mondo, si stanno progettando percorsi di formazione per far acquisire agli operatori sanitari competenze relative alla tecnica specifica. Nel Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) del Presidio Ospedaliero Infantile Regina Margherita della AO Città della Salute e della Scienza di Torino, dal 2008 è a disposizione il trapano per il posizionamento dell'IO e, sempre da questa data, si conta che siano stati inseriti dodici accessi IO. Un'indagine, svoltasi tra medici e infermieri dello stesso presidio, ha evidenziato un forte bisogno formativo relativo proprio alla gestione dell'accesso IO; si è ritenuto opportuno quindi elaborare e proporre delle strategie per cercare di rispondere all'esigenza di avere operatori preparati e garanti di un'Evidence Based Practice (EBP).

OBIETTIVI Progettare un corso di formazione sull'accesso IO rivolto al personale medico-infermieristico del DEA; elaborare una procedura sul reperimento e gestione dell'accesso IO; produrre un poster illustrativo della tecnica d'inserzione al fine di mantenere costante e continua la formazione sull'accesso IO.

METODI Costituzione di un team di lavoro multi professionale coordinato da un medico pediatra esperto nell'argomento e composto da due infermieri, un medico pediatra del DEA, uno studente e un tutor/docente del corso di laurea in infermieristica pediatrica; ricerca, analisi critica e contestualizzazione di evidenze scientifiche disponibili in letteratura; consulenza di esperti responsabili delle Strutture Formazione e Qualità dell'Azienda.

RISULTATI Gli incontri del team sono stati periodici, si sono svolti in un arco di tempo di dieci mesi e in un clima di assoluto confronto e collaborazione. Il progetto formativo, costruito per essere accreditato ECM e approvato dal Direttore del DEA, propone un corso di cinque ore modellato sulla struttura del corso PBLs-D. La procedura, "Reperimento e gestione dell'accesso intraosseo in urgenza", è stata realizzata per essere applicata a pazienti pediatriche che, in emergenza, rispondono alle indicazioni per l'utilizzo della via intraossea. Al suo interno sono contenute una checklist per il corretto uso dell'accesso, la matrice sulle responsabilità dell'operatore in ogni fase della manovra e gli indicatori per poter misurare e monitorare, a distanza di tempo, il livello di ottenuto rispetto agli standard attesi. Il poster illustrativo (dimensioni cm 100x70), vuole essere d'"aiuto" nei confronti degli operatori nel mostrare i momenti fondamentali della manovra, è stato creato con l'idea di poter essere posizionato nelle sale mediche delle unità operative che afferiscono al DEA.

LIMITI Le strategie elaborate non sono una soluzione certa e di comprovata efficacia, ma piuttosto un'idea e una via per indirizzare gli operatori verso un metodo per garantire un elevato standard d'assistenza. Si sottolinea che, non essendo così frequente l'inserimento di un'IO, è difficile avere in poco tempo un feedback sul livello d'utilità di queste attività di formazione.

CONCLUSIONI Il rischio maggiore di trascurare un simile bisogno formativo è di dare origine ad un'assistenza non omogenea ma soprattutto non aderente ai criteri di appropriatezza e agli standard assistenziali suggeriti dalle nuove linee guida Pediatric Advanced Life Support (PALS). Si auspica che attraverso lo sviluppo di interventi formativi si possa sensibilizzare i professionisti circa l'importanza di questa tecnica e che l'aggiornamento rappresenti un primo step per una maggior diffusione della cultura dell'accesso IO fra i professionisti sanitari. Parole chiave: accesso intraosseo, bisogni formativi, sviluppo professionale continuo Key words: intraosseus access, training needs, continuing professional development Bibliografia: 1. American Heart Association. American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: part 10, Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment recommendations. Circulation. 2010; 122:466-515. 2. Maioli S, Mostarda MP. La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie. MC Graw-Hill Milano 2008. 3. Hallas P, Folkestad L, Brabrand M. How many training modalities are needed to obtain procedural confidence in intraosseous access? A questionnaire study. Eur J Emerg Med. 2011; 18(6):360-2.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	De Matteis Francesca	Istituzione	Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Telefono	0131 347645	Indirizzo	Via Ventimiglia, 3
Fax	011 3134668	CAP	10126
E-mail	francypatry@libero.it	Città	Torino

31. La somministrazione dei farmaci per via endovenosa: proposta di uno strumento per aumentare le conoscenze e ridurre gli errori

De Santis M¹, Ferri P², Molinari M³, Scacchetti D³, Zini V³

¹Libero professionista, ²Università di Modena e Reggio Emilia, ³Azienda USL Modena

BACKGROUND Attualmente la riduzione degli errori correlati alla terapia farmacologica rappresenta una priorità delle organizzazioni sanitarie; secondo la letteratura disponibile tali errori sono frequenti e possono verificarsi in qualsiasi fase del processo terapeutico, ma riguardano soprattutto prescrizione, preparazione e somministrazione del farmaco. La terapia endovenosa è definita come “la somministrazione parenterale di liquidi, farmaci, supporti nutrizionali” attraverso un dispositivo d’accesso vascolare inserito in vena periferica o centrale (RNAO, 2008). La preparazione di un farmaco da somministrare per via endovenosa è una fase molto delicata e richiede numerosi controlli e accorgimenti. I rischi connessi sono molti: dal deterioramento del farmaco, perché non ben conservato, alla scelta di tempi e modalità di ricostituzione non corretti, diluizione non adeguata, miscelazione di sostanze fisicamente o chimicamente incompatibili fra loro o con la soluzione utilizzata per la diluizione. Uno degli errori più comuni, frequente quando è necessario infondere diversi farmaci attraverso lo stesso dispositivo, è la miscelazione di sostanze incompatibili fra loro; in genere si tratta di incompatibilità chimica o fisica che può causare l’inattivazione del farmaco o la formazione di precipitati con conseguente occlusione del catetere venoso, pericolo di embolia e fallimento terapeutico. Gran parte degli errori di terapia potrebbero essere eliminati con una conoscenza più ampia e approfondita in materia di somministrazione sicura dei farmaci. Le fonti d’informazione sull’argomento non mancano: schede tecniche dei farmaci fornite dal farmacista, foglietti illustrativi delle confezioni, banche dati specializzate. Ciò che manca è uno strumento di sintesi che riassume le informazioni utili e sia facilmente accessibile quando occorre.

OBIETTIVI Il lavoro progettato e svolto ha l’obiettivo di costruire un database di informazioni sintetiche sui farmaci, in associazione ad una tabella di compatibilità, prendendo in considerazione i principi attivi più usati per la terapia endovenosa, presso l’Ospedale NOCSAE di Baggiovara, allo scopo di venire incontro alle esigenze degli operatori che hanno bisogno di fonti di informazione chiare e facilmente consultabili.

METODI Sulla base delle informazioni fornite dal servizio di farmacia dell’ospedale, in merito ai farmaci più richiesti nei 24 mesi precedenti, è stato compilato un elenco di oltre un centinaio di sostanze somministrabili per via endovenosa. Per ogni principio attivo sono state consultate le seguenti fonti: - Riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP) ovvero la scheda tecnica ministeriale del farmaco; - Trissel Database (www.compoundingtoday.com); - UpTo Date (www.uptodate.com). Le informazioni sono state raccolte mantenendo l’ordine gerarchico suddetto; in caso di informazioni discordanti sono state riportate le differenze nel campo dedicato alle note.

RISULTATI Per ogni principio attivo è stata predisposta una monografia, con una grafica studiata per renderne semplice e veloce la consultazione. Ciascuna monografia contiene in forma sintetica informazioni riferite a: solventi compatibili con il principio attivo, modalità di conservazione, preparazione e ricostituzione, stabilità, protezione dalla luce, filtrazione e assorbimento da parte dei materiali costituenti i dispositivi infusionali. È stata inoltre preparata la tabella delle compatibilità, da consultare nel caso vengano somministrati più farmaci contemporaneamente in un’unica linea di infusione. Rispetto ad altri strumenti analoghi già reperibili in letteratura, questa tabella non prende in considerazione la sola compatibilità fisica, bensì, sulla base degli studi disponibili, anche quella chimica; inoltre introduce, oltre al caratteristico codice binario “compatibile/non compatibile”, una terza categoria di “compatibilità condizionata” corredata di nota esplicativa. Entrambi gli strumenti sono stati prodotti in versione cartacea e in formato elettronico: supporto CD auto-avviabile o come software navigabile, mediante compilazione in linguaggio HTML5.

LIMITI Gli strumenti predisposti diventano rapidamente obsoleti, se non sottoposti ad un aggiornamento pressoché continuo, perciò è indispensabile il coinvolgimento attivo del servizio di farmacia ospedaliera.

CONCLUSIONI La preparazione e somministrazione di farmaci per via endovenosa rappresentano attività molto delicate che necessitano di grande attenzione e di supporti informativi aggiornati e facilmente disponibili, anche alla luce dei criteri di risk management ospedaliero. Proprio in quest’ottica e ipotizzando uno sviluppo futuro del lavoro, sarebbe importante rendere questo database accessibile a tutti gli operatori coinvolti, non solo nella sua versione cartacea ma anche in quella online, come collegamento al programma già in uso per la gestione della terapia.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Scacchetti Daniela	Istituzione	Azienda Unità Sanitaria Locale Modena
Telefono	059 374836	Indirizzo	Via San Giovanni del Cantone, 23
Fax	059 435604	CAP	41121
E-mail	daniela.scacchetti@fastwebnet.it	Città	Modena

32. Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Dall'ospedale al territorio: percorso di presa in carico globale

Di Gianfilippo G, Lunari P, Le Donne R, Mancini D, Mancini F, Orazi S

ASL Rieti

BACKGROUND Dal 2007 l'azienda ASL di Rieti ha implementato la metodologia dei percorsi clinico organizzativi come metodo di governance delle attività sanitarie. Il percorso clinico organizzativo (PCO) sulla gestione ospedaliera della BPCO ne è stato il capostipite. L'applicazione di tale percorso ha consentito, come già illustrato nella precedente conferenza del GIMBE 2012, importanti risultati gestionali in termini di sopravvivenza ed uso di risorse intensive.

OBIETTIVI La positiva esperienza del percorso ospedaliero della BPCO è stato da propulsore nella espansione di tale metodologia sul territorio con l'obiettivo di coinvolgere tutta la "filiera gestionale" di tale patologia: telemedicina territoriale, urgenza, medicina di base. Un ulteriore obiettivo, sicuramente più arduo, è stato quello di sviluppare una metodologia di confronto e di agreement fra le diverse figure istituzionali (ostiche) appartenenti al mondo dell'ospedale ed a quello del territorio.

METODI La metodologia della stesura dei PCO è stata frutto di condivisione di tutte le figure mediche e delle professioni sanitarie coinvolte nella gestione del paziente. Tutti i documenti sono stati caratterizzati da: - ragionamento clinico: costituito da un algoritmo clinico ed una relativa legenda. Esso definisce le necessità assistenziali, diagnostiche e terapeutiche indipendentemente dalla loro modalità attuativa. Di fatto rappresenta una analisi, una mediazione ed una condivisione di tutte le linee guida pertinenti (Linee Guida GOLD, ERS/ATS, NICE). - Percorso organizzativo: costituito da un algoritmo organizzativo e da una relativa matrice di responsabilità. Differisce da quello clinico poiché esplicita le modalità, i tempi e la sede in cui attuare tutti i processi/attività ritenute appropriate e necessarie nel ragionamento clinico. Per tale motivo non può prescindere dalla reale attuabilità del percorso ed è quindi fortemente caratterizzato dalle risorse e dalle peculiarità aziendali. - Audit e reengineering: definiti gli indicatori di processo e di esito, sono stati effettuati audit quadrimestrali/semestrali al fine di monitorare l'attuazione e la bontà delle soluzioni del PCO. Sulla base dei risultati di audit, mostrati in riunioni plenarie, e sulla base delle nuove evidenze scientifiche nascono gli update periodici del percorso.

RISULTATI I risultati del primo percorso di gestione ospedaliera, attivo dal 2007, sono sintetizzabili con una significativa riduzione della mortalità ospedaliera, un minor ricorso al trattamento intensivo ed una omogenizzazione ed appropriatezza crescenti nel tempo. Il percorso sull'uso della telemedicina, operativo dal 2010, ha consentito una presa in carico media annuale superiore ai 40 pazienti. Nel 2011 sono stati eseguiti 1.211 monitoraggi notturni della saturazione ossiemoglobinica, 894 dei parametri ventilatori durante terapia ventilatoria ed ad ogni ossimetria notturna è seguito un contatto telefonico da parte dell'infermiera addetta al "tele-nursing" per la verifica dello stato del paziente. In 26 casi è stato necessario l'accesso a domicilio dello specialista ambulatoriale addetto all'assistenza domiciliare respiratoria. Si è ottenuto una riduzione dei giorni di ricovero per riacutizzazione o scompenso della patologia di base, valutati in confronto a quelli degli ultimi due anni precedenti all'ingresso nel progetto, da 28 gg a 10 gg ($p=0.013$) ed una riduzione del consumo di O₂ domiciliare del 12% paziente/die nel gruppo dei pazienti affetti da BPCO. I risultati del percorso di integrazione con i medici della medicina di base e del percorso sull'integrazione del reparto di emergenza ospedaliero con il 118 saranno oggetto di analisi nell'audit del gennaio 2013.

LIMITI Siamo tutt'ora in attesa dei primi dati preliminari di audit che valutino l'efficacia del percorso integrativo con la i medici della medicina di base e dell'integrazione fra il servizio are118 e il reparto ospedaliero dell'emergenza.

CONCLUSIONI L'efficacia e la bontà delle scelte sulla gestione del PCO ospedaliero sulla BPCO sono state elementi propulsivi per espandere la metodologia dei PCO su figure professionali usualmente poco coinvolte quale la medicina di base. Indipendentemente dai risultati confermati dal percorso di presa in carico in telemedicina ed in attesa degli audit sui percorsi più recenti, è fonte di grande soddisfazione l'aver impostato e reso "routinaria" una metodologia di condivisione e di colloquio alla pari fra ruoli istituzionali appartenenti al territorio e quelli ospedalieri, usualmente ostici.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Di Gianfilippo Giacinto	Istituzione	Azienda USL di Rieti
Telefono	348 3948613	Indirizzo	Viale Matteucci, 9
Fax	0746 278440	CAP	02100
E-mail	gdgianfilippo@tin.it	Città	Rieti

33. Dal laboratorio alla clinica: il percorso del paziente infettivo/settico nell'urgenza. L'esperienza del PS/Med. Urgenza AORMN Fano (PU)
Di Lillo M, Moretti M, Pieretti B, Masucci AM, Dottori A, Gasperoni S
<i>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord - Sede di Fano (PU)</i>

BACKGROUND Nell'ottica del miglioramento della qualità delle prestazioni effettuate a favore dei pazienti che accedono annualmente, attraverso il Pronto Soccorso/MURG alla nostra Azienda, è stata avviata una revisione del profilo diagnostico della sepsi. In tale ottica si è deciso di mantenere disponibile la richiesta di esami microbiologici per ridurre i tempi diagnostici e, contestualmente, disporre di campioni raccolti prima dell'eventuale avvio di una terapia antibiotica empirica. Nel 2011 inoltre il laboratorio ha reso disponibile h24 e in urgenza (tempo attesa medio risultato test circa 40 min) il dosaggio della procalcitonina per migliorare il percorso diagnostico terapeutico del paziente infettivo/settico.

OBIETTIVI Rivedere in termini di appropriatezza i risultati ottenuti.

METODI Abbiamo analizzato i dati relativi alle richieste per esami microbiologici provenienti dall'UO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza estrapolandoli dai sistemi gestionali di microbiologia [Copernico e vigi@ct (bioMerieux)] e dal sistema informatico del laboratorio relativi all'anno 2011.

RISULTATI A fronte di 34762 accessi nell'anno 2011 l'UO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dell'AORMN di Fano (PU) ha richiesto esami microbiologici (0,75%) per 260 pazienti, escluse le ripetizioni, di cui 87 (33,5%) sono risultati positivi per: Enterobacteriaceae (51,1%); Stafilococchi coagulasi negativi (17,8%); Staphylococcus aureus (8,9%), Streptococcus pneumoniae (5,6%), Streptococcus pyogenes (5,6%), Candida spp (3,3%), Pseudomonas aeruginosa (2,2%), Acinetobacter baumannii complex (1,1%), Streptococcus agalactiae (1,1%), Enterococcus faecium (1,1%), Ureaplasma urealyticum (1,1%) e anaerobi (1,1%). Sempre nel 2011 è stato richiesto il dosaggio della PCT per 129 pazienti (0,4%), escluse le ripetizioni, di cui 88 (68,2%) positivi.

LIMITI L'ancora scarsa diffusione della conoscenza delle potenzialità diagnostiche del dosaggio della PCT, soprattutto in situazione di urgenza (Pronto Soccorso/Medicina Urgenza), rispetto ai reparti di terapia intensiva, peraltro confermata dalla scarsa letteratura attualmente disponibile al riguardo, rimane sicuramente tra le cause dell'ancora relativamente bassa percentuale di richieste (0,4% del totale degli esami) in presenza di un sospetto quadro clinico di infezione grave/sepsi anche nella nostra realtà Ospedaliera.

CONCLUSIONI I risultati ottenuti sono tuttavia indice di una buona appropriatezza prescrittiva (68,2% dei dosaggi di PCT positivi) e di una altrettanto soddisfacente stratificazione dei pazienti in classi di rischio (basso rischio 23,2%, medio rischio 9,3%, alto rischio 22,5%, sepsi/shock settico 13,2%) sulla scorta dei valori di PCT. Ciò ha consentito di velocizzare il processo diagnostico delle sepsi in un ambiente concitato come il PS, di confermare o escludere nel modo più rapido possibile (40 min in media) il sospetto diagnostico di grave infezione/sepsi, di sostenere l'indicazione ad iniziare trattamento antibiotico e, successivamente, in setting di degenza ordinaria/intensiva, quella di sospendere la terapia antibiotica, di richiedere consulenze mirate e, non da ultimo, di fare un uso evidence-based dei posti letto di degenza potendo modulare l'accesso presso setting differenti e più idonei soprattutto nelle condizioni cliniche ancora poco chiare o più complesse da definire nel breve tempo della valutazione clinica in urgenza. Studi multicentrici presso i Reparti di Urgenza, dotati ugualmente dell'accesso rapido ad esami come la PCT, potranno favorire il miglioramento e l'implementazione di percorsi specifici per infezioni/sepsi necessari per ridurre l'elevato tasso di mortalità per sepsi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Di Lillo Mariangela	Istituzione	AO Ospedali Riuniti Marche Nord
Telefono	0721 882660	Indirizzo	Via Vittorio Veneto, 2
Fax	0721 882203	CAP	61032
E-mail	mariangela.dilillo@gmail.com	Città	Fano

34. Gli errori di terapia farmacologica: le percezioni degli infermieri

Difonzo M, Coppolecchia M, Colagrande G

Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bari

BACKGROUND Il rischio clinico associato all'uso di un farmaco comprende gli eventi avversi, le reazioni avverse da farmaci e gli errori di terapia, eventi non direttamente correlati alla natura del farmaco. L'errore in corso di terapia farmacologica, o errore di terapia, è un qualsiasi errore che accade nel processo di gestione di un farmaco che produce, o ha le potenzialità per produrre, un danno al paziente. In ospedale, il processo terapeutico di preparazione dei farmaci comprende cinque fasi: prescrizione, trascrizione, preparazione, dispensazione e somministrazione. Gli errori di terapia farmacologica possono verificarsi in ognuna di queste fasi.

OBIETTIVI Gli errori di somministrazione sono, in genere, il risultato di un'azione infermieristica. Gli infermieri sono i principali responsabili della somministrazione di un farmaco, conseguentemente, è importante valutare le loro percezioni nel processo di gestione degli errori di terapia. Lo scopo di questa ricerca è rilevare: 1. le conoscenze degli infermieri sugli errori di terapia farmacologica; 2. se gli errori sono segnalati ai medici; 3. se è attivato l'incident report.

METODI La survey trasversale, condotta nel mese di febbraio 2012, coinvolge gli infermieri dei reparti di area critica, chirurgica e medica di un ospedale con 300 posti letto, situato nell'area metropolitana di Bari. Lo strumento d'indagine è il questionario di Gladstone modificato, che include: a) i dati demografici dei partecipanti; b) sei scenari sugli incidenti possibili nella somministrazione dei farmaci, con risposta dicotomica sì/no, e un quesito sulla percentuale di errori di terapia segnalati al direttore infermieristico. L'analisi dei dati è stata realizzata con la statistica Chi quadro, con un valore di significatività < 0.05.

RISULTATI I questionari completati e restituiti sono 75 su 90 distribuiti (percentuale di risposta 83,3%). Il primo scenario descrive un errore di omissione (Omission error), un paziente non riceve la dose prescritta di un antibiotico, perché sta eseguendo un esame diagnostico in un altro reparto. Nel secondo scenario, un errore per tempo errato (Wrong time error), il farmaco è somministrato dopo più di 30 minuti rispetto all'ora di prescrizione. In entrambi i casi, la maggioranza dei rispondenti ritiene di segnalare l'errore ai medici (72% e 77,33% per il primo e il secondo scenario, rispettivamente) e di attivare l'incident report (66,66% e 68%), ma non riconosce l'accaduto come errore di terapia (29,33% e 45,33%). Nel sesto scenario, un farmaco è omissso, in attesa del risultato degli esami di laboratorio. Solo il 22,66% degli intervistati riconosce l'evento come errore di terapia, il 46,66% la necessità dell'incident report, tuttavia l'81,33% ritiene di informare i medici. Al contrario, nel quarto scenario, l'omissione di un farmaco broncodilatatore, perché il paziente sta dormendo, la maggioranza degli infermieri riconosce l'errore di terapia (73,33%), la necessità di informare i medici (64%) e di attivare l'incident report (60%). Il terzo scenario riguarda la velocità d'infusione di una nutrizione parenterale totale, un errore per una dose differente da quella prescritta (Wrong form error). La maggior parte degli intervistati rileva l'errore di terapia (73,33%), la necessità di informare i medici (64%) e di segnalare l'evento con l'incident report (60%). Infine, il quinto scenario riguarda un farmaco analgesico, prescritto ogni 4 ore, che l'infermiere somministra dopo 2 ore e 30 minuti, su richiesta del malato, per calmare il dolore. L'errore per dose extra (Extra dose error) è riconosciuto (50,66%) e segnalato ai medici (84%). Tuttavia, la maggioranza (56%) non riconosce la necessità dell'incident report. Non ci sono differenze statistiche significative tra gli infermieri delle tre diverse aree. La percentuale di errori segnalati al direttore infermieristico è il 41,36% in area critica, il 36% in area medica, il 44% in area chirurgica.

LIMITI Lo studio osservazionale coinvolge gli infermieri appartenenti a diverse aree ospedaliere, ma comprende un numero limitato di partecipanti. Inoltre, sono inclusi i reparti di un solo ospedale di riferimento, affiliato all'università.

CONCLUSIONI Questo lavoro valuta i comportamenti degli infermieri in sei situazioni di comune riscontro nella pratica clinica. Le loro percezioni dell'errore di terapia sono controverse. In tre scenari, la maggioranza degli intervistati non riconosce un errore di terapia, in due scenari, la maggioranza non ritiene necessario attivare l'incident report. I risultati ottenuti confermano la necessità sia di elaborare linee guida per definire i tipi di errori di terapia e identificare gli strumenti di prevenzione, sia di prevedere programmi educazionali per migliorare le conoscenze riguardo ai farmaci e agli errori di terapia.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Difonzo Marcello	Istituzione	Azienda Sanitaria Locale Bari
Telefono	347 3368031	Indirizzo	Via Ospedale di Venere
Fax	080 5015384	CAP	70012
E-mail	mardif@libero.it	Città	Bari

35. Gestione del dolore: valutazione dell'efficacia di un programma di formazione per il personale infermieristico

Dignani L, Ciannavei AP, Toccaceli A

AOU Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND La corretta gestione del dolore rappresenta una delle più importanti sfide sanitarie a livello mondiale. Infatti, nonostante l'alta prevalenza e la consapevolezza delle conseguenze negative, il dolore viene spesso sottovalutato e sottotrattato. In Italia il percorso di gestione del dolore nei soggetti ospedalizzati ha avuto un'importante svolta con l'introduzione prima del progetto "Ospedale senza dolore" (2001), e poi con la legge n. 38/2010, che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Tuttavia, nonostante la presenza di una specifica normativa, la diffusione di linee guida sulla gestione del dolore e di farmaci specifici, lo sviluppo di una cultura orientata alla sofferenza della persona e alla umanizzazione delle cure, il dolore rimane ancora uno dei maggiori problemi in ambito sanitario. Questo è da attribuire principalmente ad un deficit di conoscenze. In questo contesto il ruolo svolto dalla formazione continua assume un'importanza fondamentale, perché rappresenta lo strumento in grado di colmare le lacune esistenti. Attraverso la formazione è possibile fornire ai professionisti infermieri quel corpus di conoscenze necessarie a gestire il dolore e tutte le sue implicazioni.

OBIETTIVI Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'efficacia di un programma formativo progettato ad hoc sulla base dell'analisi delle conoscenze di un gruppo infermieristico. Tale analisi è stata possibile attraverso l'utilizzo di uno specifico questionario di valutazione delle conoscenze, somministrato prima e dopo la formazione.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale prospettico che ha coinvolto gli infermieri del Dipartimento di Malattie Immuno-Allergiche e Respiratorie dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Lo strumento utilizzato per valutare le conoscenze relative all'esperienza dolorosa è il NKASRP (Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain; Ferrel et al., 1993), nella sua versione italiana (Catania et al., 2006). È uno strumento che consente di analizzare aspetti legati alla valutazione del dolore, al suo trattamento (con e senza farmaci) e di verificare i comportamenti nella gestione del dolore. Il gruppo infermieristico è stato invitato a completare il NKASRP pre formazione che ha messo in luce le conoscenze esistenti circa la gestione del dolore. L'evento formativo è stato progettato considerando le aree di interesse del questionario. Alla didattica frontale è seguita una sessione di project work basata sulla presentazione e discussione di casi clinici. Dopo quattro settimane è stato somministrato nuovamente il NKASRP per analizzare le modificazioni intervenute sulla conoscenza del gruppo infermieristico.

RISULTATI Somministrazione NKASRP pre-evento formativo: - Tasso di risposta: 82,9%. - Risultati complessivi: 43,8% di risposte esatte; 51,8% di risposte errate; 4,4% di domande non risposte - Risultati specifici. I singoli items sono stati raggruppati in quattro aree omogenee di interesse: 1. Valutazione: 42,6% di risposte esatte; 50,9% di risposte errate; 6,4% di domande non risposte. 2. Atteggiamenti: 50,3% di risposte esatte; 48,9% di risposte errate; 0,9% di domande non risposte. 3. Trattamento farmacologico: 46,2% di risposte esatte; 48,9% di risposte errate; 5,0% di domande non risposte. 4. Trattamento non farmacologico: 26,7% di risposte esatte; 72,0% di risposte errate; 1,3% di domande non risposte. Partecipanti all'evento formativo: - Tasso di partecipazione: 88,5%. Somministrazione NKASRP post-evento formativo: - Tasso di risposta: 88,7% (rispetto ai partecipanti all'evento). - Risultati complessivi: 78,9% di risposte esatte; 20,7% di risposte errate; 0,4% di domande non risposte. - Risultati specifici. Le quattro aree omogenee di suddivisione hanno totalizzato i seguenti risultati: 1. Valutazione: 84,5% di risposte esatte; 14,9% di risposte errate; 0,7% di domande non risposte. 2. Atteggiamenti: 91,2% di risposte esatte; 8,8% di risposte errate; 0,0% di domande non risposte. 3. Trattamento farmacologico: 73,0% di risposte esatte; 26,4% di risposte errate; 0,6% di domande non risposte. 4. Trattamento non farmacologico: 70,9% di risposte esatte; 29,1% di risposte errate; 0,0% di domande non risposte.

LIMITI La ridotta numerosità del campione studiato pone limiti alla validità esterna dei dati osservati.

CONCLUSIONI La somministrazione di un questionario che valuta le conoscenze infermieristiche e gli atteggiamenti relativamente alla gestione del dolore, ha permesso di comprendere il divario tra i diversi livelli di preparazione individuale e di indirizzare la formazione verso specifiche tematiche. Il questionario post evento formativo ha consentito di verificare l'efficacia della formazione, sia in termini di conoscenze acquisite, sia di necessità o meno di proseguire con ulteriori approfondimenti. Dai risultati dell'analisi dei questionari pre e post evento, emerge un significativo aumento delle conoscenze rispetto a tutte e quattro le aree indagate dopo la formazione effettuata. La formazione continua si è rivelata quindi un ottimo strumento per migliorare le conoscenze relative alla gestione della persona con dolore.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Dignani Lucia	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 5964980	Indirizzo	Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona
Fax	071 5964353	CAP	60020
E-mail	luciadignani@yahoo.it	Città	Ancona

36. Realizzazione di una procedura operativa nella gestione del paziente politraumatizzato nella diagnostica di Tomografia Computerizzata

Doratiotto S, Gallina F, Barzazzi M, Antoniutti M

Azienda ULSS 9 Treviso

BACKGROUND Nel paziente traumatizzato in condizioni critiche, l'approccio coordinato multidisciplinare è essenziale per ridurre i tempi di esecuzione dei vari esami richiesti, ottimizzando così il percorso terapeutico. Pertanto il trattamento del paziente politraumatizzato è necessariamente un'attività che coinvolge un team multidisciplinare, che comprende il coinvolgimento di più figure professionali di estrazione e formazione differente.

OBIETTIVI Poter migliorare l'assistenza del paziente politraumatizzato attraverso l'adozione di un percorso diagnostico-terapeutico mirato che ottimizzi il coordinamento prima di tutto tra le U.O. di Pronto Soccorso e di Radiologia, oltre che la Sala Operatoria e i Reparti di degenza, mediante la creazione di una procedura operativa da adottare nella diagnostica di Tomografia Computerizzata (TC) in caso di paziente politraumatizzato.

METODI È stata creata una procedura operativa applicabile agli esami di TC di pazienti politraumatizzati che vengono normalmente svolti nella diagnostica TC del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Treviso. Questa Procedura è stata creata servendosi di: analisi emerse negli Audit interni del personale avvenute durante ripetute osservazioni delle modalità di comportamento prima e durante l'esame TC di un paziente politraumatizzato; consigli e riflessioni del personale direttamente operante in sala TC del Pronto Soccorso; analisi del processo di gestione di 51 casi di pazienti politraumatizzati pervenuti nella diagnostica TC da Ottobre 2011 a Febbraio 2012; revisione della letteratura.

RISULTATI Dall'analisi del processo di 51 pazienti politraumatizzati si è ottenuto che: in 27 casi su 51 sono stati utilizzati protocolli per torace e addome non specifici per politrauma; in 14 casi su 51 si è continuato a svolgere lo studio a partire dal protocollo per cranio; in 10 casi su 51 è stato utilizzato uno dei due protocolli specifici per politrauma, in particolare in 6 casi è stato utilizzato POLITRAUMA1 e in 4 casi POLITRAUMA2. Dunque, nel 19.6% dei casi è stato utilizzato un protocollo per politrauma, nel restante 80.4% dei casi non è stato utilizzato un protocollo per politrauma. La procedura creata prevede dei passaggi ben precisi per quanto riguarda la gestione del paziente politraumatizzato in TC e di cui vengono riportati i punti salienti: dopo la telefonata dal Pronto Soccorso il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM) e l'Infermiere Professionale avvertono il Medico Radiologo dell'imminente arrivo del politrauma. Devono poi assicurarsi che in sala TC siano presenti e funzionanti tutte le apparecchiature di supporto per l'assistenza infermieristica necessaria ad accogliere il paziente politraumatizzato. All'arrivo del paziente politraumatizzato, il T.S.R.M. verifica i dati anagrafici con il paziente stesso, se cosciente, in caso contrario con il personale del Pronto Soccorso che ha in carico il paziente e la sua documentazione. Si procede al trasporto del paziente politraumatizzato sul lettino porta-paziente. Il paziente politraumatizzato solitamente presenta dei presidi d'immobilizzazione che il TSRM deve verificare che siano radiotrasparenti al fine di inficiare la qualità dell'esame. Il Medico Radiologo e il TSRM valutano la scelta del protocollo più adatto ad eseguire l'esame. - Eseguita l'indagine, il Medico Radiologo valuta la necessità di eseguire ulteriori studi. - Ad esame ultimato, il paziente viene trasferito dal lettino TC alla barella e riportato in P.S.

LIMITI Nessuno.

CONCLUSIONI La necessità di giungere ad una Procedura Operativa condivisa per la gestione del paziente poli-traumatizzato in TC è un aspetto fondamentale che risulta utile nell'ottimizzare la gestione multi-professionale di tale tipologia di paziente, migliorandola sia in termini qualitativi dei protocolli in uso che si configurano come un valido aiuto, che ai fini dell'ottimizzazione della gestione del paziente migliorando velocità d'intervento e qualità d'indagine nel percorso del paziente. La scomposizione analitica delle varie fasi di questo percorso e la definizione dei vari ruoli e della loro complementarietà ha portato alla creazione di una procedura in grado di fungere da riferimento anche nei momenti più critici permettendo così di ottimizzare il percorso del paziente non solo all'interno del Dipartimento di Diagnostica per Immagini, ma all'interno dell'intera Organizzazione Sanitaria, consentendo tempi di esecuzione degli esami rapidissimi in grado di rispondere sia ad esigenze di carattere organizzativo, ma anche nell'ottica di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate che si traducono anche in elementi più vantaggiosi in relazione alla sicurezza del paziente nell'accesso alle cure.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Doratiotto Stefano	Istituzione	Azienda ULSS 9 Treviso
Telefono	389 9603850	Indirizzo	Piazza Ospedale, 1
Fax	0422 322530	CAP	31100
E-mail	sdoratiotto@ulss.tv.it	Città	Treviso

37. Risk Management in Radiologia: creazione di un modulo di segnalazione errori RIS/PACS all'Amministratore di Sistema
Doratiotto S, Maso C, De Martin M, Antoniutti M
<i>Azienda ULSS 9 Treviso</i>

BACKGROUND Le metodiche d'imaging radiologico hanno subito nel corso di questi ultimi anni un rapido sviluppo tecnologico: le immagini analogiche sono state sostituite da quelle digitali e si è avvertita pertanto l'esigenza di avere a disposizione sistemi di archiviazione digitale che potessero garantire il salvataggio ed il recupero delle immagini, la correlazione con i dati anagrafici, clinici e anamnestici. E la risposta è arrivata anche con l'avvento di sistemi integrati RIS-PACS (Sistema Informativo Radiologico (Sistema di Archiviazione e Comunicazione delle Immagini)).

OBIETTIVI Obiettivi di questo lavoro è la creazione di un nuovo modulo di segnalazione di errore e relativa procedura operativa per la corretta compilazione della scheda di segnalazione di errori RIS/PACS all'Amministratore di Sistema nel Dipartimento di Diagnostica per Immagini.

METODI Dapprima è stato costruito un modulo di segnalazione di errori RIS/PACS. Successivamente dal mese di gennaio 2010 al mese di settembre 2012 è stata fatta una raccolta di dati relativi agli errori RIS/PACS utilizzando il modulo di segnalazione sopradescritto presso la Struttura Complessa di Radiologia Diagnostica del Dipartimento di Radiologia Clinica utilizzando il metodo di Incident Reporting.

RISULTATI Dall'analisi di 435 schede di segnalazione errore sono stati ottenuti i seguenti risultati. Il primo Errore (E) analizzato riguardava tutti gli ERRORI relativi al PAZIENTE: errato nome, cognome, data di nascita, vale a dire eseguire un esame ad un paziente sbagliato (2010: 19 E; 2011: 31 E; 2012: 12 E). Il secondo errore è stato l'ERRORE DI ATTRIBUZIONE DELLE IMMAGINI acquisite ad altro paziente. Ossia l'indagine veniva eseguita correttamente sul paziente giusto, a differenza del precedente, ma anagraficamente il paziente era sbagliato, perchè veniva attribuito un nome diverso (2010: 8 E; 2011: 10 E; 2012: 35 E). Il terzo errore è stato quello denominato DIVERSO STUDIO, cioè il paziente faceva l'esame in un diverso distretto anatomico. Per es. il paziente doveva fare l'RX gomito e il TSRM eseguiva l'RX dito (2010: 7 E; 2011: 9 E; 2012: 20 E). Il quarto errore è stato quello denominato PRENOTAZIONE ERRATA e consisteva nella prenotazione nel sistema PACS di un esame sbagliato, da parte degli amministrativi o del reparto di appartenenza del paziente (2010: 20 E; 2011: 4 E; 2012: 13 E). Il quinto errore consisteva nella MANCANZA DEL NUMERO DI STUDIO NELLA WORKLIST nelle apparecchiature non conformate DICOM (2010: 14 E; 2011: 2 E; 2012: 0 E). Il sesto errore è stato quello denominato NUMERO DI STUDIO MANCANTE cioè la modalità non attribuiva automaticamente l'Access Number. Nell'errore mancanza Access Number erano comprese le segnalazioni, oltre che dei TSRM anche quelle della segreteria, per impossibilità di stampa CD (2010: 71 E; 2011: 29 E; 2012: 39 E). Il settimo errore è stato definito ERRORE LATO E COMMENTO. Il TSRM nell'indicazione degli esami inseriva erroneamente il lato o un commento, per esempio supino, eretto, flessione, estensione, ecc. Un errore nell'esecuzione di una sequenza di azioni ed è dovuto ad un deficit di attenzione e percezione e quindi detto skill-based (2010: 12 E; 2011: 29 E; 2012: 30 E). L'Ottavo errore è stato definito ERRORI MICROPRINT dove vengono compresi errori di stampa CD per incongruenza dati anagrafici PACS e RIS, dovuti a inserimenti manuali dei dati pazienti, con conseguente incompatibilità dati DICOM in MICROPRINT (2010: 0 E; 2011: 0 E; 2012: 21 E). In seguito, nell'obiettivo di evitare o perlomeno ridurre il rischio di errore, a fronte delle segnalazioni di errore pervenute sono state ideate delle azioni di miglioramento, quali: la realizzazione di una procedura operativa di segnalazione errori RIS/PACS, la creazione di Alert in caso di omonimia di anagrafica l'adozione di norme comportamentali da utilizzare in caso di presenza fisica dell'Amministratore di Sistema e non.

LIMITI Non sono stati rilevati significativi limiti.

CONCLUSIONI Gli errori in sanità sono relativamente frequenti e possono produrre eventi avversi talora fatali, la loro genesi è complessa e non si esaurisce nell'intervento (o nell'omissione di intervento) dell'operatore direttamente responsabile. La procedura operativa di segnalazione errori RIS/PACS all'Amministratore di Sistema viene proposta con l'intento di facilitare la corretta compilazione del modulo di segnalazione che potrà essere utile a tutto il personale, in particolare ai neoassunti, nell'obiettivo comune di evitare o perlomeno di ridurre al minimo il rischio di compiere un errore, perché dagli errori segnalati si possono immediatamente instaurare delle azioni di miglioramento.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Doratiotto Stefano	Istituzione	Azienda ULSS 9 Treviso
Telefono	389 9603850	Indirizzo	Piazza Ospedale, 1
Fax	0422 322530	CAP	31100
E-mail	sdoratiotto@ulss.tv.it	Città	Treviso

38. Come la teoria dell'Embeddedness possa ottimizzare il coordinamento di un team di HTA

Dubinski M¹, Bartoccioni F², Tripodi AM¹, Molinaro M¹, Landi F¹, Amoddeo CE², Morrone A²

¹HTAcamp, ²Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

BACKGROUND La teoria dell'Embeddedness nasce dalla sociologia e si applica alle reti aziendali successivamente. Si basa sullo studio delle relazioni e dei rapporti tra gli elementi di un network e della loro forza. L'idea di applicarla alla leadership di un gruppo è una novità e una sperimentazione nata presso il nostro team.

OBIETTIVI La teoria dell'embeddedness strutturale studia come le relazioni tra i componenti influenzano i comportamenti e i risultati di un gruppo, focalizzandosi sulle capacità comunicative. L'obiettivo del presente studio è l'applicazione della teoria dell'embeddedness al HTA (Health Technology Assessment)-Team per ottimizzare le risorse disponibili ed incrementare le performance, evitando azioni di leveraging.

METODI L'applicazione della teoria si basa sullo scambio interorganizzativo di conoscenze mediante l'attivazione di processi di apprendimento ad ampio spettro, facilitati da supporti informativi. Collocando il leader al centro del network ed attraverso il social control, è stato creato un clima di fiducia reciproca finalizzato alla limitazione di eventuali comportamenti opportunistici e alla condivisione di risorse personali e di gruppo. Il team è stato suddiviso in cluster funzionali per evitare un'eccessiva dispersione di energie, riducendo così i legami ridondanti e favorendo la creazione di figure di intermediazione.

RISULTATI È stato creato un gruppo di lavoro stabile, motivato e produttivo. L'occasionale assenza di nodi principali ha comportato situazioni di instabilità, le quali non si sono verificate nel caso di mancanza di nodi secondari.

LIMITI Uno dei limiti principali è sicuramente l'instabilità legata all'overembeddedness e quindi a relazioni troppo forti che non rispondono a logiche di mercato o di utilità ma solo a logiche emozionali. Altro limite sicuramente è il perturbamento di un sistema knowledge based causato da possibili risorse economiche.

CONCLUSIONI Grazie al social control e a una condivisione centralizzata delle conoscenze, è stato possibile un rapido inserimento all'interno del team di nuove figure professionali senza precludere la stabilità nei progetti e il raggiungimento degli obiettivi. L'Overembeddedness, le azioni di ingerenza di figure carismatiche vicine ma esterne al sistema e la vicinanza non integrata di figure scarsamente motivate restano però un punto di debolezza del sistema che deve essere tenuto presente con azioni di prevenzione e protezione dello stesso.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Molinaro Martina	Istituzione	HTAcamp
Telefono	06 5033549	Indirizzo	
Fax		CAP	
E-mail	martinamolinaro90@gmail.com	Città	Roma

39. La simulazione in medicina: Strumento per la riduzione del Rischio Clinico

Duranti E¹, Calzeroni G², Marziali M¹, Venneri F²

¹USL 8 Arezzo, ²ASL 10 Firenze

BACKGROUND La formazione e l'addestramento pratico in medicina è trascurata e si passa direttamente dalla teoria al fare sul campo. È necessario quindi acquisire una metodologia moderna dove la simulazione è lo strumento principale e "l'errore" serve per "imparare".

OBIETTIVI Facilitare l'acquisizione di "consapevolezza" circa la gestione degli eventi. Cercare soluzioni sostenibili alla didattica, sostituendo le lezioni frontali con le simulazioni mirate ad obiettivi specifici, nel contesto di uno scenario clinico assolutamente realistico. Indurre l'acquisizione di comportamenti consapevoli e responsabili nei confronti delle attività assistenziali routinarie. Creare sinergie e collaborazioni tra le diverse realtà (multidisciplinarietà) che cooperano nelle attività sanitarie clinico-diagnostiche ed assistenziali. Richiami alla tutela organizzativa e legale dei professionisti. Acquisire capacità operative del lavoro in equipe Gestione del team/ruoli-funzioni. Gestione del Rischio Clinico.

METODI Impostazione generale delle attività simulate basate sul concetto dell'imparare facendo. Utilizzo delle esperienze passate come strumento di lavoro e di ricerca innovativa. Debriefing e discussione comune degli argomenti trattati. Ricerca-azione (analisi, ricerca e raccolta dati attraverso metodologie interattive). Debriefing collegiale con ricerca di errori attivi/latenti (uso di linee guida internazionali). Utilizzo di indicatori per la misura delle performance. Le simulazioni eseguite a tutt'oggi sono state: 2 nell'ambito delle maxiemergenze (1 maxi incidente in autostrada e 1 maxi incidente in cantiere edile) 6 nell'ambito dell'emergenza pronto soccorso (trauma addominale, coma ipo e iperglicemico) 20 nell'ambito dell'emergenza 118 (trauma toracico e shock ipovolemico) 19 nell'ambito dell'emodialisi (eventi negativi in dialisi). L'addestramento/simulazione ha riguardato un totale di 42 medici, 50 infermieri e 45 autisti dell'emergenza 118; 6 medici e 24 infermieri del pronto soccorso; 4 medici e 38 infermieri dell'emodialisi.

RISULTATI Il 100% dei partecipanti ha riferito che la simulazione ha contribuito ad un miglioramento della loro attività professionale, attraverso la misurazione e la revisione delle performance durante i vari eventi e la promozione, in modo proattivo della riduzione dell'errore. Tra le tipologie di partecipanti risulta chiara la minore presenza di medici afferenti all'ambito della Emodialisi, probabilmente per la errata sensazione di essere controllati e quindi giudicati nello svolgimento di azioni rese complesse dall'urgenza. Tra l'altro i 4 medici partecipanti hanno tutti ribadito l'utilità delle simulazioni di eventi poco abituali nell'ambito del trattamento Emodialitico, ma che se non risolti possono portare all'exitus del paziente.

LIMITI Attività limitata a piccoli gruppi (Max 15-20 discenti per giornata di simulazione), con la partecipazione maggiore del personale infermieristico rispetto a quello medico.

CONCLUSIONI La simulazione ha dimostrato di essere una efficace metodologia in grado di stimolare l'autocritica degli operatori, ma ancora con remore e timori soprattutto da parte dei medici, timorosi di essere valutati più sulle capacità tecniche che non su quelle organizzative e di leadership.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Duranti Ennio	Istituzione	USL 8 Arezzo
Telefono	0575 910966	Indirizzo	Via Pietro Nenni, 20
Fax	0575 910966	CAP	52100
E-mail	enniodil@libero.it	Città	Arezzo

40. Nuove strategie formative per il miglioramento della performance del team nella gestione delle Emergenze ed Urgenze: Simulazione ad Alta Fedeltà e Crisis Resource Management

Egman S¹, Fradella G², Sighinolfi D¹, Gonzi G², Noto P¹, Montomoli M¹, Capecchi A², Pini R¹, Vitolo P¹, Neglia D²

¹International Training Centre Simeu - AHA, ²International Training Centre Anmco - AHA

BACKGROUND L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la Società Italiana Medicina Emergenza e Urgenza (SIMEU), in qualità di International Training Centers (ITC) di American Heart Association (AHA) da oltre 10 anni sono impegnati per favorire fra gli operatori sanitari la diffusione delle conoscenze e delle abilità per la gestione delle emergenze ed urgenze attraverso l'erogazione di Corsi BLS (Basic Life Support), ACLS (Advanced Cardiac Life Support) e PALS (Pediatric Advanced Life Support). Tuttavia la rivalutazione dell'operato dei team assistenziali ha posto l'attenzione sulla necessità di un miglioramento della performance dei gruppi, da realizzare non solo attraverso l'acquisizione di competenze e abilità ma anche delle cosiddette "non technical skills" (NTS), in grado di ridurre l'errore e di aumentare la sicurezza dei pazienti. Tutto ciò ha esteso il bisogno formativo dei sanitari richiedendo una rimodulazione dell'offerta formativa dei nostri ITC.

OBIETTIVI Obiettivo principale del progetto formativo è il miglioramento della performance dei team nella gestione delle emergenze e delle urgenze attraverso l'acquisizione non solo di conoscenze ed abilità, ma principalmente delle NTS, con il conseguente incremento della sicurezza dei pazienti.

METODI È stato messo a punto un corso multiprofessionale e multidisciplinare, della durata di un giorno (8 ore) con un format originale, che si avvale di strumenti didattici quali la simulazione ad alta fedeltà (HF SIM) e l'applicazione dei principi che devono guidare la gestione delle risorse durante gli eventi critici (crisis resource management - CRM). Il connubio fra HF SIM e CRM consente l'addestramento protetto per i discenti e sicuro per i pazienti, unito all'opportunità, fornita dalle NTS, di gestire le diverse situazioni in modo appropriato. Centrale in tal senso, l'acquisizione dei principi CRM: conoscere l'ambiente e pianificare le attività; conoscere le risorse disponibili e attivarle il prima possibile; attribuire i ruoli e saper lavorare in team; comunicare adeguatamente ed efficacemente; utilizzare tutte le informazioni e gli aiuti disponibili; operare secondo priorità da rivalutare periodicamente in modo dinamico; prevenire ed eventualmente gestire gli errori di fissazione. Il Corso prevede una breve introduzione interattiva, subito seguita dalle esercitazioni su scenari simulati, tratti da casi clinici rilevanti, gestiti da team multiprofessionali, al termine dei quali è previsto un debriefing, vero elemento didattico cardine del Corso. Per la realizzazione del progetto abbiamo definito un percorso formativo specifico mirato alla costituzione di una faculty con professionalità sia mediche sia infermieristiche che garantisce l'acquisizione delle competenze necessarie per lo svolgimento dei Corsi Provider.

RISULTATI Il 18 ottobre 2012 a Rimini si è svolto il primo Corso provider che ha visto la partecipazione di 22 discenti. I partecipanti erano medici ed infermieri operanti nei Dipartimenti di Emergenza, nei Servizi per l'Emergenza Territoriale, nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, tutti provider BLS e ACLS, pre-requisito di ammissione al Corso. I discenti, divisi in piccoli gruppi a formare un team multi professionale, hanno gestito gli scenari e quindi hanno partecipato attivamente ai debriefing, guidati dagli istruttori. Tutti i partecipanti al termine del Corso hanno mostrato un livello di gradimento elevato, apprezzando l'impostazione del nuovo format e gli strumenti didattici utilizzati. A distanza di tre mesi dalla partecipazione al corso, è stato somministrato ai partecipanti un questionario mirato a valutare il raggiungimento degli obiettivi didattici e la loro applicazione alla pratica clinica. Il 96% degli intervistati ha dichiarato di aver appreso nuovi elementi utili per il lavoro di squadra in particolare in relazione alla comunicazione (76%), alla collaborazione (62%) tra i membri del team ed all'esercizio della leadership (43%) e di averli potuti mettere in pratica. L'82% ha attribuito molta importanza all'utilizzo della simulazione avanzata in questo tipo di formazione. Per quanto riguarda la traduzione nella pratica clinica, il 73% degli intervistati ha applicato, nella propria attività operativa le "abilità" acquisite durante il corso (in particolare 32% utilizzo del defibrillatore, 36% massaggio cardiaco e 41% ventilazione). Il 95% ha applicato i comportamenti acquisiti, riferendoli specificatamente, all'utilizzo delle risorse e delle informazioni disponibili nel 62%, alla capacità di rivalutazione nel 43%, alla capacità di sintesi per il 33% e nell'evitare errori di fissazione per il 67%. Il 91% dei discenti ha avvertito la necessità di apportare cambiamenti organizzativi nella propria realtà operativa, dopo il corso, di tipo squisitamente organizzativo nel 45% e di tipo formativo nell'80% dei casi. Il 68% dei partecipanti, dopo aver frequentato il corso è stato coinvolto in una CPR, come leader nel 67% dei casi. I team di rianimazione erano composti in media da 5 membri (con un rapporto non medici/medici di 3 a 2). La capacità di leadership è stata definita efficace nel 73% dei casi, anche se, entrando nello specifico, il 26% non ha ritenuto sufficiente l'attenzione posta dal leader sia nell'utilizzo di tutte le risorse sia nell'individuare dinamicamente le priorità.

LIMITI Nonostante i dati della letteratura siano concordi nell'indicare come momento centrale del miglioramento assistenziale la formazione dei team, le esperienze in questa direzione sono limitate. Come pure sono ancora sporadiche le esperienze formative che utilizzano strumenti come SIM HF e CRM. La nostra proposta formativa si inserisce pertanto in un ambito del tutto nuovo e certamente necessita di un numero maggiore di Corsi per poter verificare la validità del progetto, la correttezza della realizzazione e l'efficacia delle ricadute assistenziali.

CONCLUSIONI Il nostro progetto formativo si propone di migliorare la performance e il risk management in situazioni di Emergenza-Urgenza attraverso una formazione multiprofessionale e multidisciplinare mirata, che utilizzi strumenti didattici innovativi quali HF SIM e CRM, focalizzati sul lavoro in team. Questi dati, seppur preliminari e parziali mostrano come sia molto avvertito il bisogno formativo multidisciplinare e multiprofessionale in team, per il miglioramento di una performance, che sebbene riconosciuta dal 60% dei discenti come molto buona, esaminata nel dettaglio negli ambiti organizzativi e di interazione con utilizzo delle NTS, mostra ampi margini di miglioramento. Il risultato più significativo dal punto di vista della metodologia della formazione è rappresentato dal fatto che l'82% dei partecipanti individua la metodologia didattica del corso ACC-CRM molto rilevante per la propria pratica clinico/assistenziale. È auspicabile che tale formazione possa intervenire in modo proattivo per migliorare gli standard assistenziali all'interno delle singole unità operative delle varie organizzazioni sanitarie.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Egman Sabrina	Istituzione	ISMETT di Palermo
Telefono	335 6631420	Indirizzo	Via Ernesto Tricomi, 1
Fax	091 2192354	CAP	90127
E-mail	segman@ismett.edu	Città	Palermo

41. Controlli di qualità in Computed Radiography: Soluzioni operative - Percorso CSCL con Webquest

Esposito A, Giglioli FR, Isoardi P, Nisii F, Picco G, Rampado O, Rossetti V

Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino

BACKGROUND I controlli di qualità in Computed Radiography sono un argomento di interesse in Fisica Sanitaria per la molteplicità di procedure applicabili, difficilmente standardizzabili, per le quali occorre un confronto tra utilizzatori, su una serie di operazioni codificabili e descrivibili per passi successivi, per giungere ad una metodica di lavoro condivisa da applicare presso le proprie strutture. Il corso in e-learning, rivolto a 29 Fisici sanitari, è durato 6 settimane con un confronto finale in aula, richiedendo un impegno formale individuale di circa 3-4 ore alla settimana. Si è trattato di un percorso basato su attività pratiche da svolgere all'interno della propria struttura ospedaliera e per il quale sono stati coinvolti 10 tra ospedali e servizi territoriali della Regione Piemonte, equamente distribuiti a livello geografico. L'aula in rete (Moodle) è stata allestita in modo da favorire lo scambio, l'aiuto reciproco e la collaborazione tra colleghi. A tal fine i corsisti sono stati suddivisi in gruppi di lavoro e costantemente seguiti da tutor e docenti.

OBIETTIVI Gli obiettivi di far acquisire conoscenze teoriche, abilità tecniche e competenze di analisi, sono raggiunti attraverso la stesura di una griglia condivisa, elaborata da parte di ogni gruppo e cresciuta secondo un mandato definito con cadenza settimanale. La griglia completa, al termine del percorso formativo, dovrà contenere tutti i passaggi operativi messi effettivamente in atto e condivisi per la misura e la valutazione di ogni singolo parametro anche a documentazione della modifica dei comportamenti professionali.

METODI Il corso, svolto in modalità di Formazione a Distanza (e-learning team centered), ha utilizzato come strategia didattica di riferimento il CSCL (Computer Supported Collaborative Learning), che ha l'obiettivo di promuovere l'apprendimento collaborativo avvalendosi del supporto dell'informatica, mentre per la struttura del percorso si è utilizzato il Webquest, un modello di lezione strutturata che permette un apprendimento "in situazione", basato sul problem solving, attraverso attività guidate (individuali e di gruppo), utilizzo di materiali e risorse messe a disposizione in rete dai docenti. La valutazione è stata condotta soprattutto in itinere: si è valutato il processo più che i prodotti finali e si è basata su 3 aspetti: partecipazione al percorso (sociogrammi), qualità del compito realizzato (griglia strutturata) e contenuti espressi (forum, wiki e test cognitivi).

RISULTATI Al termine del percorso formativo, il documento conclusivo contiene una introduzione generale sulla propria tecnologia a CR con le definizioni dei parametri specifici del sistema e riporta le procedure di produzione, estrazione e valutazione di immagini DICOM relative a 3 o 4 parametri oggetto di controllo di qualità, nonché le tolleranze e periodicità degli stessi. I parametri discussi e analizzati sono stati per tutti "uniformità del platea" e "linearità della risposta", mentre ulteriori uno o due parametri sono stati scelti in itinere. L'autovalutazione da parte dei partecipanti, positiva per il 91% (21 compilanti su 29), è stata condotta sui seguenti 5 livelli: 1) raccolta delle informazioni, 2) compilazione griglia e organizzazione del lavoro, 3) interpretazione e analisi dei materiali, 4) collaborazione nel gruppo di lavoro, 5) raggiungimento obiettivi.

LIMITI In questa tipologia di formazione a carattere collaborativo è difficile la valutazione delle competenze maturate individualmente nel percorso, soprattutto se i partecipanti iniziano con differenti gradi di "expertise" sull'argomento. La qualità dell'azione formativa è strettamente correlata alla qualità degli e-tutors e alla loro capacità di interpretare le funzioni istruttive proprie del ruolo. Assume importanza anche l'atteggiamento dei discenti nei confronti della metodologia, la loro motivazione a mettersi professionalmente in gioco nel confronto e nella collaborazione di gruppo. Scarse competenze digitali affliggono ancora i professionisti della salute italiani.

CONCLUSIONI Poiché la metodologia didattica CSCL è nata sfruttando l'esperienza (e in alcuni casi i software) maturata in ambito aziendale con il CSCW (Computer Supported Cooperative Work), questa tipologia di e-learning si presta quale strumento a supporto di gruppi di lavoro su tematiche specifiche per arrivare a documenti condivisi a livello regionale o nazionale con risultati efficaci e a bassi costi. Se i risultati di questa specifica iniziativa formativa favoriranno l'elaborazione e la pubblicazione di linee guida a livello regionale, in tema di controlli di qualità in computed radiography, oltre che per l'aggiornamento professionale, potrà essere valutata positivamente anche per il raggiungimento di esiti nel campo del KM (Knowledge Management).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Picco Guido	Istituzione	Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino
Telefono	011 6335074	Indirizzo	Via Rosmini, 4
Fax	011 6335081	CAP	10126
E-mail	gpicco@cittadellasalute.to.it	Città	Torino

42. Indicatori di esito nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: quale percezione?

Fabris F¹, Bocchi M², Mecchi V², Poli A³, Bisoffi G¹, Perilli V¹, Benetollo PP¹

¹AOU Integrata Verona, ²Università degli Studi di Verona - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva,

³Università degli Studi di Verona - Dipartimento di Sanità pubblica e Medicina di Comunità

BACKGROUND La valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie è diventata un approccio necessario per garantire agli utenti interventi di eccellenza o con elevati standard di qualità professionale e per allocare le risorse disponibili secondo criteri di efficacia. A tale riguardo si è diffuso l'utilizzo degli indicatori di esito per la valutazione comparata delle prestazioni sanitarie e sono nate in ambito internazionale diverse agenzie che producono sia indicatori che analisi dei dati nell'ottica del miglioramento continuo degli interventi di diagnosi e cura. Dal 2010 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona ha iniziato un percorso per l'introduzione sistematica di indicatori della qualità degli esiti.

OBIETTIVI Valutare la conoscenza dei clinici sulle classiche definizioni di indicatori di esito, rispetto a quelle di processo e di struttura, attraverso le risposte fornite da parte delle Unità Operative Complesse (UOC) dell'AOUI di Verona alla richiesta di proporre indicatori di qualità degli esiti.

METODI Tra gli obiettivi di budget 2011 assegnati alle singole UOC, è stato inserito quello di proporre alla Direzione Strategica n. 3 indicatori di qualità degli esiti, entro il 31.12.2011 al fine di poterli poi calcolare nei primi mesi del 2012 ed metterli a regime entro la fine del 2012. Per facilitare e sostenere la corretta selezione degli indicatori, è stato prodotto e diffuso entro l'Azienda un manuale con i principali criteri da seguire nella scelta degli indicatori stessi. Ad inizio 2012 tutte le proposte pervenute dalle singole UOC sono state analizzate e valutate rispetto alle risposte attese (n. 3 indicatori per singola UOC), alla tipologia di indicatori, all'aderenza ai criteri predefiniti richiesti e alla presenza di una loro eventuale validazione da parte di Agenzie nazionali (AGENAS, Istituto Mario Negri) o internazionali (AHRQ; OECD; Joint Commission). L'analisi è stata effettuata da un gruppo di lavoro costituito dal Direttore Sanitario, personale del Servizio di Controllo di Gestione, del Servizio di Miglioramento Qualità e dell'Ufficio Supporto alla Ricerca e Biostatistica.

RISULTATI Delle 74 UOC coinvolte, n. 53 (72%) hanno risposto proponendo complessivamente 218 indicatori, successivamente classificati come segue: n. 133 indicatori di esito (61,0%), n. 65 indicatori di processo (29,8%) e n. 20 (9,2%) indicatori di altro tipo (struttura, qualità percepita, volume etc.). Soltanto n. 36 indicatori (16,5% dei 218 proposti) risultavano essere validati da un'Agenzia (Agenas, OECD, AHRQ, Istituto Mario Negri) e, di questi, n. 33 erano di esito, n. 2 di processo e n. 2 di altro tipo. Complessivamente, n. 29 UOC di area medica e pediatrica (cardiologie, fibrosi cistica, pneumologia, geriatrie, medicine interne, nefrologia, neurologie, oncologie, pediatrie, dermatologia, ematologia, endocrinologia, gastroenterologie, etc.) hanno proposto n. 63 indicatori di esito, 23 indicatori di processo e 8 indicatori di altro tipo; n. 15 UOC di area chirurgica e ostetrico-ginecologica (cardiochirurgia, chirurgie generali, chirurgia toracica, odontostomatologie, oculistiche, ortopedie, ostetricie e ginecologie, neurochirurgie, etc.) hanno proposto 35 indicatori di esito, 5 indicatori di processo e 8 indicatori di altro tipo. Le UOC afferenti all'area dell'emergenza (anestesia e rianimazioni) hanno proposto 14 indicatori di esito, n. 2 indicatori di processo, mentre le UOC afferenti all'area dei servizi (riabilitazioni, radiologia e neuroradiologia, laboratori analisi, anatomie patologiche, radioterapia, fisica sanitaria, immunologia, microbiologia, etc.) hanno proposto 21 indicatori di esito, 35 indicatori di processo e 4 indicatori di altro tipo. Tra gli indicatori proposti alcuni erano trasversali a più UOC.

LIMITI Il 28% delle UOC coinvolte non ha risposto e ciò sottolinea che l'importanza di usare indicatori per misurare la propria attività non è adeguatamente percepita. Il 42,5% degli indicatori non era di esito ma di altra natura, indicando che tra gli operatori non sono ancora chiare le diverse tipologie di indicatori e, conseguentemente, i diversi utilizzi nell'ambito delle analisi, delle valutazioni e dei miglioramenti delle proprie attività. Inoltre, dai risultati è emerso che non sono state prese in considerazione, se non in piccola parte, le Agenzie che propongono indicatori di qualità degli esiti già validati. Infine, il diverso numero di indicatori di esito proposti dalle UOC afferenti all'area medica e all'area dei Servizi rispetto a quelli proposti dalle UOC di area chirurgica suggerisce un diverso approccio alla valutazione in queste aree.

CONCLUSIONI La maggior parte delle UOC ha aderito alla richiesta di proporre indicatori di esito. Tuttavia, la scelta si è rivelata appropriata solo in poco più della metà dei casi, essendo stati proposti anche indicatori di processo e di altro tipo, a confermare la necessità di continuare e sostenere la formazione specifica in questo ambito tra i professionisti sanitari.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Fabris Fabiola	Istituzione	AOU Integrata Verona
Telefono	045 8123371	Indirizzo	Piazzale Stefani, 1
Fax	045 8123382	CAP	37126
E-mail	fabiola.fabris@ospedaleuniverona.it	Città	Verona

43. Ruolo dell'Assistente Sanitario nei gruppi di cammino rivolti alla generazione responsabile: l'esperienza di Milano

Fadelli S

Università degli Studi di Milano - Corso di laurea in Assistenza Sanitaria

BACKGROUND Questo elaborato presenta l'iniziativa "Gruppi di Cammino", progetto elaborato dall'ASL di Milano, Struttura Complessa Medicina Preventiva nelle Comunità, Servizio che si occupa di promuovere l'attività fisica nella generazione responsabile. Negli ultimi decenni la società occidentale ha subito il fenomeno della transizione demografica, passando da una situazione caratterizzata da una elevata natalità e mortalità, ad una in cui entrambe si sono estremamente ridotte. La progressiva diminuzione della mortalità, a sua volta, ha determinato un notevole innalzamento della vita media, che negli ultimi anni ha decretato un aumento esponenziale delle persone anziane nella società, in particolare in quella occidentale. La crescente urbanizzazione, inoltre, ha portato anche ad una riduzione degli spazi di movimento, favorendo sempre più uno stile di vita sedentario. Si tratta di un fenomeno estremamente diffuso tra la popolazione, ma che colpisce soprattutto la generazione responsabile facilitando l'insorgere di patologie d'età correlate con il conseguente impatto negativo sulla salute pubblica, dai costi economici elevati. Questa situazione ha indotto le organizzazioni scientifiche internazionali ad emanare una serie di documenti fondamentali attraverso i quali si raccomanda di adottare uno stile di vita attivo anche a tutti coloro che hanno raggiunto la terza età. Nel Piano Sanitario Nazionale Italiano, per il biennio 2010-2012, è stato infatti individuato tra gli obiettivi per il raggiungimento di un migliore stato di salute quello di "aumentare la prevalenza di persone che praticano regolarmente attività fisica tra gli anziani" invitando ad intraprendere azioni specifiche da sviluppare "nei Piani Regionali e Aziendali". Nella tesi si riportano quindi i documenti internazionali che evidenziano il concetto di "promozione della salute", le evidenze scientifiche che mettono in luce i benefici dell'attività fisica e giustificano l'attività intrapresa dall'ASL di Milano nel promuovere i Gruppi di Cammino, la descrizione delle esperienze già esistenti sul territorio nazionale e quella sorta sul territorio milanese. Inoltre si descrive come la figura professionale dell'Assistente Sanitario sia idonea per competenze didattico-formative ad adempiere a tutte le fasi del progetto, dalla fase di progettazione a quella di valutazione.

OBIETTIVI - Dimostrare l'esistenza di dati scientifici a supporto dell'efficacia educativa di progetti per l'educazione al movimento nei confronti del target di riferimento; - far emergere il valore aggiunto rappresentato dalla figura professionale dell'Assistente Sanitario, in possesso delle conoscenze e competenze nella promozione di stili di vita sani nella popolazione; - individuare nuovi strumenti formativi che possano favorire la diffusione del progetto al fine di ottenere una maggior adesione.

METODI - Evidenze di letteratura scientifica, linee guida, riferimenti legislativi a livello nazionale, regionale e locale; - materiali utilizzati nell'esperienza milanese: brochure, locandina, presentazione del progetto in PowerPoint, scheda anamnestica e consenso informato alla partecipazione, scheda di rilevazione presenze, griglia di valutazione del percorso pedonale.

RISULTATI L'attività dei "Gruppi di Cammino" è volta a promuovere il benessere psico-fisico e la socializzazione e l'aggregazione tra i partecipanti. Il progetto è stato sperimentato dall'equipe dell'ASL di Milano, che ha analizzato la fattibilità di questo tipo di intervento sul territorio metropolitano, monitorandone il livello di gradimento da parte degli aderenti: l'interesse si è rivelato essere molto elevato; una valutazione di efficacia verrà effettuata in seguito all'attivazione di più gruppi. Anche nelle esperienze delle altre ASL, l'iniziativa ha rilevato ottimi risultati e ciò si evince in modo particolare dall'aumento costante, avvenuto di anno in anno, sia del numero dei partecipanti sia nel numero dei comuni coinvolti. Ad oggi nei comuni di Verona sono attivi 18 gruppi, a Genova 20, a Udine 5, a Lecco 46, a Mantova 35, a Bergamo 70, a Pavia 103 ed infine a Brescia 14. Il successo di questa iniziativa è dovuto alla semplicità di realizzazione, ai bassi costi e alla sostenibilità nel tempo grazie al continuo e costante sostegno da parte delle Amministrazioni comunali, delle Aziende Sanitarie e di una rete sociale di supporto che promuove l'empowerment, in modo da attivare le risorse nella comunità e nel singolo per accrescere sempre di più la cultura della propria e della altrui salute.

LIMITI Il limite della tesi è la mancanza della fase di valutazione del progetto "gruppi di cammino" in quanto è ancora in corso di realizzazione. Verranno comunque presi in analisi i dati di attivazione e partecipazione al fine di presentare una parziale valutazione di gradimento del progetto.

CONCLUSIONI I Gruppi di Cammino hanno avuto un'ottima capacità d'espansione anche grazie alla loro sostenibilità e trasferibilità. Sono, infatti, realizzabili in diverse realtà senza difficoltà, attraverso l'utilizzo di spazi aperti (parchi, piste ciclabili o percorsi caratteristici del luogo) e con il supporto di personale sanitario qualificato e formato nelle fasi di avvio e di monitoraggio. Per quanto attiene le prospettive future del progetto "Gruppi di Cammino", gli obiettivi principali sono l'estensione dei gruppi nei Distretti della ASL di Milano già attivati (D3, D4, D5) e l'implementazione di nuovi gruppi nei Distretti non ancora attivati (D1, D2, D6, D7), con la collaborazione di un referente distrettuale (personale sanitario della ASL). Inoltre verrà effettuata una valutazione di esito, attraverso la somministrazione di test psico-fisici, e una valutazione di gradimento. Per la sensibilizzazione e pubblicizzazione del progetto verrà effettuato un aggiornamento periodico del sito, i cui contenuti possono essere fruiti dagli operatori sanitari e dalla popolazione generale, e verranno coinvolti i seguenti enti: Comune di Milano, Consigli di Zona, Aziende Ospedaliere, Decanati, farmacie, panettieri. Come strumenti informativi, verrà realizzato il Manuale per i Walking Leaders (un piccolo manuale illustrativo da consegnare ad ogni referente del gruppo) e curato l'aggiornamento periodico sui gruppi rivolto ai Medici di Medicina Generale tramite comunicazione cartacea e on-line. Per creare unione e aggregazione tra i Gruppi di Cammino attivati, verranno organizzati incontri annuali di formazione e aggiornamento per i Walking Leaders e un incontro annuale con tutti i partecipanti dei Gruppi. Concludendo, va quindi sottolineato come questo progetto abbia i requisiti per poter essere ampliato su tutto il territorio di competenza della ASL Milano e valorizzato come attività importante per fini educativi e di promozione della salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Fadelli Sara	Istituzione	ASL di Milano
Telefono	02 4453480	Indirizzo	Corso Italia, 19
Fax	02 85782268	CAP	20122
E-mail	sara.fad@hotmail.it	Città	Milano

44. Tesi: "Professionisti in salute: salute, alimentazione e stili di vita", progetto attivo dal dicembre 2006 a febbraio 2009 presso una struttura sanitaria lombarda che fa parte della Rete Health Promoting Hospitals (HPH)

Fusar Imperatore P

Poliambulatorio Opera San Francesco per i poveri Milano

BACKGROUND Dal 1999 l'Azienda Ospedaliera di Crema (CR) è tra le strutture sanitarie della rete HPH della Regione Lombardia. Tale rete è resa ufficiale nel documento: "Le Raccomandazioni di Vienna" (1997) e si concretizza a livello italiano nel 2002, con l'"Accordo per la costituzione della rete italiana per gli Ospedali per la Promozione della salute". Dal dicembre 2006 l'A.O. di Crema ha aderito al progetto "Professionisti in salute" (oggetto del mio elaborato di tesi) con termine la fine dell'anno 2009. Il target individuato è stato il personale dipendente dell'A.O. ed i degenti di specifiche U.O. (i reparti pilota sono stati la Pediatria con il coinvolgimento di 500 pazienti e di 600 persone in Riabilitazione Cardiologica durante due anni di lavoro al progetto), per coprire le diverse fasce d'età, sensibilizzare, migliorare e incrementare sani e corretti stili di vita. L'Assistente Sanitario è stato identificato come l'operatore sanitario protagonista dell'attuazione di questo progetto e coordinatore del gruppo di lavoro, in quanto come indicato dal Profilo Professionale (D.M. n. 69/1997) e dal Codice Deontologico è il professionista che si occupa di promozione, prevenzione ed educazione alla salute, con autonomia tecnico-operativa.

OBIETTIVI In linea con l'obiettivo generale previsto dal Piano Socio Sanitario 2007-2009, riguardante la Prevenzione e gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità in Lombardia per il triennio 2008-2010, si identificano tre obiettivi: - Accrescere tra gli operatori dipendenti e i degenti la consapevolezza che uno stile di vita corretto dà benefici alla salute a livello fisico, mentale e sociale; - Promuovere un'azione educativa e formativa per il target designato, in modo da favorire l'acquisizione di conoscenze che possano condurre a stili di vita orientati al benessere e alla prevenzione; - Informare dipendenti e degenti che l'assunzione errata di alimenti, combinata alla sedentarietà, sono tra i fattori principali nella determinazione di stati patologici.

METODI Prima dell'inizio delle visite di sorveglianza sanitaria ho realizzato un depliant informativo intitolato "Le Piramidi della salute" che racchiude consigli sullo stile di vita da preferire. Questo è stato consegnato ad ogni lavoratore e di ognuno sono stati rilevati Peso/Altezza con calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) insieme alle abitudini di vita. I dati raccolti hanno permesso di realizzare una statistica sullo stato di salute dei dipendenti, suddivisi in tre categorie: sottopeso, normopeso e sovrappeso/obesità. I professionisti con un peso in eccesso o in difetto sono stati segnalati e presi in carico dal Servizio di Dietologia dell'A.O. L'U.O. di Pediatria ha sviluppato iniziative per contrastare l'incidenza del sovrappeso ed obesità nella fase perinatale. Pediatra e Ginecologo hanno lavorato in tandem per seguire la donna in gravidanza per evitare un eccessivo incremento ponderale. Per i ricoverati nel reparto di Pediatria è stata prevista la valutazione audiologica e, se necessario, nella lettera di dimissione sono stati inseriti consigli per una dieta adeguata ed una regolare attività fisica. L'U.O. di Riabilitazione Cardiologica ha pensato, in collaborazione con l'Associazione Cardiopatici, a degli incontri settimanali di educazione alla salute per i pazienti dimessi, così da informare rispetto alla gestione dello stress, all'alimentazione da seguire, a quale attività fisica praticare. Alla dimissione ogni paziente ha ricevuto suggerimenti per una sana alimentazione, così da concorrere a sviluppare una cultura della salute.

RISULTATI Alla fine del mese di Febbraio 2009 sono stati visitati 300 dipendenti su un totale di 1330. Tra questi 10 hanno avuto un IMC superiore a 28 e tutti hanno accettato di farsi seguire dal Servizio di dietologia. Oltre ai reparti pilota anche l'U.O. di Medicina Generale e quella di Formazione hanno aderito al progetto. L'80% degli operatori sanitari ha partecipato alle iniziative proposte su obesità e sovrappeso.

LIMITI Nel corso di questa analisi non è stato possibile valutare i risultati del Progetto, in quanto nel Febbraio 2009, lo stesso era ancora in corso. La valutazione di obiettivi come da previsione del Piano Socio Sanitario 2007-2009 è avvenuta nell'Ottobre 2010.

CONCLUSIONI L'adesione alla Rete HPH permette di raggiungere obiettivi che si rivolgono anche a persone sane, quali la "Salute per tutti", l'umanizzazione delle cure, la creazione di "Healthy Settings". Nel Progetto HPH e per raggiungere il nuovo obiettivo previsto dal Piano Socio Sanitario 2007-2009, la comunicazione è risultata l'elemento strategico che può contribuire a far acquisire alle persone "un maggiore controllo della propria salute, quindi a promuovere salute". La comunicazione si è sviluppata su due livelli: quello "divulgativo" con gli articoli sul giornale aziendale "Tam Tam", il depliant informativo "Piramidi della salute" e quello "partecipativo", attivando abilità, capacità, risorse proprie della persona (Life Skills).

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Fusar Imperatore Paola	Istituzione	Opera San Francesco per i Poveri ONLUS
Telefono	02 20234310	Indirizzo	Viale Piave, 2
Fax	02 20234329	CAP	20129
E-mail	fusa85@libero.it	Città	Milano

45. Creazione di una procedura dipartimentale per la chirurgia ambulatoriale

Gaiba G, Caroli M

AUSL Ravenna

BACKGROUND Il dipartimento di Chirurgie Specialistiche dell'AUSL di Ravenna comprende 3 UUOO di ORTOPEDIA, 1 UO di Neurochirurgia del SN periferico, 3 UUOO di Oculistica e 1 di ORL. In misura sempre crescente viene richiesto il ricorso alla chirurgia ambulatoriale per patologie estremamente eterogenee e dalla diversa complessità.

OBIETTIVI La sfida è quella di proporre una procedura comune che permetta di comprendere le diverse esigenze e superando innumerevoli ostacoli procedurali.

METODI Ricerca LG, l'individuazione di un set molto ampio di professionisti coinvolti. La proposta di creare piccoli gruppi di lavoro su focus point: 1. Accesso e postricovero Focus point: • Primo contatto ambulatoriale: quale modulistica • Tipologia di interventi ammessi alla chirurgia ambulatoriale per ogni specialità del Dipartimento • Valutazione preoperatoria: consenso informato, sito chirurgico, aspetti anestesiológicos 2. Percorso chirurgico: • Requisiti minimi struttura chirurgica amb. • Preparazione del paziente (dove? Come?) • Riconoscimento in sala op. • Monitoraggio funzioni vitali • Tipologia di anestesia somministrabile • Presenza dell'anestesista • Uso di farmaci senza anestesista (segnalazione eventuale di un limitato numero di farmaci con profilo di sicurezza molto elevato da poter utilizzare) • Postoperatorio: referto, dimissione.

RISULTATI In tempi molto brevi è venuta alla luce una procedura che prevede 4 diverse linee di complessità. Dal 2013 si valuteranno performances ed esiti.

LIMITI -

CONCLUSIONI -

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Gaiba Giuseppe	Istituzione	Azienda USL di Ravenna
Telefono	0544 285111	Indirizzo	Via Alberto Missiroli, 10
Fax	0544 286505	CAP	48100
E-mail	g.gaiba@ausl.ra.it	Città	Ravenna

46. La valutazione dello stato nutrizionale del paziente anziano ospedalizzato: sperimentazione dell'utilizzo del MNA (Mini Nutritional Assessment)

Giroto E¹, Colognesi A²

¹Azienda ULSS 18 Rovigo, ²Infermiera

BACKGROUND Una corretta alimentazione costituisce uno dei fattori che contribuiscono alla salute. La gestione della nutrizione infatti deve essere inserita sempre di più nei percorsi di diagnosi e cura. Una non corretta gestione del paziente dal punto di vista nutrizionale può determinare complicanze e portare quindi a una "malattia nella malattia". Le persone anziane, fragili in particolare, sono ad alto rischio per i disturbi nutrizionali. In ambiente ospedaliero o residenziale possono sussistere fattori di malnutrizione estranei al paziente, come la mancata registrazione di peso ed altezza, la dispersione di responsabilità nell'accudire il paziente, la mancata osservazione e registrazione dell'introito alimentare, il "salto" dei pasti per indagini diagnostiche, l'uso inadeguato della nutrizione artificiale, il mancato riconoscimento delle aumentate necessità nutrizionali per trauma o malattia, la mancanza di collaborazione ed interazione tra medico, dietista ed infermiere, il ritardo nel supporto nutrizionale al paziente in grave stato carenziale, la limitata disponibilità di esami di laboratorio per valutare lo stato nutrizionale o la mancata utilizzazione di questi ultimi o ancora lo scarso rilievo all'educazione nutrizionale nei corsi di formazione. Il progetto nasce dalla necessità di identificare e sperimentare uno strumento per la valutazione della malnutrizione, da parte degli infermieri, nei pazienti >65 anni ricoverati in regime ospedaliero.

OBIETTIVI - Indagare sulle modalità di rilevazione dello stato nutrizionale nell'anziano ospedalizzato. - Sperimentare uno strumento per l'accertamento dello stato nutrizionale.

METODI Il progetto si è attuato nel 2012 e ha previsto due fasi. Fase 1: Indagine sulle modalità di rilevazione dello stato nutrizionale dei pazienti presso due reparti (Medicina e Geriatria) per 4 settimane su un totale di 144 pazienti. Fase 2: Sperimentazione dell'utilizzo del MNA (Mini Nutritional Assessment) su un campione di 63 pazienti (3 settimane) ricoverati presso i reparti di Medicina e Geriatria dell'Ospedale di Rovigo. Tra i principali test di valutazione dello stato nutrizionale è stato scelto il MNA (Mini Nutritional Assessment) in quanto in grado di identificare la malnutrizione e il rischio di svilupparla negli anziani ricoverati. La compilazione del test richiede meno di 10 minuti per paziente e la sua utilità è stata dimostrata in un ampio numero di studi. Il test non è stato somministrato a pazienti con: età inferiore ai 65 anni, diagnosi oncologica allo stadio terminale, impossibilità per la rilevazione del peso, situazione clinica grave o prognosi infausta, durata della degenza superiore ai 20 giorni, pazienti con SNG o PEG.

RISULTATI Fase 1 L'indagine ha coinvolto 144 pazienti dei reparti di Geriatria (50,6%) e Medicina (49,3%). Il campione era composto da donne (59,9%), l'età media era di 80,5 anni (range 34 - 98, ds 11,1). Il grado di dipendenza, rilevato con l'indice di Barthel era completo per il 47,9% e moderato per il 13,2% dei pazienti. Dalla scala di Norton il 25,7% presentava un rischio di lesioni da pressione lieve mentre il 34,7% elevato. La rilevazione del peso era documentata nel 34% dei pazienti mentre l'altezza solamente nel 5,6%, la tipologia di dieta non è stata rilevata nel 57,6% dei casi. La disfagia è stata rilevata nel 18,8% dei pazienti. Dai dati analizzati si evidenzia come nella popolazione indagata, con caratteristiche che ci suggeriscono una elevata probabilità di presentare problemi legati alla nutrizione, vi sia una insufficiente rilevazione dei parametri nutrizionali con difficoltà a identificare i pazienti malnutriti o a rischio. Fase 2 In questa fase si è proceduto a somministrare il MNA a 63 pazienti, 52,4% di Geriatria e 47,6% di Medicina, il 39,7% dei pazienti erano donne. L'età media del campione era di 81,3 anni (range 65 - 93, ds 6,9). Dalla rilevazione dell'indice di Barthel il 29% presentava una dipendenza completa mentre il 27% moderata. Il 27% presentava un rischio di lesioni da pressione lieve, mentre 15,9% elevato. L'utilizzo dell'MNA ha permesso di: - raccogliere maggiori informazioni sullo stato nutrizionale del paziente: peso, altezza, IMC, tipo di dieta, abitudini alimentari, assunzione di cibo; - identificare i pazienti malnutriti 17,5%, a rischio di malnutrizione 39,7% e con nutrizione normale 42,9%.

LIMITI Il gruppo di pazienti presi in esame nelle due rilevazioni non è molto numeroso, utile però al raggiungimento degli obiettivi del progetto.

CONCLUSIONI La sperimentazione del MNA ha permesso di migliorare la valutazione dello stato nutrizionale dell'anziano al fine di intraprendere poi interventi di gestione dei pazienti malnutriti o a rischio. L'impegno richiesto al personale infermieristico è contenuto, considerando che molte informazioni per la compilazione sono già presenti nella cartella infermieristica informatizzata. Possiamo affermare che l'utilizzo del MNA è un valido contributo nel processo di miglioramento della pratica clinica assistenziale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Giroto Erica	Istituzione	Azienda ULSS 18 Rovigo
Telefono	0425 393260	Indirizzo	Viale Tre Martiri, 89
Fax	0425 394618	CAP	45100
E-mail	girotto.eric@azisanrovigo.it	Città	Rovigo

47. Elaborazione di un documento di indirizzo assistenziale riabilitativo multidisciplinare del paziente con Neglect

Giroto E, Fornasiero M, Cecchetto MA, Cariani D, Barison M, Varotto E, Vallese F, Trevisan F

Azienda ULSS 18 Rovigo

BACKGROUND Il neglect è un disturbo comune e invalidante che appare dopo un ictus cerebrale ed è riscontrato nel 30% dei pazienti nella fase acuta. È caratterizzato dall'incapacità del paziente di individuare o orientarsi verso stimoli che si presentano sul lato controlaterale alla lesione cerebrale. La forma grave e spesso cronica del deficit è presente nel 2% dei pazienti. L'assistenza del paziente con neglect da ictus in fase acuta e post acuta coinvolge diverse figure professionali: infermiere, fisioterapista e logopedista. Nella realtà dell'Azienda Ulss 18 di Rovigo il personale che assiste i pazienti con questo disturbo avvertono l'esigenza di avere indicazioni assistenziali riabilitative chiare e ispirate alle metodologie Evidence Based Practice.

OBIETTIVI - Effettuare una revisione della letteratura con particolare riferimento a linee guida. - Sperimentare il percorso di adattamento delle linee guida. - Elaborare un documento di indirizzo assistenziale riabilitativo rivolto al paziente con neglect nella fase di ricovero e post-ricovero.

METODI È stato costituito un gruppo di lavoro composto da infermieri, fisioterapisti e logopediste all'interno del Progetto Aziendale: Implementazione e sviluppo dell'Evidence Based Practice. Il quesito di ricerca utilizzato al fine di identificare le parole chiave è stato: P: Persona adulta con neglect. I: Interventi infermieristici, fisioterapici e logopedici. O: Presa in carico. La ricerca sistematica è stata effettuata nelle principali banche dati di linee guida nazionali e internazionali. Le fasi del lavoro sono state le seguenti: - Ricerca sistematica delle linee guida disponibili in letteratura - Applicazione dell'AGREE per la valutazione delle linee guida e selezione della linea guida di riferimento. - Sperimentazione del percorso di adattamento (FAIAU). - Elaborazione del documento di indirizzo clinico assistenziale.

RISULTATI La ricerca sistematica ha portato all'individuazione di circa 20 linee guida delle quali una è stata sottoposta a valutazione con AGREE: EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. European Federation of Neurological Societies - Medical Specialty Society. 2003 Jan (revised 2005 Sep). NGC:005165, ma è stata raccomandata con riserva. Successivamente il gruppo ha cercato di applicare il percorso di adattamento locale delle linee guida che non è stato completato per la scarsa qualità del documento trovato. Da ciò si è rilevata una carenza di linee guida multidisciplinari specifiche per la presa in carico del paziente con Neglect e si è quindi proceduto alla redazione di un documento di indirizzo assistenziale riabilitativo contenente indicazioni evidence based risultanti dalla revisione sistematica della letteratura e basate sull'opinione degli esperti. Il documento finale comprende: - Area infermieristica: accertamento e pianificazione nelle prime 48 ore, indicazioni sulle modifiche ambientali e gestione degli aspetti relazionali con il paziente e i suoi familiari in collaborazione con il fisioterapista. - Area fisioterapica: valutazione del paziente, somministrazione di test specifici, monitoraggio, prevenzione complicanze e dei disturbi secondari, addestramento e counseling a paziente e familiari/caregivers, partecipazione al team multidisciplinare. - Area logopedica: valutazione del paziente attraverso la somministrazione di test specifici e monitoraggio.

LIMITI Il progetto presenta dei limiti metodologici in quanto è stato il primo approccio del gruppo alla valutazione e implementazione di linee guida. Infatti alla fine del percorso, in assenza di chiare e precise evidenze scientifiche sull'argomento, non si è completato il processo di adattamento delle linee guida come previsto, ma si è deciso di rispondere alle esigenze dei professionisti con l'elaborazione di un documento di indirizzo.

CONCLUSIONI Il percorso ha permesso al gruppo di sperimentare il processo di ricerca, valutazione e implementazione di una linea guida, anche se si sono incontrate alcune difficoltà nel portare a termine quanto previsto. Abbiamo ritenuto comunque utile concludere il percorso con l'elaborazione di un documento di indirizzo in quanto necessario all'equipe multidisciplinare che prende in carico il paziente con neglect al fine di migliorare l'assistenza erogata.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Giroto Erica	Istituzione	Azienda ULSS 18 Rovigo
Telefono	0425 393260	Indirizzo	Viale Tre Martiri, 89
Fax	0425 394618	CAP	45100
E-mail	girotto.eric@azisanrovigo.it	Città	Rovigo

48. Educazione infermieristica perioperatoria al paziente chirurgico e soddisfazione dell'utente

Giroto E¹, Malin S¹, Milan S¹, Braggion E¹, Brazzo T¹, Medea R¹, Zanella G²

¹Azienda ULSS 18 Rovigo, ²Infermiera

BACKGROUND La soddisfazione del paziente è un concetto complesso e soggettivo che coinvolge fattori fisici, mentali, emotivi, sociali e culturali, inoltre dalla percezione che hanno i pazienti del loro benessere e della loro salute, si capisce che la qualità dell'assistenza non è determinata esclusivamente dai risultati dei trattamenti, ma anche dal modo con il quale i pazienti vengono supportati durante la loro permanenza ospedaliera. Le ricerche a questo proposito, hanno infatti dimostrato che l'educazione preoperatoria può migliorare sia i risultati del paziente, sia la sua soddisfazione nei confronti dell'esperienza chirurgica. Nella nostra attuale realtà sanitaria si assiste ad una notevole riduzione delle giornate di degenza ospedaliera postoperatoria, conseguentemente si sono modificati i regimi terapeutici e la tipologia e complessità degli interventi, con necessità di aumentare la quantità delle informazioni fornite durante la degenza con a disposizione un tempo ridotto in cui erogarle; quindi risulta complesso per il personale sanitario educare il paziente in maniera efficace e completa.

OBIETTIVI Valutare i bisogni di informazione ed educazione dei pazienti chirurgici. Indagare le modalità di trasmissione delle informazioni al paziente. Valutare il grado di coinvolgimento dei familiari nel processo di autocura. Proporre strategie di miglioramento dei metodi di informazione/educazione finalizzata.

METODI È stato progettato uno studio osservazionale prospettico su un campione di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico delle Unità Operative di Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Ortopedia, Week Surgery e Day Surgery Multispecialistico. La rilevazione è stata effettuata attraverso un'intervista semi strutturata telefonica, previa acquisizione del consenso del paziente alla chiamata, a 6/8 giorni dalla dimissione. È stato identificato un campione di convenienza. Criteri di inclusione: Firma del consenso Ricovero 11 - 30 Giugno 2012 Età superiore ai 18 anni. Disponibilità di un caregiver se paziente non è in grado di rispondere. Criteri di esclusione: Pazienti dimessi verso strutture di assistenza protetta. Non disponibilità di linea telefonica.

RISULTATI Sono stati raccolti 98 consensi con l'effettuazione di 84 interviste (tasso risposta 89%), l'età media del campione era di 62 anni (range 18 - 73 IC 95% 58.98 - 65.94), i pazienti di sesso maschile erano il 50.6%. I ricoveri erano per il 47% di Day Surgery e per il 53% di degenza ordinaria. La durata media della degenza è stata di 2.21 giorni range 0-22 (IC 95% 1,34 - 3,08). Le degenze 0-1 giorno erano il 70% dei casi, > 2 giorni 23% e < 2 giorni il 7%. L'81,6% ha espresso che le informazioni fornite dal personale sanitario erano relativamente a: gestione della terapia 34%, gestione della medicazione 27%; indicazioni per la mobilizzazione 18%, trattamento del dolore 12%. Il 18,4% dichiara di non aver ricevuto nessun tipo di informazione; Il campione ha riferito che il 40% delle informazioni erano state fornite dall'infermiere, il 41% dal medico, il linguaggio utilizzato è stato ritenuto semplice per il 74% dei pazienti intervistati. Le informazioni sono state ritenute: 2,3% incomprensibili, 20,7% poco chiare, 34,5% abbastanza chiare, chiare del tutto per il 24,1% Il 58,6% del campione ha dichiarato di avere ricevuto le informazioni tramite colloquio con il personale, il 23% tramite opuscoli o informativa scritta. Il 73,6% del campione dichiara di essere stato in grado di gestire le problematiche a domicilio, il 26,4% invece ha riscontrato delle difficoltà e si è rivolto prevalentemente all'Unità Operativa di provenienza (48%) e al medico di Medicina Generale (28%). Relativamente ai familiari/caregiver, il 50,6% afferma una mancanza di coinvolgimento. L'indagine ha permesso di descrivere e analizzare un aspetto critico dell'assistenza al paziente chirurgico e di proporre alcune soluzioni, che sono già in fase di implementazione, quali: - maggiore coinvolgimento dell'ambulatorio preoperatorio e individuazione dello stesso come sede di consegna del materiale informativo; - diffusione del documento contenente "Raccomandazioni" sulle fasi del percorso del paziente: preoperatoria, ricovero e dimissione; - distribuzione al personal di reminders; - verifica a 12 mesi.

LIMITI Un aspetto rilevato critico è stato l'utilizzo dell'intervista telefonica, si ritiene che l'intervista diretta possa consentire una maggiore completezza dei dati.

CONCLUSIONI Dall'analisi sull'educazione infermieristica al paziente chirurgico possiamo comprendere meglio la rilevanza che questo elemento porta con sé per l'assistenza e per la soddisfazione percepita dagli utenti. I risultati dell'indagine evidenziano una generale buona informazione del paziente chirurgico con alcuni ambiti di miglioramento relativamente alle modalità di trasmissione delle informazioni: tempi, luogo, chiarezza e consegna di informative scritte accompagnate dal colloquio, con un maggiore coinvolgimento dei familiari/caregivers.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Giroto Erica	Istituzione	Azienda ULSS 18 Rovigo
Telefono	0425 393260	Indirizzo	Viale Tre Martiri, 89
Fax	0425 394618	CAP	45100
E-mail	girotto.eric@azisanrovigo.it	Città	Rovigo

49. L'assistenza centrata sulla famiglia ai bambini in terapia dialitica: processo di traduzione degli strumenti di valutazione MPOC-20 e MPOC-SP ed analisi della percezione delle famiglie e dell'equipe sanitaria sulla "Family Centered Care"

Giuffrida G, Bonetti L, Basile P

Azienda Ospedaliera Polo Universitario Luigi Sacco - Università degli Studi di Milano

BACKGROUND Il concetto di assistenza centrata sulla famiglia (Family Centered Care (FCC)) è stato ampiamente utilizzato per descrivere l'assistenza che riconosce la famiglia come fonte primaria di sostegno essenziale per promuovere la salute di tutti i suoi membri. Il rapporto tra la famiglia e il professionista è caratterizzato da una dipendenza reciproca e condivisa di responsabilità per la cura del bambino, che può avere conseguenze sia positive che negative e detiene potenziali aree di conflitto. Le famiglie con bambini affetti da malattie renali croniche entrano in contatto durante i loro processi di cura con molteplici figure dello staff sanitario. Risulta interessante valutare se, come e quanto, in Italia, i modelli di cura centrati sulla famiglia vengono applicati dall'equipe sanitaria e quanto vengono considerati utili dalle famiglie nel migliorare la qualità dell'assistenza percepita.

OBIETTIVI Conoscere le percezioni dei parenti e dello staff sanitario dei bambini sottoposti a terapia dialitica, entrambi intesi come parti essenziali per il modello assistenziale della FCC in un reparto per la cura di malattie renali in età pediatrica.

METODI In primo luogo sono stati validati in lingua italiana i due questionari creati dalla CanChild "Centre for Childhood Disability Research" denominati rispettivamente: Measure of Processes of Care (MPOC)-20, rivolto ai genitori dei bambini con disabilità e MPOC-SP, rivolto agli operatori sanitari, strumenti che misurano la qualità percepita rispetto ad alcune dinamiche tipiche della FCC. Per la validazione sono state utilizzate le linee guida della CanChild che raccomandavano l'utilizzo del metodo della back-translation. Successivamente i questionari sono stati somministrati presso l'U.O. di Nefrologia e Dialisi Pediatrica dell'IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, ai genitori e agli operatori sanitari.

RISULTATI Sono stati distribuiti 14 questionari ai genitori dei bambini in terapia dialitica e 13 agli operatori sanitari che li assistono. Le aree d'indagine nell'MPOC-20 hanno ricevuto punteggi, in una scala da 1 a 7, significativamente alti, fra 5 e 6. Il punteggio più basso è risultato quello relativo alla fornitura di informazioni di carattere generale che è di poco superiore a 4. Gli operatori sanitari hanno espresso valutazioni positive sulla FCC (punteggi fra 5 e 6), con una buona propensione alla sensibilità interpersonale e alla cura del rispetto. Valutazioni inferiori sono state ottenute nelle due aree della comunicazione, comunicare informazioni specifiche e generali. Una significativa analogia dei risultati si è riscontrata confrontando il nostro studio con indagini condotte a livello internazionale.

LIMITI Il principale limite è stato la numerosità limitata dei questionari distribuiti. Questo limite è compensato dal fatto che sono state create le versioni in lingua italiana di due strumenti di valutazione della qualità delle cure nei bambini cronici con disabilità e dell'applicazione delle peculiarità della FCC, largamente utilizzati a livello internazionale, che possono essere usati in altre ricerche nel contesto italiano e la cui versione validata è disponibile gratuitamente nel sito ufficiale della CanChild.

CONCLUSIONI I risultati, benché i campioni oggetto d'indagine fossero limitati, suggeriscono che i genitori e l'equipe sanitaria percepiscono la FCC in modo positivo anche se permangono spazi di miglioramento. L'MPOC-20 e l'MPOC-SP si sono rivelati strumenti utili per misurare il grado di applicazione della FCC e per individuare margini di miglioramento nella qualità dell'erogazione dei servizi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bonetti Loris	Istituzione	AO - Polo Universitario Luigi Sacco
Telefono	031 2245180	Indirizzo	Via Giovanni Battista Grassi, 74
Fax		CAP	20157
E-mail	bonetti.loris@hsacco.it	Città	Milano

50. Horizon scanning e valutazione del ritorno di investimento del dispositivo Guardian-Angel

Landi F¹, Bartoccioni F², Micali M¹, Molinaro M¹, Dubinski M¹, Morrone A²

¹HTAcamp, ²Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

BACKGROUND Nell'utilizzo dei cateteri venosi centrali una delle complicanze più gravi è la sepsi che presenta un tasso di mortalità compreso tra il 20 ed il 50% o dell'81% in caso di shock.

OBIETTIVI Il Guardian-Angel è un dispositivo che ha dimostrato di abbattere il numero di sepsi circa del 25-30%. L'obiettivo di questo studio è la valutazione economica dell'uso di tale tecnologia.

METODI I dati ci sono stati forniti in cieco dall'azienda produttrice durante un trial attualmente in corso. A seguito di una time series analysis, che ha permesso di valutare l'efficienza del device, sono stati raccolti i dati relativi ai costi del device stesso e dalla letteratura attinente è stato fornito il costo di una sepsi. Il primo step è stato calcolare il number need to treat (NNT) e da questo stimare il numero di device da utilizzare per poter prevenire una sepsi. Una volta ottenuto il valore, questo è stato associato al costo medio in letteratura per trattare un paziente con una sepsi ed è stato quindi calcolato il ritorno di investimento (ROI).

RISULTATI Il NNT calcolato è risultato pari a 3,7 ed essendo il costo del device pari a 8, il nostro investimento per prevenire una sepsi è pari a 29,6. Il costo medio per trattare una sepsi è pari a 1.318, al giorno, con un costo medio di 25.446 per paziente deceduto e 21.984 per paziente sopravvissuto. Il ROI risulta essere pari a 85.866% per paziente deceduto e 74.170% per paziente sopravvissuto.

LIMITI Sicuramente un tempo di analisi breve può essere fuorviante nella lettura dei risultati. In questo caso il limite è ridotto data la forza del dispositivo nel ridurre le infezioni credo una grande differenza tra il prima e dopo la sperimentazione.

CONCLUSIONI Il device oltre a ridurre le complicanze cliniche risulta un ottimo investimento, ricordando che in economia un ottimo investimento è in media solo del 7%. Oltre al notevole risparmio è utile ricordare che evitare una sepsi significa ridurre la probabilità di morte associata.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Molinaro Martina	Istituzione	HTAcamp
Telefono	06 5033549	Indirizzo	
Fax		CAP	
E-mail	martinamolinaro90@gmail.com	Città	Roma

51. C.U.R.A. (Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza Domiciliare Integrata): modello di centrale ed implementazione di sistemi di teleassistenza/telepresenza
Longato C, Morelli D
<i>Azienda ULSS 9 Treviso</i>

BACKGROUND L'Azienda ULSS n. 9 di Treviso, in ragione del modello organizzativo della Regione Veneto ha suddiviso il suo territorio in 4 Distretti Socio Sanitari. Complessivamente questi rappresentano luogo di accesso ai servizi per i 420.000 abitanti di cui circa 43.000 ultra 75enni. In questi anni il modello organizzativo delle Cure Primarie ha trovato un impulso tale da arrivare a prendere in carico un numero di persone che è passato da 3.400 con 63.000 accessi nel 2006 a circa 8.000 con più di 100.000 accessi nel 2011. Questo ha consentito una diminuzione dei ricoveri ospedalieri ed ha garantito una permanenza del paziente nel contesto familiare di appartenenza garantendo alternative al ricovero, contenendo i ricoveri impropri, favorendo dimissioni protette, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria. La riorganizzazione delle attività delle cure domiciliari ha fatto ulteriore passo avanti con l'istituzione, a novembre 2011, della Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza Domiciliare Integrata (CURA) unificando la regia della presa in carico e gestione delle problematiche del paziente in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), un sistema unico di riferimento territoriale rivolto all'utente, e care giver, per fornire risposte uniformi ai bisogni espressi garantendo gestione e soluzione della domanda.

OBIETTIVI L'attivazione di una Centrale Unica, per utenti in ADI, è strumento che permette la presa in carico globale, attraverso unico interlocutore che accoglie la domanda, la elabora e segue il percorso fino a risposta avvenuta, effettuando anche tele-monitoraggio/tele-assistenza in pazienti ad alta intensità assistenziale. Sua finalità è provvedere a fornire informazioni e riferimenti precisi sulle modalità di accesso/erogazione di uno specifico servizio (modello call-center); gestire la domanda e suo percorso fino alla risposta (modello contact-center).

METODI Per garantire uniformità di comportamenti e flusso di informazioni sono stati coinvolti i professionisti dei 4 distretti (medici, infermieri, personale amministrativo e supporto) in attività di formazione sul campo con stage in centrale 118. È stata implementata una piattaforma informatica creata ad hoc (Web SISTE) utilizzata per le attività di registrazione delle richieste degli utenti che usufruiscono del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. L'Equipe è composta da Direttore e Coordinatrice Cure Primarie, infermieri dei punti CSD (Cure Sanitarie Domiciliari) dei 4 distretti, Operatori di supporto e personale amministrativo. Per attribuire il livello di responsabilità la richiesta assistenziale dell'utente è stata codificata in aree per codici colore: bianco per casi di rapida gestione, verde per richieste di informazioni/attivazione servizi, giallo per attività assistenziale semplice e rosso per assistenziale complessa.

RISULTATI La Centrale CURA è attiva h24, 365 giorni/anno. Nelle ore diurne prende in carico le richieste ed i bisogni espressi relazionandosi con i servizi di riferimento. Nelle ore notturne, prende in carico le richieste e organizza la risposta delle prestazioni non differibili attivando i servizi preposti. Organizzazione e funzionamento, sono garantiti isorisorse attraverso istruzioni operative e procedure finalizzati a garantire risposta uniforme. Ad oggi è Centrale Unica di governo per le attività delle Cure Primarie dei 4 Distretti Socio Sanitari dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso. Gli assistiti arruolati (in possesso del numero unico) sono 5665 e gli assistiti attivi in carico circa 3520. La media delle chiamate giornaliere è 80, le richieste (oltre 10.000 totali) sono state classificate in differibili (tempo medio risoluzione da 5 minuti alle 2 ore) e non differibili (tempo medio risoluzione da 30 minuti a 1 ora e ½). In Aprile 2012 sono stati testati sistemi di teleassistenza presso alcuni assistiti in carico all'ADI, da settembre 2012 sperimentati sistemi di telepresenza a domicilio su un gruppo di circa 10 utenti ad alta complessità assistenziale.

LIMITI Mancanza di un team definito, attualmente il personale infermieristico dei punti CSD dei 4 distretti a rotazione si turna in centrale.

CONCLUSIONI L'implementazione di una Centrale di riferimento per l'Assistenza Domiciliare Integrata garantisce assistenza h24, 7 giorni su 7, quale unico punto di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte, nonché di costante collegamento con i medici di famiglia. Questo è un modello che intende configurarsi come un nodo della rete territoriale rivolto ad un bacino di popolazione definito e filtrato che garantisce la ricezione delle istanze ed il costante collegamento con i professionisti e l'utente al fine di assicurare la continuità dell'assistenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Longato Carlo	Istituzione	Distretto Socio Sanitario 3 - Mogliano Veneto
Telefono	041 5988211	Indirizzo	Via XXIV Maggio, 33
Fax	041 5906882	CAP	31021
E-mail	clongato@ulss.tv.it	Città	Mogliano Veneto

52. Implementazione di strategie organizzative isorisorse per fronteggiare il sovraffollamento in DEA

Lovato E¹, Barberis B², Sacco R², Piolatto A², Ogliero GS², Siliquini R¹, Minniti D²

¹Università degli Studi di Torino - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, ²OO.RR. di Rivoli

BACKGROUND Una criticità cronica che affligge la maggior parte degli ospedali è rappresentata dal sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS), determinato da iperafflusso di pazienti in ingresso, scarsa disponibilità di posti letto di ricovero e difficoltà ricettiva delle strutture di lungodegenza. Presso l'Ospedale di Rivoli, dell'ASL TO3, sono state implementate una serie di iniziative isorisorse per arginare il fenomeno dell'overcrowding in DEA.

OBIETTIVI - individuare strategie di contenimento e gestione del sovraffollamento del PS; - migliorare la qualità del servizio per gli utenti in termini di appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza; - supportare i professionisti clinici nella gestione dei pazienti afferenti al PS; - agevolare gli operatori nella gestione di pazienti e familiari.

METODI Tali strategie si inseriscono in un contesto più ampio di riorganizzazione e razionalizzazione del DEA, condotto da ottobre 2010 ad ottobre 2011, caratterizzato da una serie di modifiche strutturali ed organizzative del PS volte a umanizzare il percorso assistenziale per i pazienti. Parallelamente al percorso di umanizzazione sono state implementate alcune strategie organizzative, isorisorse, per affrontare il fenomeno del sovraffollamento e per arginare il disagio per alcune categorie di pazienti. Tali strategie comprendono: - introduzione del "widen-OBI", con assegnazione dei pazienti affetti da patologia specialistica e che necessitano di un periodo di osservazione breve intensiva, nei posti letto di reparto sulla base della competenza dipartimentale; - introduzione del "codice argento", per ridurre il tempo d'attesa per pazienti anziani fragili. Tale codice viene assegnato automaticamente a tutti gli over-85 mentre, per i pazienti di età fra 75 e 84 anni, viene assegnato solo in presenza alcuni fattori definiti - applicazione di un percorso assistenziale specifico e parallelo per "codici bianchi" secondo un modello per intensità di cure; - organizzazione di un corso di formazione partecipata per il personale afferente al PS per condividere e ridiscutere doveri e responsabilità, cercando modalità organizzative comuni e condivise, approfondimento per approfondire gli aspetti medico-legali e gli aspetti comunicativo-relazionali con l'utenza, con l'obiettivo finale di stilare un manifesto etico di PS; - coinvolgimento di personale volontario, specificatamente formato e selezionato, per l'accoglienza di pazienti adulti (AVULSS) e pediatrici (ABIO) e delle loro famiglie; - valutazione della qualità percepita da parte degli utenti e della relativa patient satisfaction secondo un modello before-after.

RISULTATI Widen-OBI: tale modello organizzativo ha portato vantaggi diretti (deflusso di una media di 5-6 pazienti/die gestiti in Widen-OBI) e indiretti (riduzione del sovraccarico di lavoro per gli operatori del DEA, maggior appropriatezza delle prestazioni, minor rischio per i pazienti, migliore gestione di spazi e risorse). Introduzione del "codice argento": ha consentito una significativa riduzione dei tempi d'attesa in PS per le categorie di pazienti fragili e sulla base di tali risultati positivi, la Direzione Sanitaria ha provveduto ad istituzionalizzare tale codice a livello di triage. Sono state prese a campione e confrontate alcune giornate standard del mese di marzo 2011 (pre codice argento) e 2012 (post codice argento: sono stati analizzati 226 pazienti, di cui 98 maschi (43,4%) e 128 femmine (56,6%); età media del campione 82,08y ± 1,69y. Sulla base dei criteri di inclusione, a 93 pazienti (41,2%) non è stato assegnato il codice argento e a 133 pazienti (58,9%) è stato dato il codice triage "prioritario". Durante la sperimentazione, sono stati indagati i tempi di attesa, calcolati dal momento del triage alla presa in carico: l'analisi dei tempi d'attesa ha evidenziato che il tempo medio di attesa in minuti che intercorre dal momento del triage al momento della prima visita, è inferiore nei pazienti con codice argento rispetto a pazienti di pari fascia d'età ma con codice verde (t-Test: Over 75 Tempo medio 90,03 ± 92,68 vs 158,60 ± 149,33 - p value <0,0001; pazienti 75-84 anni: tempo medio 83,55 ± 89,88 vs 158,60 ± 149,33 - p value 0,0006).

LIMITI L'iniziale resistenza al modello del widen-OBI da parte dei chirurghi, motivata dal rischio di ridurre la chirurgia elettiva con conseguente allungamento delle liste d'attesa, non si è dimostrata, al termine della sperimentazione, di rilevanza sostanziale.

CONCLUSIONI La sinergia di queste strategie, pur non risolvendo completamente il sovraffollamento, permette una riduzione/redistribuzione del sovraccarico di lavoro, una gestione di spazi e risorse più appropriata ed una maggior appropriatezza di alcune prestazioni e del rischio per i pazienti. Visti i risultati dei modelli operativi proposti e in termini di patient satisfaction un'ipotesi futura sarà la sperimentazione di un "Full-widenOBI" e l'istituzionalizzazione di modelli analoghi in Presidi Ospedalieri interaziendali, in un'ottica iso-risorse.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Lovato Emanuela	Istituzione	Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Telefono	333 5471276	Indirizzo	Via Santena, 5 Bis
Fax	011 6705871	CAP	10126
E-mail	emanuela.lovato@unito.it	Città	Torino

53. Il gruppo “Discussioni Cliniche in Medicina Generale”: un esempio di formazione ed implementazione dell’EBM tramite i Social Network

Magro V, Nardelli M, Mosticone R, Leone E

FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Regione Lazio

BACKGROUND I progressi della tecnologia, l’evoluzione di Internet, la semplicità dell’accesso alla Rete, la facile disponibilità di adatti ausili tecnici hanno agevolato la nascita e il progressivo aumento di strumenti informatici per l’educazione, lo scambio di informazioni cliniche e le discussioni professionali in campo medico. La comparsa di social network quali FaceBook ha incrementato tale tendenza, che ha riguardato sia branche specialistiche (come la bacheca MedEmit Fun Club, per la Medicina d’Urgenza, che è stata recentemente presentata nell’ultimo Congresso della SIMEU) che generaliste. In quest’ultimo caso la creazione di un Gruppo rappresenta una nuova modalità non solo di aggiornamento indipendente e gratuito, ma anche l’occasione per discutere casi clinici in un setting quale quello della Medicina Generale (MG) in cui il medico è ancora troppo spesso “isolato” nella sua pratica nel suo studio medico.

OBIETTIVI Incrementare l’adesione all’evidence-based medicine (EBM) e la formazione continua in Medicina tramite l’utilizzo di Social Network.

METODI È stato aperto su FaceBook un Gruppo chiamato “Discussioni Cliniche in Medicina Generale”. Il Gruppo è chiuso e riservato ai professionisti medici. Consta di 4 amministratori che verificano l’appartenenza degli utenti alla classe medica, ne accettano l’iscrizione, moderano le discussioni ed eventualmente eliminano gli interventi non aderenti agli scopi del Gruppo stesso. Le finalità sono rappresentate dalla presentazione e discussione di casi eminentemente clinici (specie quelli che si presentano nei settings di MG o di Continuità Assistenziale) oppure riguardanti tematiche burocratiche (note AIFA, esenzioni, ecc.), farmaco-economiche e medico-legali inerenti la professione. I casi discussi rispettano la privacy dei pazienti.

RISULTATI Il Gruppo è stato creato nel luglio 2012 ed ha visto progressivamente crescere il numero dei suoi iscritti (con un numero medio di 231 iscritti/mese ed un massimo di 764 in Agosto), in tutta Italia, fino a 1159 colleghi (dicembre 2012), sia generalisti che specialisti in varie branche, che si sono resi disponibili anche come consulenti in vari casi. L’età media è di 34 anni, da un minimo di 25 ad un massimo di 59. Sono stati finora trattati svariati casi clinici riguardanti la patologia endocrina (7), neurologica (12), pneumologica (2), pediatrica (5), osteoarticolare (14), gastroenterologica (16), dermatologica (19), cardiovascolare (25), oculistica (5), otorino (7), radiologia (7), urologia (2), medicina interna (35), ginecologica (10), temi inerenti la farmacologia (53) ed argomenti di natura pratico/burocratica (89) con una media di 20 interventi per discussione ed un massimo di 61. Alcuni casi sono corredati da documentazione iconografica (referti, esami ematochimici ed imaging, ECG), nel rispetto della privacy di ogni paziente. Sono stati postati documenti di interesse scientifico, sia nazionali che internazionali, quali Linee Guida di Società Scientifiche (European Society of Cardiology, Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion, American Thyroid Association, American Association of Clinical Endocrinologists, Endocrine Society), articoli della Letteratura, aggiornamenti sull’appropriatezza e sui cambiamenti nelle note AIFA (per esempio, Nota 13), percorsi assistenziali, score clinici e flow-charts.

LIMITI Rispetto al totale degli iscritti vi è ancora un numero considerato troppo basso di partecipanti attivi alle discussioni, assieme alla necessità di aumentare il numero dei casi clinici proposti mensilmente.

CONCLUSIONI L’iniziativa ha stimolato, in poco tempo dalla sua nascita, l’iscrizione di più di mille professionisti provenienti da diverse aree culturali della Medicina, con svariate tematiche affrontate nelle discussioni, sia in tema di “best clinical practice” che di “real world” Alcune di queste sono state occasione di audit e self-audit da parte dei professionisti. Il Gruppo ha messo poi in luce diverse tematiche che sarà interessante sviluppare con la progressione delle discussioni: l’avversione per certi modelli di care (per esempio, applicazione troppo rigida di protocolli e linee Guida nel setting della MG) e la diversificazione del concetto di care in base al contesto di cura (territoriale/ospedaliero). Sono state poi osservate, nell’ambito di uno stesso setting, differenze gestionali della cura di un paziente tra professionisti di aree geografiche differenti. Il facile utilizzo di FaceBook quale strumento di comunicazione sembra essere un sistema semplice, efficace (e gradevole) per implementare la diffusione dell’EBM. L’iniziativa ha riportato un lusinghiero successo presso l’utenza medica e può essere vista come esempio di sfruttamento della Rete quale momento formativo e di confronto tra colleghi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Nardelli Marco	Istituzione	FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
Telefono	06 89020652	Indirizzo	Piazza Guglielmo Marconi, 25
Fax	06 54896645	CAP	00144
E-mail	marconardelli@aol.com	Città	Roma

54. L'appropriatezza della documentazione infermieristica: un progetto di Audit Clinico

Malinverno E

A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese

BACKGROUND È ampiamente dimostrato in letteratura che la documentazione infermieristica rappresenta uno strumento di valutazione della qualità assistenziale in riferimento alla performance infermieristica e che tutti gli infermieri dovrebbero essere consapevoli e coinvolti nel processo di Audit e di valutazione, e dovrebbero altresì intraprendere revisioni sistematiche delle registrazioni per migliorare la qualità e per ridurre i rischi di errore (Kerr, 2000). La cartella infermieristica, seppur in forme diverse, è ormai uno strumento diffuso tra gli infermieri ed è considerata parte integrante della documentazione clinica. Ne consegue che la sua compilazione, dal punto di vista sia clinico assistenziale che amministrativo, debba rispecchiare standard evidence-based di qualità a tutela dell'assistito, ma anche dell'operatore.

OBIETTIVI Il progetto di Audit Clinico si propone, sulla base delle linee guida della Regione Lombardia pubblicate nel 2007 ed in ottemperanza agli standard JCI, di valutare l'uso appropriato della Documentazione Infermieristica, elaborata nel 2005 secondo il Modello Concettuale delle Prestazioni Infermieristiche (MPI) ed implementata su tutte le unità operative di degenza aziendali. Attraverso questo percorso di valutazione sistematica, giunta alla sua 3^a edizione, si è cercato di far acquisire agli operatori maggior consapevolezza sull'Accountability all'utilizzo della documentazione al fine di prevenire e gestire l'errore clinico, nonché di garantire una prestazione infermieristica sempre più rispondente alle reali necessità di salute manifestate dall'assistito.

METODI Il percorso di Audit Clinico è stato svolto coerentemente alle fasi proposte dal modello del National Institute for Clinical Excellence. Il team di progetto, coordinato dal Resp. Qualità & Sviluppo del Dip. SITRA, ha elaborato, anche in versione on-line, una griglia di analisi (check list) in riferimento a 15 item di valutazione. Il campionamento randomizzato ha coinvolto 19 unità operative di degenza afferenti alle aree funzionali cliniche e rappresentative dei 5 stabilimenti aziendali. La rilevazione dei dati è stata svolta nel secondo semestre 2012, secondo specifici criteri, dal gruppo di Auditor Clinici appositamente formati. Complessivamente sono state analizzate 840 cartelle cliniche chiuse.

RISULTATI Lo studio di tipo quantitativo, ha evidenziato in generale una buona compliance degli infermieri nell'utilizzo della documentazione clinica, nonché una maggior consapevolezza sui risultati, che da esso ne discendono, ai fini della continuità e della sicurezza delle prestazioni erogate. Tutti gli item valutati, in riferimento agli elementi imprescindibili di compilazione, soddisfano uno standard superiore alla media fino a punte del 95%. L'indicatore di riferimento, con un L.S. dell'80%, era il seguente: N° cartelle compilate in tutti i campi previsti secondo i criteri definiti/N° cartelle osservate. Sono presenti, comunque, margini di miglioramento relativamente agli strumenti di integrazione della cartella infermieristica, che sono utilizzati a discrezione dell'equipe infermieristica in base alla complessità assistenziale, nonché alla valutazione del Dolore e delle Cadute. Infatti, in riferimento a questi ultimi due aspetti, per il 2013 è prevista l'attivazione di due Gruppi di Miglioramento dedicati con la partecipazione di operatori secondo una logica di integrazione multidisciplinare.

LIMITI -

CONCLUSIONI L'adesione ad un cruscotto di indicatori è la conditio sine qua non per garantire un valido processo di Audit Clinico strutturato che ha come obiettivo l'assessment sull'uso appropriato, da parte degli operatori, della documentazione clinica. Solo attraverso una comparazione a standard di riferimento di "buona qualità" è possibile evidenziare le criticità (non conformità) e i relativi margini di miglioramento. Questo approccio di valutazione della qualità, all'interno della Clinical Governance, rappresenta a tutti gli effetti un efficace metodo che porta l'organizzazione ad individuare, anche nell'ambito della documentazione clinica, le aree di maggiore criticità e consente di definire le azioni di miglioramento opportune, agendo sui comportamenti e le abitudini degli operatori stessi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Malinverno Enrico	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Varese - Ospedale di Circolo Fondazione Macchi
Telefono	0332 278111	Indirizzo	Viale Luigi Borri, 57
Fax	0332 261440	CAP	21100
E-mail	enrico.malinverno@ospedale.varese.it	Città	Varese

55. Audit Clinico sull'appropriatezza prescrittiva degli inibitori di pompa protonica in area medica presso l'Ospedale di Montecchio, AUSL di Reggio Emilia

Manicardi V, Montanari P, Ciccia S, Musini S, Finardi L, Giberti D, Michelini M, Saracchi F, Zollino A, Catellani E, Cioni E, Iotti R, Piazza A, Bosoni I, Calabrese A, Busani C, Camerlengo P, Manghi I

Ospedale di Montecchio - AUSL di Reggio Emilia

BACKGROUND Gli inibitori di pompa protonica (PPI) vengono impiegati nella gastroprotezione, termine che ingloba la profilassi delle ulcere da stress, in ambito ospedaliero, la prevenzione del danno gastrointestinale da FANS o da ASA a dosaggio antiaggregante. Sono disponibili Linee Guide che forniscono informazioni sulle corrette indicazioni e su "aree grigie" in cui ancora non vi sono certezze sulle indicazioni e lasciano quindi la decisione, caso per caso, al clinico. Vi sono dati che rilevano un uso inappropriatamente estensivo di tali farmaci per la gastroprotezione: anche a Reggio Emilia la spesa per PPI è una delle prime voci di spesa per farmaci, come in molti altri contesti sanitari.

OBIETTIVI Per valutare la appropriatezza prescrittiva dei PPI nei pazienti dimessi dall'area medica dell'ospedale di Montecchio è stato effettuato un AUDIT clinico, prima e dopo la condivisione delle Linee Guida sul tema e l'aggiornamento effettuato con tutti i medici dell'ospedale per condividere l'appropriata prescrizione di PPI in ambito di gastroprotezione.

METODI AUDIT 2010: è stato scelto come periodo campione il primo trimestre dell'anno. È stato chiesto al dipartimento farmaceutico di inviarti l'elenco dei pazienti dimessi dall'area medica - medicina acuti e lungodegenza - con una prescrizione di PPI: presso l'ospedale di Montecchio avviene infatti la distribuzione diretta, informatizzata, della prima confezione di farmaci alla dimissione. Un gruppo di lavoro interno al dipartimento internistico ha analizzato le linee guida e la letteratura scientifica più recente sull'argomento ed ha stilato un documento di appropriatezza d'uso dei PPI (DO11 - Appropriatezza prescrittiva dei PPI), inserito nei documenti di accreditamento. Sono state esaminate le cartelle cliniche e le lettere di dimissione dei pazienti dimessi con PPI e sulla base degli elementi contenuti in cartella - età paziente, diagnosi principale e secondarie, comorbidità, procedure eseguite in ambito cardiovascolare, terapia alla dimissione - è stato costruito uno score e verificata l'appropriatezza o meno della prescrizione. Sono stati quindi diffusi e discussi i risultati ottenuti, ed è stato distribuito a tutti i Medici del Dipartimento Internistico il documento di appropriatezza d'uso dei PPI e la flow chart decisionale sintetica sull'uso dei PPI. È stato organizzato un corso di formazione ECM per condividere le linee guida sulla corretta prescrizione dei PPI, ed è stato dato ad ogni medico del dipartimento l'obiettivo per il 2011 di migliorare la appropriatezza prescrittiva dei PPI. AUDIT 2011: nel 1° trimestre 2011 è stato ripetuto l'Audit clinico con la stessa metodologia utilizzata nel 2010.

RISULTATI AUDIT 2010 - Nel 1° trimestre 2010 sono stati dimessi 149 pazienti con gastroprotezione a base di PPI su un totale di 359 dimessi vivi, pari al 41,5%. Secondo lo score di appropriatezza costruito sulla base delle linee guida la prescrizione è risultata: • Appropriata in 53/149 pazienti pari al 35,5% • NON appropriata in 81/149 pazienti pari al 54,4% • Dubbia "Zone grigie" in 15/149 pazienti pari all'10,06%. Considerando appropriate anche le prescrizioni in zona grigia, le prescrizioni sono risultate appropriate nel 45,6% dei pazienti e non appropriate nel 54,4%. Oltre il 55% dei pazienti con prescrizione non appropriata di PPI era in terapia con solo Ac Acetilsalicilico (ASA). AUDIT 2011 - Nello stesso periodo del 2011 è stato ripetuto l'Audit: sono stati dimessi 134 pazienti con gastroprotezione a base di PPI su un totale di 401 dimessi vivi, (33,4% del totale). In base allo score di appropriatezza secondo le linee guida la prescrizione è risultata: • Appropriata in 52/134 pazienti pari al 38,8% • NON appropriata in 52/134 pazienti pari al 38,8% • Dubbia "Zone grigie" in 30/134 pazienti pari all'22,3%. Considerando appropriate anche le prescrizioni in zona grigia, le prescrizioni sono risultate appropriate nel 61,1% dei pazienti e non appropriate nel 38,8%. La prescrizione di PPI in dimissione si è ridotta, passando dal 41,5% nel 2010 al 33,4% nel 2011. Le prescrizioni non appropriate sono scese dal 54,4 al 38,8% e le prescrizioni appropriate sono aumentate del 15% nel 2011.

LIMITI Mancata valutazione della prescrizione di PPI per continuità da domicilio.

CONCLUSIONI L'audit condotto sulle cartelle cliniche dei pazienti dimessi con PPI si è rivelato uno strumento utile per verificare l'appropriatezza prescrittiva in area medica; la revisione della letteratura e la condivisione delle Linee Guida ha migliorato la prescrizione nell'anno successivo. I margini di miglioramento sono ancora elevati e alla fine del 2012 verrà condotto un audit clinico su tutti i dimessi per verificare il raggiungimento dell'obiettivo di ridurre ulteriormente la non appropriatezza prescrittiva dei PPI.

Indirizzo per la corrispondenza

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

56. Percorso assistenziale in Day Surgery sala operatoria della clinica oculistica
Marca M
<i>Azienda Ospedaliera di Padova</i>

BACKGROUND L'alto numero di pazienti che afferiscono alla Sala Operatoria di Oculistica e la corretta identificazione del sito chirurgico creano potenziali rischi clinici. La creazione di un percorso strutturato limita gli errori e crea le migliori condizioni per lavorare in sicurezza. Nel 1990 Reason, nell'analisi dell'errore umano, suggerì un modello di analisi degli errori e degli incidenti proposto come il modello del formaggio svizzero (Swiss Cheese Model) o teoria degli errori latenti. Ciò che rende il modello particolarmente utile nelle investigazioni è che obbliga alla ricerca delle condizioni latenti all'interno della sequenza causale degli eventi. Sotto l'etichetta di condizioni latenti sono individuabili una serie di diversi tipi di prestazione umana. Il presupposto di base in questo approccio risiede nella convinzione che gli incidenti e gli errori siano solo la punta dell'iceberg, che per un incidente che ha avuto luogo ce ne siano stati molti altri che non sono avvenuti solo perché l'operatore o un controllo, hanno impedito che accadesse.

OBIETTIVI Creare un percorso assistenziale e un protocollo condiviso che permettano la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico. Segnalare i principali fattori di rischio di errore che si rilevano quotidianamente al fine di redigere un documento con gli Alert da considerare durante l'attività lavorativa.

METODI Creazione di un protocollo e attivazione della Check List.

RISULTATI I controlli effettuati da più operatori che lavorano con uno strumento comune garantiscono un più alto grado di sicurezza. Il controllo fatto da un solo operatore è meno efficace di quello fatto da più operatori e con più strumenti (identificazione del paziente, controllo della lista operatoria, conferma del sito chirurgico da parte del paziente e/o eventuale familiare, verifica da parte del chirurgo operatore). Il gradimento dei pazienti per questa metodologia è molto alto. Anche se possono trovare ripetitive le medesime domande che vengono continuamente riproposte (sito chirurgico, allergie, corretta profilassi preoperatoria, eventuali patologie) percepiscono di trovarsi in un ambiente protetto. Nel periodo preso in esame per questo lavoro ossia dicembre 2011/settembre 2012 vi sono stati in particolare 2 quasi eventi o Near Miss prontamente segnalati attraverso una scheda di Incident Reporting. Il totale degli interventi eseguiti nel periodo sopraindicato è 2273 per una percentuale di errore dello 0,088%. Sono 15 ogni mese, i casi di presunta malasanità rilevati dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario nel periodo da aprile 2009 a settembre 2010. In poco più di un anno, si sono registrati 242 casi, episodi di presunta malasanità, di cui 163 hanno causato la morte del paziente, o per errore diretto del personale medico e sanitario, o per disservizi o carenze strutturali.

LIMITI L'attuale dislocazione dell'accettazione rispetto alla Sala Operatoria della Clinica Oculistica dell'Azienda Ospedaliera di Padova creano un disagio per i pazienti e per il personale. Questo problema sarà ovviato alla fine del 2013 con il ritorno nella struttura originale dove accettazione e sala operatoria si trovano nello stesso livello.

CONCLUSIONI L'utilizzo di strumenti ha permesso di migliorare la qualità del servizio e la sicurezza dei pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Marca Michela	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Padova
Telefono	049 633928	Indirizzo	Via Vincenzo Monti, 12
Fax		CAP	35030
E-mail	michela.marca@sanita.padova.it	Città	Padova

57. La contenzione fisica dei pazienti. Analisi dei dati 2011 del Dipartimento internistico Ospedale di Montecchio Emilia Azienda USL RE

Mastrangelo S¹, Bargellini A², Bergonzini C¹, Campani C¹, Ferrari Lucchini S¹, Poli E¹, Camerlengo P¹, Manicardi V¹

¹Azienda USL Reggio Emilia, ²Università di Modena e Reggio Emilia - Dipartimento Medicina Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica

BACKGROUND Per contenzione fisica (CF) si intende un atto sanitario-assistenziale che prevede l'utilizzo di dispositivi applicati alla persona o inseriti nell'ambiente circostante ad essa, come bracciali, cinture, fasce, corpetti, sponde di protezione del letto (SPL) per ridurre/controlare i movimenti del paziente (P) al fine di tutelare la sua incolumità o di prevenire comportamenti aggressivi verso sé stessi e verso gli altri. I possibili danni correlati alla CF dei P sono noti ma poco documentati e non esistono evidenze che tali pratiche diminuiscano il rischio di caduta. La CF è un atto dai complessi risvolti deontologici, medico-legali e giuridici ed è un provvedimento al quale ricorrere dopo avere considerato strategie alternative. La Regione Emilia Romagna (RER) con D.G.R. n° 1706/2009, definisce i criteri per la corretta gestione e documentazione della CF. L'Agenzia Sanitaria e Sociale della RER, individua tra i requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina Interna, la valutazione dell'utilizzo dei sistemi di contenzione, mediante un indicatore specifico (Ottobre 2011 Rev.1). L'AUSL di Reggio Emilia si è dotata di una procedura evidence based per regolamentare il ricorso alla CF.

OBIETTIVI Valutare l'aderenza degli operatori dell'Azienda USL Reggio Emilia, al documento aziendale sulla contenzione fisica dei pazienti in uso dalla metà del 2010.

METODI È stata effettuata una raccolta e analisi dei dati sulla CF dei P ricoverati nell'anno 2011 c/o il Dipartimento internistico (DI) dell'Ospedale di Montecchio (Medicina e Lungodegenza). I dati sono stati raccolti attraverso il sistema informatizzato di gestione clinica dei farmaci (PSC), predisposto a documentare le fasi del processo di CF, garantendo la tracciabilità delle prescrizioni, applicazione dei dispositivi e monitoraggio del P.

RISULTATI L'analisi dei dati 2011 ha evidenziato: P ricoverati 2096 di cui 1660 Medicina Acuti (MA) e 436 Lungodegenza (LD). Età media 77 (MA) e 83 (LD). P contenuti: 430 pari al 20,5% complessivo (6,7% MA e 73,2% LD). I P della LD vengono contenuti con maggiore frequenza (fino all'80-90% nella fascia d'età > 80). La CF più utilizzata è rappresentata dalle SPL (95,8% MA e 90,2% LD), seguita dai tavolini (T) che si applicano una volta alzato il P e posizionato in poltrona (8,4%). Il ricorso a metodi di CF più intensivi (bracciali) è limitato al 1,7% (MA) e allo 0,5% (LD). Nel 24,6% dei P (106 su 430) si è ricorso a CF multipla. Il 99,7% aveva SPL, a cui sono stati aggiunti: T (20,5%), manopole per prevenire la deconnessione di cateteri o linee venose (2,3%), bracciali per immobilizzazione arti (1,4%) e fascia per carrozzina (0,7%). Agli item "acquisizione del consenso", "informazione alla famiglia-caregiver" e "strategie alternative tentate" si è riscontrato un elevato livello di non compilazione della documentazione, rispettivamente pari al 28,4%, 34,9% e 28,4%. Il consenso alla CF è stato acquisito dal 59,1% dei P, nel 40,2% le condizioni cliniche non hanno consentito l'acquisizione del consenso. Due P (0,6%) hanno posto un rifiuto. I famigliari/caregivers sono stati informati nel 93,6% dei casi. Nel 6,4% non si è provveduto all'informazione o non è stata registrata l'avvenuta informazione. In oltre il 60% dei casi, sono molteplici le motivazioni che hanno spinto alla CF dei P, dal "controllare il rischio di cadute dal letto" al "tutelare il paziente da pericoli". La totalità dei sanitari rispondenti (308 su 430) dichiara l'impossibilità di applicare strategie alternative; per i restanti 122 casi l'informazione è risultata mancante. I dati relativi alle CF effettuate sono stati "incrociati" con i dati del database informatizzato sulle cadute. Nove P ricoverati, 8 (MA) e 1 (LD), (7 femmine e 2 maschi), contenuti con SPL, sono caduti dal letto nel tentativo di scavalcare o di alzarsi. In 6 casi "spondine non adeguate" sono state individuate tra i fattori che hanno contribuito alla caduta. Un P è invece caduto dalla poltrona dove era contenuto con T. Otto P non hanno riportato danni, 2 P hanno riportato contusioni lievi in seguito alla caduta. Non sono emerse ulteriori conseguenze per i P che hanno ricevuto CF.

LIMITI La raccolta dati è limitata ad un solo Dipartimento tra gli ospedali aziendali.

CONCLUSIONI La CF è una pratica clinico-assistenziale "strisciante" diffusa e poco studiata, nonostante elevate criticità. Dal 2011, nelle strutture di Medicina interna degli ospedali della RER, la CF è divenuta oggetto di attenzione anche in relazione alla definizione dei requisiti specifici di accreditamento. All'interno del DI, i mezzi di CF più usati sono risultati essere SPL. Il ricorso a mezzi di CF maggiormente coercitivi (es. bracciali, fasce toraciche, cavigliere, ecc.), in genere dovuto a disorientamento e agitazione psico-motoria in fasi acute di malattia, non è quasi mai stato necessario. Nonostante SPL vengano considerate mezzi di tutela per la sicurezza del P dalle cadute dal letto, tanto da essere utilizzati in oltre il 20% dei P, il loro uso non azzerava il rischio, come risulta dai dati relativi alle cadute registrate nello stesso DI. Infatti, su 27 cadute registrate, verificatesi nel tentativo di alzarsi dal letto o di scavalcare le SPL, 9 sono avvenute in P contenuti con tali mezzi (33,3%). Sono risultati incompleti i dati e le registrazioni relative alle azioni di monitoraggio della corretta e sicura applicazione e gestione delle CF dei P, ma questo può essere attribuito al primo anno di sperimentazione della procedura e della sua registrazione su PSC. I dati sulla CF del DI dell'ospedale di Montecchio possono essere generalizzati agli altri DI degli ospedali della AUSL. I dati raccolti saranno restituiti agli operatori al fine di individuare criticità e azioni di miglioramento. L'adozione di un progetto aziendale per la gestione della CF e la registrazione su un programma informatizzato, si sono rivelati utili per avere un'istantanea delle pratiche di CF all'interno di un dipartimento ospedaliero e per poterle valutare le criticità di applicazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mastrangelo Stefano	Istituzione	Azienda USL di Reggio Emilia
Telefono	0522 335234	Indirizzo	Via Amendola, 2
Fax	0522 335200	CAP	42100
E-mail	stefano.mastrangelo@ausl.re.it	Città	Reggio nell'Emilia

58. Le infusioni mediante pompa elastomerica, rischio e sicurezza. La percezione degli operatori dell'Azienda USL di Reggio Emilia

Mastrangelo S¹, Cervi M¹, Ferrari G¹, Bargellini A², Pagliarini G¹

¹Azienda USL Reggio Emilia, ²Università di Modena e Reggio Emilia - Dipartimento Medicina Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica

BACKGROUND La pompa elastomerica (PE) è un dispositivo monouso per l'infusione continua di farmaci in soluzione, a velocità di flusso costante. È costituita da un palloncino-serbatoio in materiale elastico (elastomero) che esercita, sul fluido in esso contenuto, una pressione costante; tale fluido viene spinto lungo una linea d'infusione direttamente in vena, sottocute, intorno ad un plesso nervoso, in un'articolazione o nello spazio peridurale. La PE è utilizzata in pazienti che necessitano di infusione lenta e continua di farmaci e soluzioni compatibili, presso ospedali, case protette e a domicilio. L'impiego di questi device trova applicazione nella somministrazione di farmaci antalgici, di terapia antitumorale e/o per il controllo di sintomi (es. vomito). Solitamente la miscela (cocktail) di farmaci è preparata direttamente dagli operatori della U.O. in sede o al domicilio, mentre in casi più rari (terapia perineurale) può essere preparata dal servizio farmaceutico. I dati di consumo 2011 della provincia di Reggio Emilia evidenziano un impiego di circa 9000 PE, principalmente nei servizi hospice, DH oncologici, servizio infermieristico domiciliare, servizi di anestesia). Nonostante l'ampia diffusione, la letteratura nazionale e internazionale riguardante indicazioni, utilizzo e rischi per il paziente relativa all'uso di questi dispositivi è scarsa. Attraverso il flusso dati del sistema Incident reporting sono state individuate alcune segnalazioni di eventi avversi riguardanti l'impiego di PE. Inoltre si sono evidenziate forti disomogeneità nell'impiego delle PE, con dubbi sull'appropriatezza nel loro utilizzo, anche in considerazione dei costi connessi.

OBIETTIVI Al fine di uniformare le modalità di gestione delle PE, prevenire le complicanze ed ottimizzare l'uso di tali presidi, ci si è proposti di: - individuare un percorso comprendente la definizione di una procedura operativa, eventi formativi per diffondere buone pratiche connesse all'uso delle PE; il monitoraggio degli eventi avversi e near miss legati a questa tecnica. L'avvio del progetto ha previsto un'indagine sulla percezione degli operatori in merito alle conoscenze e competenze possedute e ai rischi per il paziente; - implementare modelli di buona pratica clinica degli operatori sulla sicurezza nell'applicazione delle PE.

METODI Indagine conoscitiva mediante questionario semistrutturato ad hoc, rivolto ad un campione di convenienza di 121 operatori (medici ed infermieri) dell'Azienda USL di Reggio Emilia ed appartenenti ad UU.OO. che utilizzano le PE. Il questionario, costituito da 22 item, è suddiviso in 2 parti; la prima relativa alle caratteristiche demografiche/professionali del campione, la seconda finalizzata a raccogliere informazioni relative alla gestione e alle criticità connesse all'uso delle PE.

RISULTATI Questionari raccolti 94 su 121 (77,7%). Medici rispondenti 17 su 29 (58,6%); infermieri 77 su 92 (83,7%). Tra le vie di somministrazione più utilizzate nella propria realtà: endovenosa (46%), sottocutanea (41%), peridurale (11%) perineurale (2%). I medici prescrittori sono risultati: anestesisti (34%), palliativisti (28%), MMG (15%), chirurghi (14%) ed internisti (9%). Per oltre il 50% degli intervistati è l'infermiere il professionista che dovrebbe informare ed educare il paziente/caregiver alla corretta gestione della PE e solo in minima parte l'anestesista e il medico palliativista. Quasi il 50% degli operatori sosteneva di non conoscere linee guida o riferimenti di letteratura sulle buone pratiche per la PE e di non avere ricevuto, negli ultimi 3 anni, formazione su questo tema. Il 75% degli intervistati sosteneva che esistono procedure aziendali per la gestione delle PE. Nonostante ciò, riteneva sicuro tale processo di lavoro (95%) e stimava essere di alto livello (92%) la padronanza con la quale era in grado di gestire la PE. Il 54% degli intervistati ha giudicato che il paziente poteva correre dei rischi, ma alla richiesta di stimare con quale probabilità avrebbe potuto verificarsi tale rischio, il 68% rispondeva "raramente", il 12% "mai", l'11% "sempre" e il 9% rispondeva "spesso". I problemi più frequentemente riscontrati riguardavano per il 51% il regolare svolgimento della infusione (ostacoli nel circuito, deconnessione, blocco della PE), oppure (14%) rottura del dispositivo, mentre tra i problemi insorti nel distretto corporeo in cui è avvenuta l'infusione sono stati segnalati (44%), intolleranza al farmaco (24%).

LIMITI Bassa numerosità campionaria Scarso numero di medici rispondenti.

CONCLUSIONI La letteratura nazionale ed internazionale è ricca di contributi inerenti i possibili vantaggi derivanti dall'utilizzo delle PE per la somministrazione di terapie nei diversi setting assistenziali. Tuttavia ancora poco si conosce circa le criticità ed i rischi per il paziente connessi all'uso di questi device. I medici e gli infermieri intervistati ritengono di avere acquisito padronanza nel processo di gestione delle PE e si dichiarano a conoscenza di riferimenti aziendali che, in realtà, non sono disponibili; ciononostante, oltre il 60% dei rispondenti ritiene prioritario inserire l'argomento nel Piano formativo della U.O. Questa incongruenza farebbe supporre una trasmissione e diffusione di modalità operative basate principalmente sul trasferimento di esperienza da parte di personale esperto piuttosto che su riferimenti evidence based. Sebbene più della metà degli operatori intervistati ritenga esistere un rischio per il paziente derivante dall'uso delle PE, la tipologia e la quantità degli eventi avversi e dei near miss, è ancora troppo poco segnalata nella nostra realtà aziendale.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mastrangelo Stefano	Istituzione	Azienda USL di Reggio Emilia
Telefono	0522 335234	Indirizzo	Via Amendola, 2
Fax	0522 335200	CAP	42100
E-mail	stefano.mastrangelo@ausl.re.it	Città	Reggio nell'Emilia

59. Il problem based learning a distanza per la formazione dei medici di medicina interna: La Continuità Assistenziale nel Master di Secondo livello in Governo Clinico per la Medicina Interna

Mazzaccara A, Barbina D, Guerrera D, Napoletano A, Coclite D, Ruffini M, Di Filippo F, Torsello A, De Virgilio G

Istituto Superiore di Sanità

BACKGROUND Si è appena concluso il Master Universitario di II Livello in Governo Clinico per la Medicina Interna, organizzato dall'Università degli studi Carlo Cattaneo - LIUC di Castellanza (VA), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, la Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) e l'Università degli studi di Firenze. Il Master, di durata biennale, era rivolto ai Dirigenti medici con specializzazione in medicina interna. Il Master è stato organizzato in tre aree tematiche suddivise in altrettanti corsi erogati in modalità residenziale per Fondamenti di Clinical governance e Sviluppo del personale, mentre la terza sulla Continuità assistenziale è stata erogata a distanza. La finalità del Master era la preparazione alla direzione delle Unità Operative di Medicina Interna e dei Dipartimenti di Medicina.

OBIETTIVI Far acquisire ai partecipanti il know-how e le capacità distintive necessarie per una crescita professionale rispondente alle esigenze aziendali delle Equipe multidisciplinari che governano la complessità ospedaliera del nuovo millennio; far acquisire le competenze specifiche nell'area gestionale organizzativa che si focalizza sull'interazione tra le persone e il contesto di lavoro.

METODI L'intero corso è stato strutturato in modo da favorire la partecipazione alle attività didattiche, prevedendo due percorsi identici nei contenuti e nell'impegno complessivo (per un totale di 475 ore) ma differenziati nella tempistica e nella modalità di erogazione: uno in sincrono, con due appuntamenti in aula virtuale per ogni unità, ed uno in asincrono. I partecipanti potevano scegliere la modalità da seguire in base alle proprie esigenze lavorative e potevano cambiarla da un modulo all'altro. La didattica dei moduli è il risultato di una rielaborazione della metodologia didattica per adulti promossa dall'ISS in funzione dei nuovi media e rappresenta il punto di forza delle attività FAD. Essa si ispira ai principi dell'apprendimento per problemi (PBL), che si caratterizza per essere il motore di un processo di apprendimento che i singoli partecipanti attivano attraverso la definizione di propri obiettivi di apprendimento specifici e la comprensione e soluzione di un problema, ispirato al proprio contesto professionale. In questo modo il partecipante, sollecitato ad acquisire conoscenze e competenze per la risoluzione del caso, è da subito il principale artefice del processo di apprendimento. La suddivisione in piccoli gruppi ha consentito un'alta interazione ed un proficuo scambio di esperienze tra i partecipanti, mediati e stimolati dalla presenza di un facilitatore per ogni gruppo, attraverso l'utilizzo di strumenti di comunicazione come il forum e l'aula virtuale. Per ogni unità didattica in ciascun gruppo sono stati inoltre identificati un chairperson, con il compito di gestire il lavoro complessivo, ed un rapporteur, che doveva sintetizzare e comunicare quanto emerso dalle varie attività del gruppo.

RISULTATI Rispetto al gradimento complessivo espresso sulla proposta formativa, la qualità è stata giudicata come buona o eccellente da oltre il 75% dei partecipanti, mentre la sua efficacia è stata giudicata positivamente da oltre il 90% dei partecipanti al corso. Tra gli aspetti positivi indicati liberamente dai partecipanti è stato menzionato proprio l'utilizzo di un "metodo di lavoro e di apprendimento originale che lascia il segno". Anche la valutazione dell'autoefficacia percepita nella soluzione di problemi, che si basa sulla compilazione di un questionario contenente una scala specifica finalizzata a misurare le convinzioni che i partecipanti hanno sulle loro capacità di affrontare e risolvere i problemi in modo creativo, critico e innovativo (Caprara, 2001), ha registrato dei miglioramenti tra quanto affermato dai partecipanti all'inizio e alla fine della componente FAD. Sebbene si tratti di variazioni minime, come facilmente prevedibile data la natura stessa dell'oggetto di analisi e lo strumento di misurazione, è interessante osservare che gli ambiti che hanno registrato un maggior incremento in termini percentuali riguardino la capacità di affrontare le novità senza ricevere spiegazione su come procedere, di individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi e di inventare nuove procedure anziché limitarsi a seguire quelle stabilite da altri.

LIMITI I 39 partecipanti, tutti internisti, età < 55 anni, non sono rappresentativi (digital divide) della realtà del personale del SSN.

CONCLUSIONI Il modello di PBL in FAD risulta efficace nella sua applicazione per i risultati positivi che determina sia nell'apprendimento, sia nel gradimento che nello sviluppo di competenze trasversali. Questa tipologia di proposta formativa incontra il favore dei partecipanti, riducendo il tasso di abbandono alto nei corsi FAD che non contemplano una formazione di tipo costruttivista e stimola le capacità di fruizione/completamento delle attività formative, anche di quelle non obbligatorie.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mazzaccara Alfonso	Istituzione	Istituto Superiore di Sanità
Telefono	06 49904138	Indirizzo	Via Gianio della Bella, 34
Fax	06 49904134	CAP	00161
E-mail	alfonso.mazzaccara@iss.it	Città	Roma

60. L'EBM può cambiare la pratica clinica dei fisiatři? Studio pilota

Mazzon S¹, Giattini A², Iovine R³

¹Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino, ²Istituto Santo Stefano - Porto Potenza Picena, ³Azienda USL di Bologna

BACKGROUND Dal 2006 conduciamo dei corsi EBM indirizzati a medici fisiatři, con il patrocinio della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa; il nostro insegnamento è finalizzato a fornire strumenti per formulare domande in tre parti (PICO), per analizzare criticamente la letteratura e per interrogare con efficacia le migliori banche-dati evidence-based attraverso esercitazioni pratiche con personal computer. Dal 2006 al 2009 abbiamo tenuto 5 corsi, con una partecipazione complessiva di 82 fisiatři.

OBIETTIVI Capire quanto la nostra attività didattica abbia realmente cambiato la pratica clinica dei nostri studenti dopo un minimo di tre anni dallo svolgimento del corso.

METODI Abbiamo somministrato per e-mail un questionario semplice e non anonimo utilizzando la mailing-list degli 82 partecipanti ai nostri corsi; in seguito abbiamo cercato di raggiungere per via telefonica i colleghi che non hanno risposto alle email, chiedendo un informale consenso all'intervista.

RISULTATI 60 fisiatři hanno risposto al nostro questionario (31 per e-mail, 29 per telefono). L'età media dei fisiatři al momento del corso era 44.5 anni; il 71.6% proveniva dal Servizio Pubblico; tutti i partecipanti hanno apprezzato i corsi con un voto medio di 8.9 (da 0 a 10); il 75% ha affermato che il corso ha cambiato la propria pratica clinica, principalmente perché ha migliorato l'abilità di ricerca (65%); i database maggiormente interrogati sono Cochrane e PEDro; l'utilizzo dello smartphone nella ricerca dei database non è ancora diffuso. Secondo questo studio la pratica dell'EBM negli ambienti riabilitativi non è ancora accettata come auspicato (solo il 33,3% dei fisiatři ha affermato che l'EBM è diffusa nel proprio ambito lavorativo). Il principale ostacolo alla pratica dell'EBM risulta essere la mancanza di tempo (50%).

LIMITI Il questionario non era anonimo.

CONCLUSIONI Riteniamo che l'alta percentuale di partecipazione allo studio vada interpretata come conferma del clima positivo creatosi durante i corsi e della bontà metodologica della didattica. Siamo consci dei possibili bias presenti nel nostro studio; siamo comunque incoraggiati da questi risultati nel portare avanti il nostro lavoro e nell'ampliare i nostri obiettivi finalizzandoli alla progettazione di percorsi riabilitativi EBM, coinvolgendo anche docenti con competenze non prettamente riabilitative.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mazzon Stefano	Istituzione	Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino
Telefono	049 8021879	Indirizzo	Via del Parco, 1
Fax	0444 453219	CAP	36071
E-mail	mazzonste@tiscali.it	Città	Arzignano

61. L'utilizzo dei presidi ad assorbenza: la comunicazione come strumento di conoscenza dell'azienda per i servizi sanitari N.1 Triestina, per migliorare la qualità di vita

Meriggi A, Penzo L, Guido A

ASS n. 1 Triestina

BACKGROUND L'uomo nasce incontinente e diventa continente attraverso il processo educativo, entro il secondo anno di vita, ma lo svezzamento dal pannolino avviene sempre più tardi. Svezzare è faticoso mentre, l'uso del pannolino è molto comodo soprattutto da quando le multinazionali li producono a basso prezzo, sagomati in molteplici modi e adatti ad ogni età. Ed è così che anche nei reparti ospedalieri e nelle case di riposo, dove si utilizzano come fossero biancheria, per abitudine e perché i presidi costano di fatto molto meno del personale di assistenza, che sarebbe necessario per portare padelle, orinali o per accompagnare gli assistiti al bagno. Pochi si interrogano sui risvolti psicologici, sociali, affettivi, in sostanza sul dolore che si riflette sulle persone. I presidi ad assorbenza sono uno dei fattori predisponenti all'insorgenza delle lesioni da decubito, provocano micosi ed irritazioni cutanee, ma il dolore che producono è soprattutto psichico-sociale. Nel corso del 2011 sono state, nel territorio della provincia di Trieste, 8.405 le persone che hanno ricevuto almeno una fornitura di presidi ad assorbenza, per un totale di pezzi consegnati pari a 7.706.698, determinando una spesa per l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 (ASS 1) pari a 2.057.679,41 Euro. In media dunque ogni giorno, l'ASS1 ha erogato 21.114 pezzi di prodotti ad assorbenza, tutti smaltiti, una volta utilizzati, come rifiuti urbani.

OBIETTIVI Scopo generale di questo elaborato è descrivere la realizzazione di un piano di comunicazione dell'ASS1 rivolto a tutti i portatori di interesse, a seguito della conclusione di una gara d'appalto ed inizio di una nuova con elevati standard di qualità dei prodotti di assorbenza, per personalizzarne l'uso a favore dei soggetti che non sono più riabilitabili alla funzione minzionale autonoma. Obiettivo specifico è implementare le conoscenze degli stakeholders (portatori di interesse) nella gestione, distribuzione e utilizzo dei presidi ad assorbenza a seguito del nuovo affidamento da gara pubblica con decorrenza nei primi mesi del 2013.

METODI Il metodo utilizzato segue lo schema proposto da Pastore A. e Vernuccio M.: 1) A chi comunicare? 2) Cosa comunicare? 3) Come comunicare? 4) Quando comunicare? 5) Con quali risorse? 6) Come valutare il piano?

RISULTATI 1) Target interni: Dirigenti Infermieristici e Responsabili Amministrativi dei Distretti; target esterni: gli assistiti al proprio domicilio o in Struttura Residenziale. 2) Descrizione dei contenuti del Capitolato e del Capitolato Tecnico dell'Appalto al target interno; comunicazione del cambio del fornitore e nuove modalità di fruizione al target esterno. 3) Pubblico interno: tramite riunioni e focus group; target esterno: attraverso riunioni, sito web e lettera. 4) In diverse tappe, descritte da un planning, tra luglio e dicembre 2012. 5) Coordinamento attività da parte della Struttura Complessa Programmazione e Controllo Acquisti in collaborazione con il Servizio Infermieristico Aziendale; in quota parte budget Distrettuali e quota parte ditta appaltatrice. 6) Attraverso verbali di ogni riunione del Planning Team, costante monitoraggio delle tempistiche, quantificazione a distanza di 12 mesi dall'avvio dell'inizio del nuovo appalto del numero di pezzi erogati die.

LIMITI L'ASS1 è un'Azienda esclusivamente territoriale, perciò non è possibile incidere sull'utilizzo, non sempre necessario, dei presidi ad assorbenza a livello ospedaliero. Inoltre, essendo la popolazione distribuita su tutto il territorio e per lo più residente al proprio domicilio, è molto difficile effettuare monitoraggi adeguati sia rispetto agli esiti di salute che alla costante tempistica di distribuzione dei presidi, nonché sulla loro qualità.

CONCLUSIONI In una realtà come quella Triestina dove gli over 65enni rappresentano più del 27% della popolazione, ed il dato è in costante aumento, risulta sempre più importante che le Aziende Pubbliche imparino a dialogare con i cittadini, poiché questi sono gli unici e veri partners che possano contribuire all'efficacia e all'efficienza delle prestazioni erogate dalle Aziende Sanitarie. Risulta evidente, inoltre che, essendo la popolazione anziana in costante aumento, non sia possibile ridurre il numero assoluto di persone che richiedano una fornitura di presidi ad assorbenza, ma è possibile, viceversa, ipotizzare una razionalizzazione della tipologia di presidi erogati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Meriggi Arianna	Istituzione	ASS n. 1 Triestina
Telefono	040 3997145	Indirizzo	Via Sai, 1-3
Fax	040 3997182	CAP	34128
E-mail	arianna.meriggi@ass1.sanita.fvg.it	Città	Trieste

62. R@home: un modello di health technology assessment a livello regionale

Minniti D¹, Grosso M², Lovato E³, Beux A⁴, Tibaldi V⁵, Aimonino Riccauda N⁵, Gianino MM³, Davini O⁵, Siliquini R³

¹OO.RR. Rivoli, ²AOU Città della Scienza e della Salute - Torino, ³Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, ⁴HTA ARESS, Regione Piemonte, ⁵AOU San Giovanni Battista di Torino

BACKGROUND L'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte (ARESS) ha finanziato un progetto sperimentale di radiologia domiciliare pubblica (r@home) rivolto a pazienti anziani e fragili immobilizzati al domicilio.

OBIETTIVI Obiettivo del progetto è quello di valutarne la fattibilità e l'efficacia oltre alla valutazione della sicurezza, l'analisi dei costi (diretti), la valutazione della soddisfazione del paziente mediante specifico questionario.

METODI Il servizio, nel corso dei suoi primi tre anni di sperimentazione, ha previsto le seguenti fasi: I. febbraio 2008: realizzazione di una stazione radiologica mobile (con il contributo dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari - ARESS e della Fondazione CRT) e installazione delle tecnologie radiologiche e di teletrasmissione. Corso di formazione (ECM) per personale medico e tecnico. II. Da giugno 2008 servizio effettuato nell'area urbana di Torino (pazienti dell'Istituto di Riposo della Vecchiaia (IRV) e dell'Ospedalizzazione a Domicilio - studio randomizzato). III. Da giugno 2009 sperimentazione sul territorio della ASL CN2 (distretti di Alba e Bra) IV. Da gennaio 2010 sperimentazione presso la Comunità Montana di Locana (ASL TO4). V. Da febbraio 2010 estensione del servizio anche sul territorio della bassa Valle di Susa (ASL TO3). Lo studio randomizzato è stato condotto tra giugno 2008 e dicembre 2011; sono stati ammessi al progetto 463 pazienti, di questi successivamente randomizzati in due gruppi: gruppo di intervento domiciliare e gruppo di controllo con radiologia tradizionale in ospedale. Gli esami al domicilio sono stati eseguiti con un portatile ad alta frequenza (tubo a raggi X) e una stazione mobile radiologica. Le immagini venivano immediatamente inviate, via web, al reparto ospedaliero di radiologia per la refertazione. Tutti i pazienti sono stati esaminati utilizzando un protocollo standardizzato di valutazione multidimensionale del servizio di radiologia domiciliare, della soddisfazione del cliente, dell'analisi dei costi e della qualità delle immagini radiologiche. È stata altresì condotta un'indagine di customer satisfaction, mediante specifico questionario creato seguendo le linee di due sistemi consolidati di indagine sanitaria (Behavioral Risk Factor Surveillance System - BRFSS e Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - SHARE).

RISULTATI Dei 463 pazienti ammessi, 123 sono risultati eleggibili allo studio e di questi il 55% sono stati randomizzati. Il gruppo di intervento consta di 34 pazienti, il gruppo di controllo di 35 pazienti; i restanti sono stati esclusi per necessità di svolgere l'esame in ospedale o in urgenza. L'età media del campione è di 78 anni e il 45% erano uomini. Le patologie prevalentemente riscontrate sono state: scompenso cardiaco, BPCO, polmonite. In entrambi i gruppi le radiografie hanno confermato il sospetto clinico in circa il 70% dei casi. Non si sono rilevate differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda: età, sesso, stato civile, scolarità, convivenza, attività lavorativa pregressa, stato finanziario, condizioni abitative che pregiudicassero la confrontabilità dei due gruppi, né è emersa differenza statisticamente significativa per l'attesa dell'esame (2,3 gg vs 3.1 [p=0.177]). Non sono emerse alterazioni comportamentali in corso di esame RX a domicilio mentre circa il 20% dei pazienti che hanno eseguito esame in ospedale hanno presentato disturbi comportamentali, in particolare agitazione psico-motoria, trattata farmacologicamente nel 50% dei casi. Dall'analisi dei dati della customer satisfaction, è emerso un altissimo livello di soddisfazione e apprezzamento per il servizio; il 94% dei pazienti del gruppo di intervento ha espresso un livello di soddisfazione molto buono o eccellente; le risposte agli items del questionario specifico indicano come solo il 13% delle persone si siano spaventate nel vedere l'apparecchiatura radiologica e solo una persona ritiene che le radiazioni utilizzate a casa siano maggiormente pericolose di quelle usate in ospedale. L'analisi dei dati ha confermato che il servizio di radiologia domiciliare è straordinariamente bene accolto ottenendo un altissimo gradimento da parte dei pazienti e dei loro familiari. Lo studio ha inoltre evidenziato, sui pazienti testati, che l'esecuzione di radiografie al domicilio del paziente costa meno che trasportare il paziente in ospedale e che la qualità clinico-diagnostica dei radiogrammi eseguiti al domicilio è assolutamente comparabile a quella degli esami effettuati in ospedale.

LIMITI -

CONCLUSIONI Questo progetto è estremamente innovativo: la radiografia domiciliare può essere di grande valore per i pazienti, familiari, consulenti e praticanti generali della medicina clinica. Inoltre è la dimostrazione che le tecnologie "leggere", esportabili al domicilio, a bassissimo impatto economico ed ecologico, possono migliorare significativamente la qualità di vita dei pazienti contribuendo a diminuire in maniera importante la spesa sanitaria.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Minniti Davide	Istituzione	ASL TO3
Telefono	011 9551445	Indirizzo	Via Rivalta, 29
Fax	011 9551070	CAP	10098
E-mail	davide.minniti@unito.it	Città	Rivoli

63. La valutazione dell'efficacia dei reminders e dei meeting educazionali interattivi nella implementazione delle linee guida a sostegno dell'igiene delle mani: applicazione del modello OMS

Mosci D, Callea E, Chiarabelli M, Pasquini V, Masina R, Biavati C, Finzi G, Taddia P, Chiari P

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

BACKGROUND Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti. In Italia il numero di infezioni ospedaliere stimato è compreso tra 450.000 e 700.000 episodi all'anno; le più frequenti sono le infezioni dell'apparato urinario (30%-35% di tutte le ICA), seguite dalle infezioni del sito chirurgico, dalle infezioni dell'apparato respiratorio e dalle infezioni sistemiche. La fonte e il veicolo di trasmissione crociata dei microrganismi, confermata e avvalorata dalle evidenze disponibili, è rappresentata dalle mani degli operatori sanitari che prestano assistenza. La corretta igiene delle mani rappresenta quindi una precauzione efficace e una misura di controllo individuale contro la trasmissione delle ICA. Tuttavia vi sono evidenze di scarsa adesione nella pratica, che raramente supera il 50%. Nel 2004 in occasione della campagna Clean Care is Safer Care, l'OMS ha redatto le Linee Guida sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria ed al fine di implementarle ha proposto una strategia multimodale. In particolare, essa prevede: la distribuzione presso i punti di assistenza di prodotti per frizione alcolica delle mani, l'accesso ad acqua corrente, sapone e salviette; l'educazione e la formazione; l'osservazione ed il feedback; i reminders sul posto di lavoro; il clima mirato alla sicurezza dei pazienti. Presso il dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare dell'Azienda Ospedaliera di Bologna, si è scelto questo modello al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza, mediante la promozione della adesione alle indicazioni all'igiene delle mani. La sua applicazione ha consentito di valutare quale fosse l'efficacia dei reminders ed alla formazione interattiva a piccoli gruppi nella promozione del cambiamento.

OBIETTIVI Valutare l'efficacia dei reminders e dei meeting educazionali interattivi nella implementazione delle Linee Guida sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria, nell'ambito delle unità operative di un dipartimento ospedaliero.

METODI Coerentemente al modello proposto dalla campagna, è stata effettuata una valutazione preliminare delle conoscenze e degli atteggiamenti degli operatori sanitari, attraverso la somministrazione mediante intranet del questionario previsto dal modello ed è stata realizzata l'osservazione diretta, da parte di 21 infermieri appositamente addestrati, dei comportamenti adottati in occasione di almeno 200 opportunità di praticare l'igiene delle mani, in ogni unità operativa del dipartimento. Sono stati distribuiti i reminders relativi alle modalità di igiene delle mani e delle occasioni in cui è necessario praticarla, in ogni unità operativa e servizio del dipartimento. Tutti gli operatori sanitari del dipartimento sono stati invitati a partecipare a delle sessioni formative della durata di 2 ore, che si svolgevano in piccoli gruppi, in un setting che favoriva la partecipazione e lo scambio tra i docenti ed i partecipanti. Al termine della formazione sono state ripetute le osservazioni e sono stati risomministrati i questionari nelle stesse modalità del periodo pre implementazione. Sono state calcolate le percentuali di adesioni complessive e per professione, prima e dopo la campagna.

RISULTATI Complessivamente i questionari compilati sono stati 528 nella prima fase e 212 nella seconda. Sono stati realizzati 16 incontri formativi, a cui hanno partecipato 200 infermieri, 31 OSS, 11 tecnici, 3 fisioterapisti, 1 medico. Le osservazioni compiute sono state 2732 nella fase pre e 2736 nella fase post implementazione. Le analisi compiute hanno dimostrato rispettivamente una adesione complessiva del 37,3% nella prima fase e del 41,4% nella seconda fase ($p=0,002$). Considerando le categorie professionali maggiormente rappresentate durante l'osservazione, l'adesione degli infermieri è andata dal 45,1% al 50% ($p=0,011$), negli OSS è passata dal 21,1% al 30,6% ($p=0,001$), nei fisioterapisti dal 43,6% al 35,5% ($p=0,293$) e nei medici dal 36,7% al 40,2% ($p=0,307$).

LIMITI L'implementazione è avvenuta senza standardizzare le modalità di affissione dei reminders, che sono stati liberamente gestiti dai coordinatori infermieristici. Nelle ultime due sessioni formative, pur mantenendo i contenuti e le modalità della formazione, è stato modificato il setting e gli incontri si sono svolti in aule più capienti e con più partecipanti (complessivamente 87) per aumentare la possibilità di partecipazione da parte degli operatori.

CONCLUSIONI I reminders e la formazione interattiva possono essere utili per migliorare l'adesione all'igiene delle mani. Il solo utilizzo dei reminders non è stato in grado di rilevare differenze nei professionisti che non hanno partecipato alla formazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Mosci Daniela	Istituzione	Policlinico S. Orsola-Malpighi
Telefono	051 6361461	Indirizzo	Via Albertoni, 15
Fax	051 6361275	CAP	40138
E-mail	daniela.mosci@aosp.bo.it	Città	Bologna

64. L'Health Technology Assessment come strumento operativo per la progettazione del Nuovo Ospedale di Vimercate
Motta D, Bosio M, Caltagirone P
<i>Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate</i>

BACKGROUND La realizzazione di una nuova Struttura Ospedaliera rappresenta un investimento estremamente importante, sia per il territorio che gravita intorno alla Struttura, sia per l'intera Società. La Struttura deve essere organizzata e progettata a servizio del cittadino, promuovere il miglioramento continuo del percorso assistenziale del paziente, essere tecnologicamente adeguata per garantire le prestazioni più adatte in termini di efficienza, efficacia, sicurezza, benefici.

OBIETTIVI L'adozione di una prospettiva di Health Technology Assessment (HTA) a supporto delle decisioni manageriali risulta fondamentale non solo come strumento di gestione ma anche come supporto alla governance clinica del sistema nel suo complesso. Lo scopo del lavoro è quello di presentare come gli strumenti metodologici dell'HTA possano trovare applicazione pratica nella progettazione tecnologica di un nuovo ospedale (nel caso specifico il Nuovo Ospedale di Vimercate), a partire dalla valutazione dell'introduzione o meno di una determinata tecnologia, dall'ottimizzazione nella distribuzione delle risorse tecnologiche, alla gestione e monitoraggio dello stato d'uso della tecnologie acquisite.

METODI Il lavoro proposto descrive l'esperienza nella progettazione del Nuovo Ospedale di Vimercate con particolare riferimento alle tecnologie biomediche. In particolare, si vogliono illustrare i criteri e gli aspetti tecnici, organizzativi e gestionali finalizzati all'elaborazione di un progetto medicale, coerente con gli obiettivi strategici. Tale progetto prende in esame, nella logica dell'HTA, le apparecchiature di nuova acquisizione o trasferite, le modalità di acquisizione o trasferimento e la conseguente gestione, il monitoraggio dei risultati ottenuti e lo scostamento rispetto a quanto pianificato. Si tratta di processi che implicano valutazioni di efficienza, efficacia, sicurezza, appropriatezza, produttività tecnica, sostenibilità economica.

RISULTATI L'adozione di una prospettiva di HTA applicata allo specifico contesto aziendale unita all'integrazione della cultura clinica e manageriale nella compartecipazione alle delicate scelte tecnologiche e strategiche è stata essenziale per l'adeguata progettazione tecnologica e successiva attivazione del Nuovo Ospedale di Vimercate. Di conseguenza, il 35% circa delle apparecchiature sono state trasferite e il 65% acquisite ex novo. Relativamente a queste ultime, il 16% sono state acquisite mediante procedure di gara aperte, l'8% mediante cottimi fiduciari, il 58% mediante affidamenti diretti e l'8% aggiornamenti/privative. Il 65% della spesa complessiva sostenuta ha riguardato le procedure di gara aperte. L'approccio adottato si è rivelato efficace non solo come strumento di gestione ma anche come supporto al Vertice Aziendale alla realizzazione del governo clinico perseguendo obiettivi strategici di sopravvivenza e sviluppo della realtà aziendale, obiettivi economico-finanziari di breve e medio periodo, obiettivi di efficacia ed efficienza organizzativa e di soddisfazione dei dipendenti e dei pazienti.

LIMITI Il progetto presentato è stato implementato con successo. Risultando al momento l'unico nel suo genere, non sono disponibili altre esperienze per analisi delle differenze ed per eventuali futuri miglioramenti.

CONCLUSIONI Il lavoro proposto intende essere un esempio per favorire la diffusione dei principi e delle metodologie dell'HTA nella progettazione tecnologica di un Nuovo Ospedale. L'approccio multidisciplinare e multidimensionale emergente dall'adozione degli strumenti di HTA può essere utilizzato per fornire una risposta alle attuali problematiche di ottimizzazione degli investimenti che coinvolgono oggi tutte le strutture sanitarie, perennemente sotto la pressione economica dettata dall'evoluzione tecnologica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Motta Daniela	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate
Telefono	039 6654745	Indirizzo	Via Cesare Battisti, 23
Fax	039 6654629	CAP	20059
E-mail	daniela.motta@aovimercate.org	Città	Vimercate

65. L'infermiere e il rispetto della dignità dell'assistito nei processi di cura e assistenza: il punto di vista dei pazienti

Muzzalupo J, Scacchetti D, Ferri P

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Corso di Laurea in Infermieristica di Modena

BACKGROUND Nel febbraio del 1999 accadeva un evento rilevante per l'infermieristica italiana: veniva promulgata la legge n. 42 che, abrogando il mansionario, indicava e indica nel codice deontologico uno degli elementi che, con il profilo professionale e gli ordinamenti didattici, definisce il campo proprio di attività dell'infermiere. Nel febbraio del 2009 - 10 anni dopo - viene presentato e celebrato il nuovo Codice Deontologico che, assieme al Patto Infermiere Cittadino (1996), fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito. L'assunzione di responsabilità pone l'infermiere in una condizione di costante impegno: quando assiste, quando cura e si prende cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo. Sarebbe però riduttivo considerare soltanto l'articolo appena citato per spiegare in che modo il codice deontologico esorti l'infermiere a rispettare la dignità dell'individuo. Infatti, tale concetto è strettamente legato ad altri diritti quali la privacy, la riservatezza, l'informazione, il consenso e il coinvolgimento nel processo di assistenza, la possibilità di scelta, l'autonomia e il controllo sulla situazione che si sta vivendo (Matiti, 2002; Walsh & Kowanko, 2002; Woolhead et al., 2004; Baillie, 2008; Matiti & Trorey, 2008; Logan, 2012).

OBIETTIVI Conoscere il punto di vista dei pazienti sul rispetto della loro dignità da parte degli infermieri.

METODI Lo studio trasversale, condotto nel luglio 2012 presso un ospedale della provincia di Modena, ha coinvolto 100 pazienti ricoverati in reparti per acuti. Il campione di convenienza ha soddisfatto i seguenti criteri di inclusione: età superiore ai 18 anni, capacità di leggere e comprendere la lingua italiana, assenza di alterazioni dello stato di coscienza. La raccolta dei dati è avvenuta, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria, mediante la somministrazione di un questionario anonimo. Lo strumento è stato predisposto dai ricercatori avvalendosi delle ricerche pubblicate sull'argomento e verificandone comprensibilità e chiarezza mediante un piccolo studio pilota.

RISULTATI Tutti i pazienti coinvolti nell'indagine, 48 maschi e 52 femmine, hanno compilato il questionario. La classe di età più rappresentata è stata quella dai 55 ai 64 anni (n=24); solo 4 pazienti non erano di nazionalità italiana. Di seguito, solo alcune delle domande e relative risposte ottenute: - "Gli infermieri l'hanno coinvolta nel programma di assistenza permettendole di partecipare alla presa di decisioni?": il 31% del campione ha risposto "sempre", il 15% ha segnato l'opzione "quasi sempre", il 28% ha riscontrato questo coinvolgimento solo "occasionalmente", mentre il 16% dei pazienti non si è "mai" sentito coinvolto nel programma di assistenza, il 10% non ha risposto - "Gli infermieri le hanno chiesto il consenso prima di svolgere una procedura assistenziale sul suo corpo?": la metà dei pazienti, ovvero il 51%, ha risposto "sempre"; il 16% ha scelto l'opzione "quasi sempre", il 10% ha risposto "occasionalmente" e il 9% "mai", il 14% non ha risposto - "Gli infermieri le hanno garantito una sufficiente riservatezza durante la discussione di argomenti riservati che la riguardavano?": il 53% del campione ha risposto "sempre", il 21% ha segnato "quasi sempre", il 14% ha risposto "occasionalmente", mentre l'8% ha notato una totale mancanza di riservatezza rispondendo "mai", il 4% dei pazienti non ha indicato nessuna delle possibili risposte - "Gli infermieri si sono presentati, dicendo il loro nome e cognome, in occasione del vostro primo incontro?": solo il 10% dei pazienti ha indicato la scelta "sempre"; il 14% ha risposto "quasi sempre", il 24% ha indicato l'alternativa "occasionalmente", mentre la maggior parte dei degenti, corrispondente al 50%, ha risposto "mai", il 2% dei pazienti non ha risposto alla domanda - "Crede che, durante il presente ricovero, la sua dignità sia stata rispettata dagli infermieri?": il 62% del campione ha indicato "sempre" e il 31% ha risposto "quasi sempre". Nessun paziente ha segnato l'alternativa "occasionalmente", mentre una piccola percentuale, ovvero il 2%, ha indicato la risposta "mai". Il 5% dei pazienti non ha risposto alla domanda.

LIMITI Non si può escludere che gli avvenimenti sismici, che hanno riguardato la provincia modenese nelle settimane precedenti l'indagine, abbiano influenzato i risultati dello studio.

CONCLUSIONI In sintesi, la maggior parte dei pazienti ha percepito che la loro dignità è stata, nel corso della degenza ospedaliera, rispettata dagli infermieri. Nonostante questo dato finale favorevole, i risultati invitano ad ampliare l'indagine e possono favorire una riflessione intraprofessionale finalizzata a maggiori obiettivi di tutela dei diritti dei pazienti ricoverati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ferri Paola	Istituzione	Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Telefono	059 4223528	Indirizzo	Via Giuseppe Campi, 287
Fax	059 4222520	CAP	41125
E-mail	paola.ferri@unimore.it	Città	Modena

66. Progetto sperimentale Regionale di prevenzione delle cadute nel soggetto ultraottantenne, la realtà del DCP di Fidenza
Nilluti M, Bladini S
<i>Azienda USL di Parma</i>

BACKGROUND Il progetto prende in considerazione il peso epidemiologico del fenomeno delle cadute nel soggetto anziano fragile e rientra nel Piano Regionale della prevenzione degli incidenti domestici, al quale il DCP di Fidenza ha aderito.

OBIETTIVI Verificare che il DCP di Fidenza potesse essere in grado di attivare e sostenere il progetto; efficacia nel ridurre il numero di cadute nel campione; razionalizzazione delle risorse; verifica dell'adesione nella popolazione anziana; incentivare il self-management; costruire un percorso assistenziale di prevenzione e monitoraggio.

METODI Soggetti inclusi: persone ultraottantenni residenti presso il proprio domicilio, nell'ambito della realtà territoriale del Distretto di Fidenza, che riferiscano almeno una caduta accidentale nell'anno precedente e che diano disponibilità ad aderire al progetto. Soggetti esclusi: ipovedenti o con grave ipoacusia; soggetti titolari di un assegno di accompagnamento; soggetti con diagnosi di demenza. Il campione è stato reclutato attraverso la collaborazione e segnalazione da parte dei MMG. I soggetti sono stati contattati telefonicamente dalla Ft referente. In media 3 telefonate per paziente: - 1ª per spiegare in modo dettagliato il percorso e chiedere la disponibilità ad aderire; - 2ª per parlare con i familiari; - 3ª per ottenere la conferma di adesione al progetto. La parte operativa è iniziata a Marzo 2012. Il gruppo operativo ha eseguito una prima telefonata per verificare la sussistenza o meno dei criteri, completare l'anamnesi, rispondere a domande specifiche e fissare il primo appuntamento domiciliare. Il 1° accesso domiciliare della durata media di 1h e 30min prevedeva una breve raccolta dati, la somministrazione di: questionario SPMSQ, CHAIR STAND TEST, FOUR TEST BALANCE SCALE, FES-1, VALUTAZIONE AMBIENTALE. A distanza di una settimana dal 1° accesso si prendeva contatto telefonico per verificare il rispetto del programma. Al 2° accesso, eseguito a 15 giorni di distanza dal 1°, si verifica l'apprendimento degli esercizi, progressione con inserimento di nuovi esercizi, rilevazione di criticità. Un 3° ed ultimo accesso domiciliare, a distanza di 2 mesi dal 1°, della durata media di 45 minuti, per compilare il primo questionario di gradimento, e monitorare. Una telefonata mensile per gli 11 mesi successivi come supporto, verifica e monitoraggio di eventuali cadute o eventi patologici di nuova insorgenza, ed interruzioni. All'ultima telefonata si dovrà somministrare il questionario di gradimento finale del progetto. I Ft incaricati, dipendenti dell'AUSL di Parma, hanno svolto la parte operativa fuori orario di lavoro e sono stati remunerati pro-capite tramite lo stanziamento di un Fondo Regionale.

RISULTATI Pazienti segnalati 43, reperibili 40, 12 hanno rifiutato di aderire, reclutati 28, come da indicazione regionale, età media 85,73 anni. 2 pazienti deceduti durante il periodo, 26 stanno proseguendo, il 15.38% è caduto ancora. I dati statistici saranno disponibili a inizio Marzo 2013 quando si concluderà il progetto.

LIMITI Numerosità del campione bassa. Resistenza da parte dei soggetti nell'accettazione di un programma che ha come metodo la costruzione partecipata del soggetto stesso nel proprio percorso di mantenimento della salute. Età molto avanzata del campione, che mostra una serie di problemi artrosici ed internistici così complesso da determinare repentine variazioni dello stato di salute generale con conseguente demotivazione e frequente sospensione degli esercizi. Il progetto regionale non prevede un ultimo accesso domiciliare per la 2a somministrazione delle scale di valutazione, questo non permette di verificare in modo oggettivo l'efficacia del percorso.

CONCLUSIONI Il progetto ha ottenuto una buona compliance da parte dei pazienti che hanno una rete familiare presente, mentre è stata più scarsa nei soggetti che vivono soli. Si è evidenziato che l'età media dovrebbe essere però inferiore per poter agire a livello preventivo, ossia quando i segni di patologie muscolo-scheletriche ed i problemi di salute generali non hanno compromesso ancora le autonomie. Per i soggetti coinvolti nel progetto il DCP sta considerando l'ipotesi di proseguire con un monitoraggio periodico, al fine di mantenere la presa in carico per sostenere la spinta motivazionale dei soggetti. Il progetto Regionale non prevede un ultimo accesso, ma il DCP ha scelto di eseguire l'ultima valutazione dei soggetti domiciliarmente, per oggettivare i risultati tramite la risomministrazione delle scale di valutazione, applicate inizialmente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Nilluti Monica	Istituzione	Azienda USL di Parma
Telefono	0521 393111	Indirizzo	Strada del Quartiere, 2/a
Fax	0521 393723	CAP	43125
E-mail	mnilluti@ausl.pr.it	Città	Parma

67. L'approccio multidisciplinare e integrato per la sicurezza dei pazienti

Pedrini D

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi

BACKGROUND Per garantire la sicurezza in ambito ospedaliero è indispensabile un approccio multidisciplinare nella valutazione e gestione del rischio clinico sin dalla fase di progettazione in una visione integrata tra architettura, ingegneria, tecnologia, medicina ed economia al fine di arrivare alla concretizzazione di un'idea comune, come è prassi nelle procedure di organizzazioni complesse. È noto che le "dimensioni e i livelli" del rischio in sanità sono molteplici: rischi clinici per i pazienti, rischi per il personale sanitario, rischi strutturali - impiantistici e tecnologici, rischi economico-finanziari, rischi trasversali e, parimenti, è riconosciuto da tutti che per affrontarli efficacemente è necessario agire a tutti i livelli dell'organizzazione.

OBIETTIVI La complessità strutturale ed impiantistica delle attuali aziende sanitarie, il cui contenuto tecnologico è sempre più ampio e diversificato richiede una gestione, tra l'altro, particolarmente attenta alla prevenzione del rischio. È necessario identificare i punti deboli del sistema organizzativo o delle inadeguatezze nei meccanismi di difesa, per prevenire gli eventi avversi e applicare i correttivi necessari prima che essi si verificano, proattivamente, registrare immediatamente gli elementi di rilievo. È necessario implementare la cultura della sicurezza e delle buone pratiche in percorso di miglioramento continuo.

METODI La complessità della gestione della sicurezza in ambito sanitario si esprime sotto diversi aspetti legati all'organizzazione, ai fattori tecnologici-strutturali, alla tipologia di utenza e/o ad altri fattori di contesto esterni. I punti fondamentali sono: - diffondere metodologie e buone pratiche; - coinvolgere e trasmettere competenze; - implementare percorsi formativi specifici.

RISULTATI Definire anche in un ottica di sicurezza oltre che di qualità e quantità, i servizi offerti. Apprendere le metodologie per effettuare la misurazione dei risultati.

LIMITI Anche in questo "periodo" non si possono comprimere le misure atte a garantire la piena sicurezza degli ospedali, del personale e dei pazienti che devono soggiornare nelle strutture.

CONCLUSIONI La sicurezza del paziente è il frutto di conoscenze, tecnologie e applicazioni che non possono essere compresi nell'ottica di un risparmio che, peraltro, è da verificare nelle sue ricadute pratiche. Alcuni processi necessitano infatti di essere valutati solo nel lungo periodo e non è certo detto che un risparmio realizzato oggi non si trasformi in un maggior capitolo di costo domani. Anche chi si occupa di progettazione, ristrutturazione, manutenzione e sicurezza degli ospedali, agisce per mettere al centro del proprio lavoro il cittadino/paziente, tenendo conto di diversi fattori: dall'accoglienza fino ad arrivare alla sicurezza dei malati e degli operatori che ogni giorno svolgono la loro attività professionale all'interno delle strutture. In particolare, l'ammodernamento delle strutture per mantenerle al passo con le normative succedutesi nel tempo e con i criteri di sicurezza da esse sanciti, impone di trovare e liberare risorse ad hoc non di effettuare ulteriori tagli o blocchi ai finanziamenti. Investire in sicurezza è fondamentale in un Paese che voglia essere moderno ed efficiente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Pedrini Daniela	Istituzione	Policlinico S. Orsola-Malpighi
Telefono	051 6361242	Indirizzo	Via Albertoni, 15
Fax	051 6361200	CAP	40138
E-mail	daniela.pedrini@aosp.bo.it	Città	Bologna

68. 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 gli interventi dei diversi attori devono essere ottimizzati per rispondere in modo coordinato ai molteplici bisogni della persona, trattandosi di cittadini molto anziani (età media 85,8), spesso con supporto sociale debole o assente. In particolare, superata la fase acuta, l'aspetto più critico, 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 nella rete della post acuzie di area metropolitana. Rete che mette in comune tutta l'offerta dedicata alle cure intermedie (LD, RE, RI CRA ad elevata intensità assistenziale) privata e in parte quella pubblica, attraverso una Centrale unica di area metropolitana che ne gestisce l'utilizzo. Il pazienti residenti nell'Azienda USL di Bologna a seguito di frattura di femore sono stati ricoverati nel 44,1% all'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR), nel 24,5% nel Presidio ospedaliero dell'AUSL di Bologna e nel 24,1% all'Azienda Ospedaliero-universitaria S. Orsola Malpighi, 7,3% presso altre strutture. 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 73% dei pazienti operati all'Azienda Ospedaliera ha ricevuto il trattamento riabilitativo durante la degenza, di cui il 59% nella struttura stessa e il 14% presso altri Ospedali. I pazienti operati allo IOR sono stati riabilitati in degenza ospedaliera nel 62% dei casi: il 3% presso la struttura stessa e il 59% in altri ospedali.

OBIETTIVI Il quadro epidemiologico, la rete della riabilitazione presente sul territorio aziendale e condivisa fra le tre aziende sanitarie pubbliche hanno reso indispensabile definire il percorso postchirurgico del paziente con frattura di femore in età superiore a 64 anni, con lo scopo di omogeneizzare in ambito metropolitano, l'accesso alle cure nella fase post acuta, in modo da garantire equità nella presa in carico, e riduzione dei tempi di attesa attraverso l'utilizzo 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. Le comorbidità, lo stato cognitivo, lo stato funzionale pre-frattura, le risorse familiari ed economiche, costituiscono, infatti, la base per la pianificazione. La concessione del carico, il tipo di recupero funzionale dopo l'intervento, l'eventuale comparsa di complicanze post-operatorie concorrono a perfezionare il percorso definitivo e a individuare il setting più appropriato a ciascun profilo di bisogno.

METODI Il modello per l'accesso alle cure riabilitative ed assistenziali di tipo intermedio è stato costruito attraverso un lavoro di confronto e condivisione tra professionisti delle Aziende sanitarie pubbliche (AUSL, AOSP, IOR) e private dell'Area metropolitana bolognese a partire dalle migliori pratiche cliniche presenti a livello internazionale e dalle diverse esperienze innovative locali.

RISULTATI Il percorso di accesso alle cure intermedie nel paziente con frattura di femore definito nel 2011 e applicato a partire dal 2012 individua: - criteri unitari di inquadramento del paziente da inviare ad un percorso riabilitativo; - profili pazienti per la gestione complessiva del percorso; - criteri per un appropriato utilizzo dei letti cod 60 e 56; - responsabilità presa in carico; - indicatori. Questi elementi, pur non ancora applicati in modo omogeneo, hanno già favorito l'accesso alle cure intermedie. Il confronto fra i primi 9 mesi del 2011 e i primi 9 mesi del 2012 evidenzia il miglioramento di alcuni indicatori ritenuti critici: 2011 2012 casi con intervento entro 48h/dimessi totali 53,8% 66% DM preoperatoria 3,33% 2,62% DM post Chir in Orto 10,51% 9,03% DM cod 60 22,72% 21,76% DM cod 56 20,96% 20,77% pazienti ricoverati cod 60 79% 82% pazienti cod 56 21% 17%.

LIMITI Gestione di numerose interfacce.

CONCLUSIONI Il progetto di revisione del percorso riabilitativo, in area metropolitana, del paziente con frattura di femore, con la condivisione di strumenti comuni e la gestione congiunta dei diversi setting assistenziali attraverso la Centrale Unica Metropolitana, ha consentito di: - Ridurre il tempo di attesa per l'accesso alle cure intermedie, riducendo la degenza media post operatoria in ortopedia - Contenere la degenza media preoperatoria favorendo la tempestività dell'intervento. - Ridurre la degenza media in riabilitazione estensiva e intensiva con maggior appropriatezza nell'utilizzo di setting a differente intensità assistenziale. - Tracciare il percorso del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Poli Anna	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 2869336	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax	051 6584923	CAP	40124
E-mail	a.poli@ausl.bologna.it	Città	Bologna

69. Valutazione di appropriatezza del management delle polmoniti acquisite in comunità

Potena A¹, Cazzuffi R¹, Ballerin L², Barbetta C¹, Cellini M³, Simoni M¹, Lichii M¹, Marku B¹, Contoli M¹, Papi A¹

¹Università degli Studi di Ferrara, ²AOU Arcispedale S. Anna Ferrara, ³AUSL Ferrara

BACKGROUND Le Polmoniti Acquisite in Comunità (CAP) sono un problema di salute pubblica, di gestione clinica e di costi sia per l'alta variabilità prognostica (da rischio "basso" a "molto elevato") che per la diversità clinica e l'eccessivo ricorso ai ricoveri ospedalieri, del tutto inappropriati quando il rischio prognostico è basso e la gravità viene sovrastimata. In assenza di dati certi della letteratura possono essere ricercate strategie che favoriscano l'appropriatezza del trattamento domiciliare e della scelta degli antibiotici, e comportino minori costi e maggiore gradimento del paziente senza rischiare esiti clinici sfavorevoli.

OBIETTIVI Nell'ambito di un progetto di ricerca [Regione Emilia-Romagna-Università (2b22)] per la valutazione di appropriatezza nella gestione delle CAP, è stato condotto un audit clinico retrospettivo, analitico con l'obiettivo di ridurre la variabilità della pratica clinica, analizzare il tipo di antibiotici prescritto per la cura ospedaliera o domiciliare e migliorare l'appropriatezza dei ricoveri.

METODI Sono stati reclutati 200 pazienti affetti da CAP, radiologicamente confermata, che si sono presentati in modo sequenziale al Pronto Soccorso a partire da una data (01 agosto 2011) successiva ad un workshop che aveva avuto per oggetto il management delle CAP e l'illustrazione delle linee guida (ATS-IDSA 2007). In base ai dati presenti nelle cartella cliniche e di Pronto Soccorso le CAP sono state stratificate secondo il rischio prognostico (minimo-basso, moderato, elevato). È stata applicata una flow chart per la scelta della sede di cura, considerata standard di riferimento per il rischio prognostico, basata su parametri clinici e comorbidità. I criteri della flow-chart erano stati precedentemente testati e prevedevano il ricovero ospedaliero per i pazienti a rischio elevato o moderato ed il rinvio a domicilio per i pazienti a rischio minimo-basso. (Potena et al Int J Tuberc Lung Dis 2008; 12: 19-25). La coorte degli arruolati è stata suddivisa in due subset riferiti rispettivamente ai pazienti rinviati al domicilio (n = 41) e pazienti ricoverati (n = 159). Sono stati analizzati, come indicatori di processo, l'appropriatezza del setting di cura rispetto al rischio prognostico e l'aderenza al trattamento antibiotico proposto dalle LG ATS-IDSA (2007). Come indicatori di esito sono stati analizzati: la guarigione completa o parziale, la mortalità a 30 gg ed il tempo di guarigione, quest'ultimo rilevato dalla data di dimissione o con una survey telefonica per i pazienti domiciliari.

RISULTATI Sono stati trattati a domicilio l'83% dei pazienti a rischio minimo o basso ed il 17% a rischio moderato; sono stati ricoverati in ospedale il 17% di pazienti a rischio minimo o basso, il 22% a rischio moderato ed il 60.4% ad alto rischio. Quanto all'esito clinico, nei pazienti domiciliari vi è stata guarigione completa nel 95.1% parziale nel 4.9% e non si è registrato alcun decesso. Nei ricoverati la guarigione è stata completa nel 60.4%, parziale nel 24.5% e i decessi sono stati il 15.1% dei casi, in linea con i dati presenti in letteratura. La durata di malattia è stata rispettivamente di 21.6 +/- 16.2 giorni nei domiciliari e di 12.7 +/- 10 giorni nei ricoverati. La prescrizione di antibiotici è risultata appropriata nel 56.4% dei pazienti trattati a domicilio e nel 79.2% di quelli ricoverati in ospedale.

LIMITI Non tutti i professionisti accettano di uniformarsi agli standard clinici proposti per la cura ed il ricovero delle CAP. La valutazione di guarigione è stata valutata con survey telefoniche e mostra tempi più lunghi rispetto a quelli rilevati in modo oggettivo in base alla data di dimissione ospedaliera. I dati relativi al tempo di guarigione dovrebbero essere raccolti dai Medici di Medicina Generale e confrontati periodicamente per rilevarne le difformità.

CONCLUSIONI L'audit clinico si è rivelato uno strumento di estrema utilità nell'analisi di criticità legate al management delle CAP, patologie ad elevata variabilità prognostica e a rischio di inappropriata gestione. Il 31% (quasi uno ogni tre) dei pazienti affetti da CAP che afferiscono al Pronto Soccorso ha un rischio prognostico minimo o basso e dovrebbe essere trattato al domicilio senza alcun rischio di mortalità. La flow-chart per la valutazione del rischio di gravità clinica rappresenta uno strumento sicuro per la definizione prognostica e potrebbe essere proposta come utile supporto decisionale per l'appropriatezza del setting di cura nelle CAP. Il trattamento antibiotico si è rivelato abbastanza eterogeneo e l'appropriatezza terapeutica in base ai suggerimenti delle linee guida offre significativi margini di miglioramento, sia per i pazienti domiciliari che per quelli ricoverati in ospedale. È auspicabile, infine, che le agenzie sanitarie regionali promuovano workshop interattivi per uniformare le conoscenze sul management delle CAP tra medici di Medicina Generale, di Guardia Medica, di Pronto Soccorso e delle UUOO di Pneumologia e Medicina Interna.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Barbetta Carlo	Istituzione	Università degli Studi di Ferrara
Telefono	0532 455545	Indirizzo	Via Fossato di Mortara, 64/b
Fax	0532 455546	CAP	44100
E-mail	carlobarbetta.md@gmail.com	Città	Ferrara

70. Oltre il gradimento e l'apprendimento, quali evidenze per la formazione continua?

Presutti M, Ferro V

ASL TO3

BACKGROUND La Formazione può trovare diverse forme di evidenza, non solo in termini di verifica e valutazione dell'apprendimento e del gradimento, ma soprattutto in termini di una possibilità concreta da parte del professionista di applicare gli apprendimenti nel contesto di lavoro e questo dipende da diversi ordini di fattori e in primo luogo dalle opportunità di espressione ed utilizzo delle competenze apprese.

OBIETTIVI Gli obiettivi della ricerca sono stati: a) verificare attraverso una metodologia di ricerca qualitativa il valore degli apprendimenti percepiti immediatamente a valle di un corso di formazione, e a distanza di un mese dal termine; b) verificare la percezione della ricaduta nei contesti operativi, ovvero da parte di superiori diretti e colleghi dei partecipanti.

METODI La ricerca ha riguardato due corsi di formazione realizzati in azienda: la comunicazione e l'informazione per prevenire l'errore e facilitare le relazioni e l'importanza strategica della cartella clinica come strumento di tutela per il pz. e gli operatori sanitari. I dati sono stati raccolti mediante quattro tipologie di interviste semi-strutturate. In una prima fase, sono stati intervistati dieci dei partecipanti ai corsi di formazione immediatamente dopo la conclusione degli stessi, mentre a distanza di almeno un mese, si è tornati ad intervistare gli stessi partecipanti e, per ognuno di essi, un collega ed un coordinatore di riferimento, per avere più punti di vista circa l'eventuale ricaduta degli apprendimenti nei diversi contesti operativi. Per analizzare i dati sono stati utilizzati una serie di strumenti: di Analisi di Contenuto, per individuare le tematiche principali attorno a cui ruotano i racconti delle persone e di Analisi Lessicometrica per classificare la tipologia di forme verbali utilizzate nelle risposte e poterne confrontare la frequenza e la ricorsività.

RISULTATI Dalla ricerca è emerso che le persone manifestano una serie di bisogni non soddisfatti tra cui il ricevere riconoscimento dai loro responsabili, collaborazione e supporto dai colleghi e un riscontro positivo sulla possibilità di utilizzare adeguatamente le competenze da loro acquisite in ambito formativo. Rispetto al primo corso di formazione, le risposte dei partecipanti - riferite alle diverse categorie - a conclusione del corso e a distanza di un mese, sono: "attività mentale" (9,6%) e (28,9%), "consapevolezza" (11,4%) e (7,9%), "stato affettivo" (5,6%) e (5,4%), "divenire" (46,5%) e (14,5%), "intervento sulla realtà" (15,8%) e (43,4%). Per quanto concerne il confronto tra le risposte dei diversi soggetti intervistati, a distanza di un mese dalla conclusione del corso, i risultati sono i seguenti: - partecipanti: "intervento sulla realtà" (43,4%), "attività mentale" (28,9%), "divenire" (14,5%), "consapevolezza" (7,9%) e "stato affettivo" (5,4%); - colleghi: "divenire" (40,7%), "intervento sulla realtà" (22,2%), "stato affettivo" e "attività mentale" (18,5%), la categoria "consapevolezza" non ha raggiunto nessun alcun punto percentuale; - coordinatori: "divenire" (32,2%), "stato affettivo" e "intervento sulla realtà" (22,6%), "attività mentale" (19,3%) e "consapevolezza" (6,4%). In relazione al secondo corso preso in esame, le risposte dei partecipanti a conclusione dell'esperienza formativa e a distanza di un mese, hanno ottenuto i seguenti punteggi: "attività mentale" (17%) e (21,8%), "consapevolezza" (1,4%) e (7,3%), "stato affettivo" (15,5%) e (9,1%), "divenire" (42,2%) e (20%), "intervento sulla realtà" (23,9%) e (41,8%). Dal confronto tra le risposte dei soggetti intervistati, a distanza di un mese dalla conclusione del corso, i risultati sono i seguenti: - partecipanti: "intervento sulla realtà" (41,8%), "attività mentale" (21,8%), "divenire" (20%), "stato affettivo" (9,1%) e "consapevolezza" (7,3%); - colleghi: "intervento sulla realtà" (37,5%), "divenire" (25%), "stato affettivo" e "attività mentale" (16,6%) e "consapevolezza" (4,2%); - coordinatori: "intervento sulla realtà" (40,1%), "divenire" (27,3%), "attività mentale" (18,2%), "stato affettivo" (13,6%) e la categoria "consapevolezza" non ha raggiunto alcun punto percentuale.

LIMITI Sarebbe opportuno approfondire le problematiche emerse con uno strumento più mirato e di semplice somministrazione sul quale il gruppo di ricerca sta già lavorando e tale strumento potrà essere eventualmente presentato nel corso del convegno.

CONCLUSIONI Dalla ricerca condotta pertanto è emerso che gli operatori sanitari, anche a fronte di una valutazione di gradimento positiva associata quasi sempre ad una performance di apprendimento positiva, non sempre trovano nei contesti operativi la possibilità di trasferire concretamente gli apprendimenti. Pertanto in una prospettiva di "evidenza della formazione" la ricerca mette soprattutto in luce il fatto che fermarsi alla valutazione del gradimento e dell'apprendimento della formazione non è condizione sufficiente per dare evidenza complessiva e completa della sua efficacia, ma occorre costruire indicatori di outcomes legati al cosiddetto "Learning Transfer".

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Presutti Michele	Istituzione	ASL TO3
Telefono	0121 235198	Indirizzo	Via Bignone, 15/A
Fax	0121 235347	CAP	10064
E-mail	mikito22@libero.it	Città	Pinerolo

71. Il Safety Walkaround: Strumento di Gestione del Rischio in Ostetricia e Ginecologia

Quintili M, Micillo A, Faiola A, Chiappini S, Porri M, Angelini F, Vescia M

Azienda USL Roma E

BACKGROUND La promozione della sicurezza del paziente richiede un approccio di sistema e l'adozione di metodi e strumenti diversificati, in relazione agli scopi specifici, al contesto socioculturale ed organizzativo, allo stato di avanzamento della cultura della sicurezza. Un aspetto fondamentale è che tutti i soggetti del sistema vengano direttamente coinvolti e possano interagire in forma sinergica. Per proseguire il lavoro iniziato all'interno della UOC Ostetricia e Ginecologia che negli ultimi anni ha visto la realizzazione di importanti cambiamenti organizzati e l'implementazione di numerose buone pratiche tra le quali: - la gestione del parto sicuro, - l'individuazione precoce dei fattori di rischio per distocia di spalla, si è deciso di proseguire il lavoro svolto con l'implementazione del Safety Walkaround al fine di stimolare la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti gli operatori e l'assunzione di responsabilità nella gestione del rischio clinico. Si è scelto il Safety Walkaround perché è metodo che consente la concretizzazione del principio del coinvolgimento di tutti, ma che ha anche dimostrato di essere efficace per l'identificazione dei rischi e degli eventi avversi e per la conseguente adozione da parte di tutti di misure di contenimento e prevenzione.

OBIETTIVI Migliorare la sicurezza sia del paziente che degli operatori promuovere una diffusa cultura della sicurezza in azienda.

METODI Sono stati elaborati: 1. il regolamento aziendale per l'istituzione del SWR; 2. il gruppo di lavoro aziendale; 3. le interviste da somministrare prima delle visite al fine di promuovere la partecipazione attiva di tutto il personale e far conoscere lo strumento sono stati organizzati corsi formativi rivolti agli operatori. Dalle risposte date ad alcune domande contenute nelle interviste somministrate prima di partire con i giri della sicurezza tra le quali: - Vi sono stati eventi negli ultimi giorni che hanno comportato dei danni per i pazienti; - Conosce "eventi mancati", accaduti nei giorni scorsi, che stavano per causare danni ai pazienti; - Quali elementi presenti nell'ambiente potrebbero portare ad un prossimo evento avverso; - Cosa pensa si potrebbe fare nella sua unità operativa sistematicamente per migliorare la sicurezza; - Quando fa un errore, lo segnala sempre; E grazie al clima di confidenzialità creatosi, sono emersi due fattori di rischio sia per la sicurezza degli operatori che dei pazienti: - organizzazione del lavoro; - assenza di comunicazione. Pertanto seguendo l'idea della gestione integrata del rischio e della sicurezza dei pazienti e degli operatori si è deciso di procedere con la rilevazione dello stress lavoro correlato (art. 28 d.lgs. 81/08), per valutare la presenza e l'entità del disagio lavorativo manifestato dagli operatori e procedere con le azioni di miglioramento.

RISULTATI L'analisi delle criticità rilevate dalle interviste effettuate durante il Safety Walkaround classificate sulla base dei fattori causali e contribuenti, utilizzando il modello di Vincent, e i risultati della valutazione dei questionari relativi alla rilevazione dello Stress Lavoro Correlato, hanno confermato quanto lamentato dagli operatori, infatti i problemi emersi con maggior frequenza sono stati: - la mancanza di comunicazione tra le diverse figure professionali; - la cattiva organizzazione del lavoro; - l'assenza di strumenti per la gestione del rischio per le pazienti in sala operatoria. Tra le misure di prevenzione identificate con riferimento alla specifica realtà della UOC, le più importanti sono state: - introduzione del briefing (breve riunione per la sicurezza) quotidiano; - introduzione delle check list operatorie - introduzione delle check list per l'individuazione precoce dei fattori di rischio per la distocia di spalla; - diffusione degli strumenti per una migliore comunicazione; - diffusione delle misure per la sicurezza; - miglioramento della consegna/trasferimento delle informazioni sul paziente; - misure per una sicura identificazione del paziente.

LIMITI Resistenza al cambiamento del personale.

CONCLUSIONI Il SWR ha dimostrato di essere efficace nello sviluppo di una cultura della sicurezza, oltre che di contribuire all'identificazione dei rischi, degli eventi avversi ed all'adozione di strategie di miglioramento a tutti i livelli dell'organizzazione. Inoltre, ha permesso di rafforzare il senso di appartenenza degli operatori alla struttura e il principio che la UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management sin dalla sua istituzione ha cercato di veicolare a tutti gli operatori, che "La sicurezza deve essere un impegno di tutti".

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Vescia Maria	Istituzione	Azienda USL Roma E
Telefono	06 68352097	Indirizzo	Borgo Santo Spirito, 3
Fax	06 68352077	CAP	00193
E-mail	maria.vescia@asl-rme.it	Città	Roma

72. L'utente immigrato al Pronto Soccorso: il punto di vista dell'infermiere

Regnicoli F¹, Bertolini R²

¹Azienda Ospedali Riuniti Umberto I di Ancona, ²Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

BACKGROUND I movimenti migratori verso l'Italia seguenti agli anni 80 e tutt'ora in atto, interrogano la professione infermieristica sulle modalità di relazione con le persone immigrate nell'obiettivo di garantire pari opportunità di accesso ai servizi sanitari. Il Pronto Soccorso è quotidianamente porta di accesso alle cure sanitarie per le persone immigrate che non hanno informazioni sui servizi sanitari territoriali disponibili o non trovano orari adeguati per rivolgersi e spesso si trova a dover rispondere a domande di salute improprie (come per i cittadini italiani).

OBIETTIVI - Indagare le competenze culturali dell'infermiere di Pronto Soccorso nei confronti delle persone immigrate; - Identificare criticità per migliorare l'assistenza.

METODI Lo studio osservazionale descrittivo multicentrico è stato condotto su tutti gli infermieri in servizio presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedali Riuniti Umberto I° di Ancona (43) e presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto (AP) (35) ai quali è stato somministrato un questionario anonimo di 31 domande nel mese di febbraio 2012. I questionari restituiti sono stati 42 per Ancona e 17 per San Benedetto. Il questionario è stato elaborato tramite ricerca bibliografica da 6 precedenti questionari (El Mouttaqi L., 2011; Morchio M.G., Bergamaschi A.; Bortolaso C., Gonzo M.; Inventory per assessing the process of cultural competence, revised version, 2007; Carletti P. ARS Regione Marche, Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze, 2001; Spencer, 2009). Il questionario comprende 4 aree di indagine: informazioni anagrafiche/lavorative dell'infermiere, formazione/conoscenze relative all'utente immigrato, rapporto con utente immigrato e motivazioni di accesso al Pronto Soccorso, organizzazione sanitaria ed utente immigrato.

RISULTATI Il campione ha risposto nel 76% dei casi. Il 60% ha una formazione scarsa o appena soddisfacente per l'assistenza agli immigrati, il 67% una conoscenza soddisfacente o scarsa delle leggi italiane che regolamentano il diritto alla salute delle persone immigrate. Il 96% si aggiorna con maggiore interesse per l'area dell'emergenza (47%). Il 59% è d'accordo sul fatto che la formazione in tema di immigrati dovrebbe essere prevista nei curricula universitari e il 67% ritiene utile un corso di nursing transculturale. Il 98% incontra sempre o frequentemente persone immigrate per problematiche di tipo medico (33%) o traumatico (25%). Il problema linguistico è la difficoltà principale nella relazione (19%) con conseguente difficoltà all'espressione dei sintomi (39%) e maggiore tempo assistenziale (74%). Il campione intervistato ritiene che le capacità relazionali con le persone immigrate si sviluppino con l'esperienza lavorativa, la formazione professionale e siano una dote personale (53%). I principali fattori di rischio per la salute degli immigrati sono gli stili di vita (17%), le disagiate condizioni abitative (15%) ed il lavoro irregolare e in condizioni di precarietà o la disoccupazione per il 10%. Il 47% è d'accordo sul fatto che i bisogni degli immigrati siano diversi da quelli italiani soprattutto per quello che riguarda la religione (31%) e che bisogna tenere in considerazione la provenienza socioculturale (81%) perché i bisogni ne sono influenzati. I sentimenti che suscita il bisogno assistenziale dell'immigrato sono gli stessi degli altri pazienti (24%). Il 48% del campione considera l'utente immigrato come un problema/una criticità ed il 43% un bisogno assistenziale. Il 41% del campione afferma che nel futuro il rapporto con l'utente immigrato migliorerà. Il campione non conosce a sufficienza i servizi per gli immigrati (50%). Suggestivi per affrontare le criticità sono la presenza del mediatore culturale/linguistico 24 ore su 24 o reperibile telefonicamente, maggior numero di servizi informativi, di accoglienza, corsi per immigrati e che i servizi territoriali funzionino meglio da filtro.

LIMITI Gli infermieri del Pronto Soccorso dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto rispondono in maniera minore (51%) rispetto al Pronto Soccorso di Ancona (95%).

CONCLUSIONI Il campione esprime accordo sulla necessità di formazione in tema di nursing transculturale a causa dell'insufficiente formazione scolastica/universitaria dell'infermiere perché l'utente immigrato è sempre/frequentemente a contatto col Pronto Soccorso e sulla necessità di conoscere accuratamente tutti i servizi a disposizione per gli immigrati. L'infermiere di PS conosce bene le caratteristiche della persona immigrata ed i fattori di rischio per la sua salute e sembra ben disposto a migliorare la sua relazione con essa. Si esprime una forte necessità circa la presenza continua del mediatore culturale per favorire l'accoglienza e la migliore comprensione linguistica e culturale dell'immigrato. L'obiettivo finale è il miglioramento della relazione con la persona immigrata, la riduzione dell'inappropriato accesso dell'immigrato al Pronto Soccorso e delle disuguaglianze della salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Regnicoli Februa	Istituzione	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Telefono	071 42144	Indirizzo	Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona
Fax	071 2191800	CAP	60020
E-mail	februa1@libero.it	Città	Ancona

73. Protocollo per il trattamento del dolore durante il soccorso territoriale

Ridolfi R, Peressini E, Pagnutti D

ASS n. 4 Medio Friuli, Ospedale di rete di San Daniele del Friuli

BACKGROUND Il sistema regionale di emergenza sanitaria in Friuli Venezia Giulia è stato istituito nel 1989. È articolato su quattro centrali operative a carattere provinciale e una rete di postazioni di ambulanza. Il soccorso territoriale dell'A.S.S. 4 Medio Friuli, per ridurre al minimo l'intervallo di tempo che trascorre dalla chiamata di soccorso alla somministrazione delle prime cure, presidia direttamente, oltre che il "punto 118" di San Daniele del Friuli, anche i "punti 118" dislocati presso i distretti di Tarcento e Codroipo. L'area di competenza è molto vasta e questo fa sì che la durata di un servizio non sia sempre breve, soprattutto nelle postazioni periferiche. In base ai dati raccolti, la durata media di un servizio varia da 30' a 90'. Nel 2011 circa 500.000 cittadini in Friuli Venezia Giulia si sono rivolti al pronto soccorso per chiedere risposta ad un problema, sia presentandosi autonomamente, sia attivando il sistema 118. Gran parte di questi cittadini lamenta dolore. Infatti, il dolore acuto o cronico, risulta essere uno dei motivi più frequenti per cui le persone chiedono assistenza alle strutture di Emergenza. Si registra un diffuso ritardato/mancato trattamento di questo sintomo, talvolta gravemente invalidante. Dal 2002 il Friuli Venezia Giulia ha sviluppato il programma "ospedale senza dolore" con analisi e progetti di sensibilizzazione per il trattamento del dolore unitamente alle facilitazioni per la gestione dei farmaci stupefacenti avvenute a livello nazionale. Secondo il Profilo (DM 739/94) "l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali". L'infermiere nella sua funzione di professionista sanitario, di osservatore qualificato e preparato, si trova quotidianamente a fronteggiare il dolore delle persone che assiste e ha, quindi, il dovere professionale ed etico di farsene carico, affinché il dolore sia controllato rapidamente ed efficacemente. È dunque importante che il dolore sia rilevato e considerato come un parametro fondamentale per la programmazione e la gestione del percorso di cura della persona. Il personale infermieristico nello svolgimento del servizio d'emergenza, per garantire la qualità delle cure, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio. La domanda che ci siamo posti è stata se sia possibile migliorare la qualità del trasporto in sicurezza di pazienti con sintomo dolore, senza alterazioni delle funzioni vitali e, in assenza di supporto medico avanzato.

OBIETTIVI La gestione infermieristica del dolore acuto/cronico e riacutizzato negli interventi di soccorso territoriale in assenza del medico.

METODI Come primo passo è stato individuato un gruppo di lavoro multi professionale composto dal coordinatore infermieristico, tre infermieri che lavorano in pronto soccorso e nel soccorso territoriale (gruppo infermieristico di miglioramento continuo), il direttore del dipartimento di emergenza e il farmacista dell'ospedale. È stata quindi effettuata una revisione della letteratura nazionale ed internazionale sul tema del trattamento del dolore e sono state analizzate le normative specifiche relative all'infermiere che presta servizio sui mezzi di soccorso territoriale. I farmaci utilizzati sono la morfina e il paracetamolo per le loro caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche. Il protocollo elaborato è di facile comprensione, consultazione ed applicazione, in quanto si sostanzia in una flow chart per criteri di inclusione/esclusione e di azioni conseguenti. Per l'analisi del lavoro svolto in questi anni è stata effettuata un'analisi retrospettiva dell'attività svolta, attraverso la revisione delle schede del soccorso territoriale.

RISULTATI Dal secondo semestre del 2009 al primo semestre del 2011 sono stati trattati un totale di 189 pazienti, con un NRS medio al tempo zero di 8-10. All'arrivo in pronto soccorso, dopo l'applicazione del protocollo del dolore, l'NRS è risultata compresa tra i 5 e i 2. Ci sono stati un numero esiguo di rifiuti sul totale dei casi potenzialmente trattati con morfina.

LIMITI Il dolore è ancora poco rilevato, non viene considerato come quinto parametro vitale. Permane ancora timore nella somministrazione della morfina, in quanto farmaco stupefacente. Molto spesso si mettono in atto altre manovre prima della somministrazione di farmaci.

CONCLUSIONI I dati raccolti dimostrano l'efficacia del protocollo adottato, con una riduzione dei valori della scala NRS dopo il trattamento. Ad oggi, dopo tre anni dalla sua applicazione, riteniamo importante lavorare su una prima revisione, in seguito ai bisogni rilevati, al confronto con le altre realtà e alla letteratura scientifica presente, per garantire sempre un'assistenza di qualità al cittadino.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Ridolfi Roberta	Istituzione	ASS n. 4 Medio Friuli
Telefono	338 6416217	Indirizzo	Viale Trento Trieste, 8
Fax	0432 949427	CAP	33038
E-mail	robertaridolfi83@libero.it	Città	San Daniele del Friuli

74. Tracciabilità e sicurezza del processo nel trapianto di cellule staminali ematopoietiche

Roli A, Milanesi M, Arienti F, Torresani M, Montefusco V

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Dei Tumori - Milano

BACKGROUND Il processo di accreditamento JACIE (Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT) ha lo scopo di definire gli standard per delineare un sistema di qualità in ambito trapiantologico di cellule staminali ematopoietiche (CSE). Con il DL 191/07 la legislazione Italiana ha recepito i principi JACIE delegando alla regioni o province autonome e al GITMO la responsabilità del controllo dei centri accreditati. Nell'aprile 2010 le strutture INT coinvolte nel trapianto di Cellule Staminali Ematopoietiche hanno ottenuto l'accREDITAMENTO JACIE per la raccolta, la crioconservazione, il trapianto autologo e allogenico di CSE nel paziente adulto e pediatrico.

OBIETTIVI Scopo del lavoro è definire monitorare e valutare i comportamenti per garantire la tracciabilità di tutto il processo anche al fine di garantire la sicurezza del paziente.

METODI Per monitorare la compliance della procedura di tracciabilità del trapianto CSE, la struttura MCQ svolge audit retrospettivi sulla documentazione sanitaria finalizzata a verificare la corretta tracciabilità del processo e promuovere soluzioni migliorative e sicure per il paziente che riducano le imperfezioni e gli errori correlati alla procedura. In particolare tali audit misurano un indicatore che al numeratore riporta il n. di fax di comunicazione dell'avvenuta reinfusione e di eventi avversi inviati al SIMT ed al denominatore considera il totale delle procedure di reinfusione. Dal settembre 2009 ad oggi sono state visionate 352 cartelle (cc) di pazienti sottoposti a trapianto di CSE relative a quattro periodi differenti, definiti: 1. Post Verifica JACIE - settembre 2009, 2. Post AccredITamento JACIE - aprile 2010, 3. Post Riesame della Direzione programma Trapianto CSE - maggio 2011, 4. Monitoraggio Trimestrale - da settembre 2011 a settembre 2012. Dal dicembre 2011, inoltre, è in corso un progetto Finanziato dal Ministero della salute nel bando giovani ricercatori 2009 finalizzato alla tracciabilità e sicurezza del trapianto di CSE tramite tecnologia a radiofrequenza (RFId), con impiego delle informazioni registrate nel tag posto nell'etichetta della sacca, nel badge dell'operatore e nel braccialetto identificativo del paziente.

RISULTATI La valutazione di 74 cc nel periodo1 "Post Verifica" ha evidenziato come solo l'81% delle reinfusioni si concludeva con la comunicazione finale da parte delle strutture cliniche al centro di raccolta CSE (SIMT) dell'avvenuta reinfusione e di eventuali eventi avversi a cui ha fatto seguito nel periodo 2 "Post AccredITamento" un'importante flessione della comunicazione con 38 comunicazioni inviate su 61 reinfusioni eseguite (62%). L'identificazione di un indicatore di programma denominato "tracciabilità CSE" e la sua misurazione sistematica ha visto un incremento del dato sulla corretta comunicazione al SIMT nel periodo 3 "Post Riesame" di 127 cc su 144 (88%) e nel periodo 4 "Monitoraggio Trimestrale", dove su 73 reinfusioni effettuate, 72 cc (99% delle procedure) riportavano la comunicazione finale.

LIMITI -

CONCLUSIONI Come emerso dai risultati, complessivamente l'intero processo di comunicazione delle reinfusioni gestito con strumenti cartacei e flussi informativi telefonici (fax) ha avuto un andamento positivo, passando dall'81% al 88% nel periodo post-riesame fino all'ultimo monitoraggio eseguito che riporta il 99% di comunicazioni e tracciabilità del processo in maniera immediata. Introdurre indicatori di processo nel set di misure qualitative per il trapianto CSE e comunicarne i risultati sistematicamente, ha favorito, in questa esperienza, la compliance a standard qualitativi e di sicurezza del paziente. Inoltre, la sicurezza del paziente vede spazi di miglioramento nelle soluzioni di tracciabilità RFId attualmente in fase di sperimentazione dei dispositivi tecnologici in ambiente di crioconservazione (-196°C). Considerando, infatti, che la procedura coinvolge tre unità cliniche e due laboratori, la sfida della riprogettazione dovrà contemplare le fasi della raccolta, crioconservazione e reinfusione di CSE. Tale sistema permetterebbe una riduzione della gestione cartacea delle comunicazioni e della tracciabilità, una semplificazione della gestione delle etichette ed un supporto di prevenzione degli errori alla gestione dello stoccaggio e registrazione delle unità raccolte e delle attività di identificazione e somministrazione al letto del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Milanesi Marco	Istituzione	Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori
Telefono	02 23903195	Indirizzo	Via Giacomo Venezian, 1
Fax	02 23903461	CAP	20133
E-mail	marco.milanesi@istitutotumori.mi.it	Città	Milano

75. La felpa: un veicolo di infezione nosocomiale, storia di un cluster epidemico da *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*

Rosseti R, Capanni P, Barbieri A, Gamannossi M, Bassetti A

Azienda Sanitaria di Firenze

BACKGROUND Negli ultimi anni sono in aumento i casi di epidemie nosocomiali di scabbia la cui fonte di infezione è rappresentata da pazienti ricoverati per altre patologie a cui viene diagnosticata la scabbia dopo l'ammissione in ospedale. La malattia è causata da un acaro, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*; la trasmissione interumana avviene per contatto cutaneo diretto o per via indiretta, tramite lenzuola, biancheria o vestiti. La difficoltà della diagnosi è dovuta al fatto che la fonte di infezione è spesso rappresentata dal paziente anziano allettato in cui clinicamente la scabbia si presenta in forma atipica. Dal 2011 nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze è in corso una mappatura della popolazione ricoverata con diagnosi certa di scabbia, il numero dei casi è in aumento soprattutto per i pazienti provenienti da case di cura e da ospedali per lungodegenti. Nel mese di febbraio 2012, nel Presidio Serristori (ASL 10) si è verificato un cluster epidemico che ha coinvolto un paziente ricoverato nel reparto di Chirurgia Generale e n° 10 operatori sanitari. Solo la tempestività della risposta del sistema di sorveglianza ha evitato che il cluster epidemico potesse estendersi ad altri soggetti e in altre aree di degenza dell'Ospedale. Per contenere l'infezione in ambito ospedaliero è nata l'esigenza di ricercare evidenze in merito alla prevenzione della trasmissione crociata.

OBIETTIVI - Strutturare nelle degenze ospedaliere un sistema di sorveglianza attiva su popolazione target (pazienti provenienti da lungodegenza e case di riposo). - Attivare le precauzioni in presenza di infezione da scabbia utilizzando il codice colore di isolamento. - Implementare le procedure e le buone pratiche da osservare in presenza di infezione da scabbia.

METODI - Rete di sorveglianza attiva su casi certi o sospetti con il coinvolgimento e supporto dei seguenti servizi: servizio infermieristico, medicina preventiva, igiene pubblica del territorio, farmacia, lavanderia. - Root cause analysis sui casi, coinvolgendo i reparti interessati (Chirurgia Generale, Medicina Generale). - Corretto utilizzo del codice colore di isolamento per la comunicazione tempestiva a tutti gli operatori sulle precauzioni di isolamento da attivare per prevenire la trasmissione della patologia tra pazienti, operatori sanitari e servizi appaltati. - Database per Report trimestrali di sorveglianza dei casi di scabbia.

RISULTATI Nel Presidio Serristori con 116 p.l. i ricoveri sono stati: nel 2011 2613, nel 2012 2122. Nel 2011 la popolazione target è stata di 8 pazienti nel reparto di chirurgia generale e di 150 nel reparto di medicina generale. Con età media di 79 anni. Nel 2012 (fino al 30/11) La popolazione target è stata di 15 pazienti nel reparto di chirurgia generale e di 250 nel reparto di medicina generale. Con età media di 79 anni. Nell'anno 2011 nel presidio Ospedaliero è stato notificato 1 caso di scabbia, e 0 casi di trasmissione intraospedaliera, nel 2012 nel periodo compreso tra gennaio e ottobre 2012 sono stati notificati 15 casi di scabbia, compreso il cluster epidemico. Il caso indice dell'epidemia nosocomiale del 2012 era stato ricoverato con diagnosi di "psoriasi in paziente con demenza senile". Ciò ha contribuito alla difficoltà di poter sospettare e diagnosticare la scabbia. La diagnosi è stata fatta dopo il riscontro del cluster epidemico nosocomiale. Per i casi segnalati infetti o colonizzati nel Presidio Ospedaliero è stato attuato un isolamento con codice colore giallo riconducibile ad un isolamento da contatto. Dalla root cause analysis sono emerse le seguenti criticità: - scambio di felpe fra operatori sanitari anche di reparti diversi; - durante l'orario di lavoro le felpe sono state lasciate in punti non idonei e contaminati (letto paziente, carrelli terapia ecc.); - invio delle felpe al servizio di lavanderia per il lavaggio senza una cadenza stabilita. Pertanto l'epidemia si è diffusa attraverso lo scambio improprio delle felpe che sono risultate veicolo di trasmissione di *Sarcoptes scabiei* fra gli operatori sanitari.

LIMITI Sottostima casistica popolazione target.

CONCLUSIONI Per ridurre l'incidenza di scabbia è fondamentale un'attenta sorveglianza della popolazione target per attuare tempestivamente le precauzioni da contatto, ed una stretta collaborazione con la rete multiprofessionale al fine di interrompere in modo tempestivo la catena di contagio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Rosseti Rossella	Istituzione	Azienda Sanitaria di Firenze
Telefono	055 9508463	Indirizzo	Piazza Santa Maria Nuova, 1
Fax		CAP	50122
E-mail	rossella.rosseti@asf.toscana.it	Città	Firenze

76. La formazione on the job: un metodo efficace per valorizzare l'assistenza nei tempi della Spending Review

Rosseti R, Pacciani C, Capanni P, Mondini P

Azienda Sanitaria di Firenze

BACKGROUND Nella realtà ospedaliera, troppo spesso, la mancanza di uniformità nei comportamenti e la scarsa adesione alle linee guida ed alle evidenze scientifiche, può essere la causa di possibile rischio infettivo. L'analisi del processo assistenziale consente agli operatori che vi partecipano di riconoscere ed attivare azioni di miglioramento immediatamente realizzabili, ed indica un percorso per la creazione di nuove opportunità anche a livello formativo. Trasferire l'approccio snello nella formazione prevede la creazione di una tecnica standardizzata del lavoro, in modo che ciascun team segua sempre lo stesso percorso migliorando continuamente la metodologia stessa di progettazione. La formazione on the job, offerta nei luoghi di lavoro, è l'approccio snello della formazione che prevede la creazione di una tecnica standardizzata formativa, in modo che ciascun team segua sempre una linea continua metodologica mirata a raccordare la professionalità degli operatori sanitari in contesti produttivi/organizzativi direttamente dove nasce il bisogno, sviluppata con strategie di apprendimento programmato ed organizzato. La formazione on the job ha il merito di rispondere alle 4 R: REALE bisogno formativo: si sviluppa direttamente nei luoghi di lavoro, la dove nascono le criticità; RACCOLTA dell'80% del personale: perché è estesa a tutti gli operatori dell'azienda durante la loro attività lavorativa; RIDUZIONE TEMPI formativi: l'evento formativo si svolge nel luogo di assistenza, nel corso del normale orario di lavoro. RIDUZIONE RISORSE impiegate nella formazione: sono operatori esperti che trasmettono il loro sapere durante il loro orario di lavoro.

OBIETTIVI Implementare l'uso delle buone pratiche; Valorizzare le conoscenze già presenti negli operatori; Condividere le evidenze scientifiche per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

METODI La formazione on the job, offerta nei luoghi di lavoro, si attua direttamente dove viene erogata l'assistenza, la dove nasce il bisogno, ed è sviluppata con strategie di apprendimento interattivo, rivolta a tutto il personale, in orario di lavoro, ad isorisorse attraverso: - incontri formativi-operativi di 15 minuti con personale medico, infermieristico, ostetrico, tecnico, di supporto e con le ditte appaltate; - distribuzione di materiale informativo ed utilizzo della rete intranet aziendale per condivisione web materiale sulle buone pratiche per il controllo del rischio infettivo.

RISULTATI Questo nuovo metodo formativo, ha consentito di valorizzare le buone pratiche, implementando le conoscenze di 816 operatori di varie qualifiche (Medici, Infermieri, Ostetriche, OSS, Tecnici di Radiologia, personale Ditte appaltate) ad isorisorse. I traguardi ottenuti sono stati: nel 2010 è stata implementata la buona pratica del lavaggio mani ottenendo dalla Commissione Regionale Toscana Buone pratiche "L'eccellenza sul lavaggio delle mani". Nel 2011 è stato implementato il progetto "i colori dell'isolamento" che ha consentito una comunicazione efficace e condivisa sull'evento infettivo, riducendo i rischi di ICA del 20% per i pazienti, per gli operatori sanitari e per il personale non sanitari (ditte appaltate come: portantinaggio, lavanderia, pulizia e sanificazione ambientale, ristorazione) e con una particolare attenzione ai visitatori. Dal 2011 è stato implementato il corretto conferimento dei rifiuti, con riduzione del 20% degli errori nel conferimento dei rifiuti speciali e degli RSU., attraverso formazione on the job ed uso di reminder e brochure informative. Nel 2012 c'è stata l'implementazione verso l'attenzione ai nuovi germi multiresistenti soprattutto in area critica, aumentando l'attenzione della segnalazione ed la corretta procedura di isolamento. Per il 2013 la formazione on the job rientrerà nel Tutoring formativo suddiviso in tre moduli: Il primo modulo "AUTOFORMAZIONE" avrà la durata di 6 ore, il secondo modulo "FORMAZIONE ON THE JOB" avrà la durata di 8 ore, il terzo Modulo "AUDIT E FEED BACK" avrà la durata di 4 ore per un totale di 12 ore per ciascun operatore sanitario e verranno implementate le buone pratiche assistenziali. Il tutoring formativo sarà effettuato in orario di lavoro ad isorisorse.

LIMITI Presenza di tutor esperti sul visual thinking.

CONCLUSIONI La capacità di produrre valore attraverso la creazione di nuovi processi cognitivi di apprendimento è alla base della nuova economia sanitaria. Le grandi potenzialità insite in ogni operatore dedicato all'assistenza, costituite dall'insieme di competenze possedute, sono state valorizzate, attraverso un processo di formazione continua, per questo motivo, la formazione on the job ha consentito il trasferimento non solo della conoscenza finalizzata a trasmettere abilità operative, ma anche e soprattutto ha valorizzato le buone pratiche, norme di comportamento non scritte proprie di un contesto lavorativo specifico, tutto questo economizzando il tempo assistenziale e con l'utilizzo di risorse già presenti nell'ambito lavorativo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Rosseti Rossella	Istituzione	Azienda Sanitaria di Firenze
Telefono	055 9508463	Indirizzo	Piazza Santa Maria Nuova, 1
Fax		CAP	50122
E-mail	rossella.rosseti@asf.toscana.it	Città	Firenze

77. Focus Group Qualità Percepita utenza Servizio veterinario A.S.L. BI
Sala L, Pappalardo V, Brioschi D, Menegon F
<i>ASL BI</i>

BACKGROUND A seguito di una prima riflessione svolta con i Direttori e Responsabili delle Strutture del Dipartimento di Prevenzione in tema di Qualità percepita dall'utenza, i Servizi Veterinari A, B e C hanno intrapreso un'azione di rilevazione della customer satisfaction. I dirigenti e alcuni operatori dei tre servizi, supportati dagli operatori della S.O.C. Formazione e Comunicazione, si sono incontrati e, tramite una progettazione partecipata, hanno scelto il focus group quale strumento di rilevazione più adatto. Per dare pieno sviluppo ed autonomia di espressione e giudizio agli utenti partecipanti, si è deciso di non far presenziare al focus group, condotto dalle Colleghe della S.O.C. Formazione, Medici Veterinari, ma nel caso in cui si fosse presentata la necessità di chiarimenti, un funzionario dell'ufficio amministrativo del Servizio veterinario stesso.

OBIETTIVI Riunire in un gruppo alcuni utenti che discutessero su quali fossero conoscenze e aspettative riguardo il Servizio Veterinario, così da indagare il loro punto di vista, le loro idee e percezioni e le eventuali proposte.

METODI Su proposta del Servizio Veterinario il target è stato individuato utilizzando i seguenti gruppi: - Utenza sottoposta a vigilanza e controlli. - Utenza che richiede autorizzazioni e/o prestazioni. - Utenze che richiede prestazioni di interesse personale (es. proprietari di animale d'affezione). I partecipanti al focus group sono stati coinvolti attraverso una prima telefonata di presentazione dell'iniziativa e di raccolta della disponibilità; l'invio agli utenti che si erano detti disponibili, di una lettera di invito con maggiori dettagli a firma del Direttore del Dipartimento di Prevenzione; una seconda telefonata di conferma della presenza. Al focus group hanno partecipato 13 persone. I temi che i dirigenti dei tre Servizi Veterinari hanno individuato quali significativi ed interessanti da affrontare durante il focus group sono i seguenti: 1) INFORMAZIONE 2) ACCESSIBILITÀ 3) PERCORSO 4) TRASPARENZA - CAPACITÀ di RENDICONTAZIONE 5) LORO SUGGERIMENTI o OSSERVAZIONI.

RISULTATI Rispetto ad ognuna delle aree tematiche indagate, durante il focus group sono emerse risultanze e proposte alcune delle quali molto specifiche ed operative. In generale tutti hanno apprezzato la professionalità e la disponibilità dei veterinari. Alcune delle nostre risposte alle proposte: 1) Attualmente, per quanto riguarda i tempi che intercorrono fra la richiesta ai nostri sportelli da parte degli allevatori di acquisto delle ristampe relative alle marche auricolari del bestiame bovino e ovi-caprino (D.P.R. n.317/96; D.P.R. n. 437/2000 e s.m.i.) sono necessari dai dieci ai quindici giorni. Si è provveduto, a riorganizzazione le procedure relative a "ordine, ritiro presso il produttore, consegna all'interessato". Si valuta che una volta a regime si ottenga una riduzione sostanziale dei tempi necessari che si stabilizzeranno tra sette e dieci giorni. 2) Si è implementata in modo ancor più sostanziale la possibilità di ricevere e trasmettere per posta elettronica la modulistica; in particolare quella riguardante la movimentazione e la cessione di cani e gatti offrendo altresì "on line" tutte le notizie e gli aggiornamenti previsti dalla L.R. 19/07/2004 n. 18. 3) È stata predisposta e validata da tutto il personale coinvolto una procedura relativa al rilascio del Modello sanitario per la movimentazione del bestiame da reddito. Questo percorso consentirà il rilascio degli stessi modelli su richiesta degli interessati, che risulta vincolato da una firma di validazione, in tempi ancora più brevi: attualmente si tratta di 48 ore, la nuova procedura consentirà di consegnare in 24 ore dalla richiesta.

LIMITI Il focus group ha messo in evidenza criticità e punti di forza del Servizio indicando possibili percorsi di miglioramento; i risultati degli interventi posti in essere saranno indagati in relazione alla loro efficacia ed alla soddisfazione dell'utenza, con ulteriori strumenti.

CONCLUSIONI Le risultanze del focus group sono state discusse alla presenza di tutti gli operatori del Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria al fine di condividerne i contenuti e di progettare insieme interventi sostenibili e condivisi. Si ritiene che il percorso compiuto abbia creato valore in relazione ad un duplice obiettivo. Il primo inerente la presa d'atto ed una crescita culturale in tutti gli Operatori del Servizio in relazione alle tematiche della Customer satisfaction e della necessità di mantenere la soddisfazione del cliente, utente, paziente, cittadino competente fra i primi posti nella scaletta dei nostri doveri; il secondo, di più immediata percezione, è quello di evidenziare gli strumenti necessari a migliorare il nostro rapporto con l'utenza offrendo un servizio sempre più "situato" rispetto alla domanda.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Brioschi Dania	Istituzione	ASL BI
Telefono	015 3031	Indirizzo	Via Guglielmo Marconi, 19
Fax	015 2529422	CAP	13900
E-mail	brioschi.da@tiscali.it	Città	Biella

78. Promuovere la salute comunicando: reti e alleanze

Sanson S¹, Broussard M¹, Gross D¹, Michelazzi R¹, Pernarcich M¹, Croci E², Maggiore A¹, Samani F¹

¹ASS n. 1 Triestina, ²Università degli Studi di Udine

BACKGROUND La legge 150/2000, in attuazione dei principi che regolano trasparenza ed efficacia dell'azione amministrativa, disciplina le attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni, ovvero: informazione ai mezzi di comunicazione di massa, comunicazione esterna rivolta a cittadini, collettività ed altri enti, comunicazione interna. Essendo il processo informativo e comunicativo complesso, all'interno di un'istituzione articolata quale un'azienda sanitaria, è necessario definire dettagliatamente sistemi e procedure per garantirne efficacia ed efficienza.

OBIETTIVI Ridefinire i ruoli all'interno e all'esterno dell'azienda rispetto al tema della comunicazione e in particolare della comunicazione per la promozione della salute.

METODI Per una comunicazione interna è necessario: identificare e formare almeno un referente della comunicazione per struttura e il coordinamento dell'URP, organo istituzionale della comunicazione interna ed esterna. Ciò permette di conoscere attività e prestazioni di ciascuno per condividere e creare sinergie comunicative. La comunicazione esterna deve: informare e formare; mettere le persone al centro dell'agire, sviluppare sinergie per e con i cittadini, integrare le iniziative/progetti e le attività/prestazioni anche attraverso la carta dei servizi come patto con i cittadini, utilizzare le segnalazioni come mezzo indispensabile volto al miglioramento continuo dei servizi stessi usufruendo di tutti i canali possibili, soprattutto quelli web, per coprire tutti i target di popolazione. L'informazione ai mezzi di comunicazione di massa viene gestita dall'ufficio stampa, come da normativa vigente e supportata per il contenuto tecnico-scientifico dalla rete dei referenti della comunicazione aziendale.

RISULTATI Ad oggi: mappatura del personale con la definizione di ruoli e competenze per individuare i referenti, realizzazione della newsletter aziendale, stesura di procedure per regolamentare il flusso informativo: nel 2011 il Numero Verde Sanità della Provincia di Trieste 800991170, cui risponde l'URP ha avuto 15303 contatti, con una media giornaliera di 27,95 e mensile di 588 per operatore; durata media della conversazione: 3,09 minuti; tipologie principali di contatto: assistenza distrettuale (43,7%), dipartimento di prevenzione (12,9%), sistema CUP (11,3%). Nello stesso anno ASS1 ha ricevuto 83 reclami (di cui 7 relativi a disservizi di natura informativa), 84 segnalazioni e 90 elogi (di cui 7 al NV). In sede di conferenza saranno disponibili i dati 2012 per il confronto dopo l'introduzione delle nuove procedure aggiornamento continuo del sito aziendale (visite totali: 1.047.561, media/die: 1520 visitatori: 320.867, media visite per visitatore 3,26 da 01/10/2008 a 20 ottobre 2010, dati recenti in fase di elaborazione richiesti al servizio regionale competente INSIEL), creazione di profilo/canale twitter: attivo dal 28/04/2012. Al 18/12/2012: 207 follower, 61 retweet, 44 menzioni e 16 conversazioni, creazione pagina facebook aziendale: 12 settembre 2012. Dati relativi all'ultimo mese di attività: 137 fan; portata complessiva settimanale (numero di utenti individuali che hanno visualizzato contenuti associati alla pagina): 450; utenti individuali che hanno creato una notizia relativa alla pagina ASS1 espressa come media settimanale: 23; utente tipo: donna (77,4%), di cui il 46% di età compresa tra 35 e 54 anni partecipazione al gruppo di lavoro FIASO comunicazione e promozione della salute partecipazione a progetti innovativi di comunicazione di massa in tema di promozione della salute alleanze concrete con stakeholder locali, nazionali ed internazionali.

LIMITI Carezza di risorse economiche per la realizzazione di un reale piano di comunicazione che prevede la ridefinizione dei bisogni informativi ai cittadini.

CONCLUSIONI La comunicazione con il cittadino ha un ruolo strategico, tale da essere inserita nella programmazione aziendale 2013: è prevista la stesura di un piano di comunicazione che coinvolgerà tutti gli organismi preposti per inserire in percorsi strutturati tutte le azioni di promozione della salute realizzate dall'azienda per il cittadino. In particolare sono previsti dei cambiamenti organizzativi per quanto riguarda i punti informativi da realizzare a breve in collaborazione con il Comune di Trieste per ottenere una vera integrazione socio-sanitaria e favorire l'accesso ai servizi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sanson Sara	Istituzione	ASS n. 1 Triestina
Telefono	040 3997175	Indirizzo	Via Costantino Costantinides, 2
Fax	040 3997185	CAP	34128
E-mail	sara.sanson@ass1.sanita.fvg.it	Città	Trieste

79. Il fascicolo la malattia di Alzheimer, la persona e la famiglia: un modo per informare ed ottimizzare l'assistenza

Scala G, Magro VM

Ospedale S. Eugenio - ASL RMC

BACKGROUND La malattia di Alzheimer è una patologia in costante aumento nella popolazione italiana, configurandosi attualmente, nello stesso tempo, come un problema di natura sanitaria, sociale, politica, economica, etica, che necessita quindi, oltre che ad un tempestivo inquadramento diagnostico (molti sintomi e segni di carattere psichico possono essere misinterpretati dal medico curante), anche di un valido impianto organizzativo per seguire il paziente. A fronte dei vari approcci terapeutici per chi soffre il sostegno alla famiglia ed ai caregivers nel quotidiano compito di assistenza rimane il cardine del management della demenza.

OBIETTIVI La Geriatria dell'Ospedale S. Eugenio di Roma diretta dal prof. Giovanni Capobianco, attiva dal 1992, è considerata da sempre come un punto di riferimento per gli anziani fragili, per tali ragioni si è pensato di fornire uno strumento utile al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza geriatrica nell'ASL RMC. È stato prodotto un fascicolo cartaceo, in formato tascabile, di 53 pagine, che ha riunito nella sua realizzazione le diverse figure professionali che seguono questi pazienti: medici, psicologi clinici, fisiochinesiterapisti, assistenti sociali.

METODI L'opuscolo si intitola "Alzheimer - la persona e la famiglia: risposte semplici a domande complesse", in quanto rivolto all'intero nucleo che ruota attorno alla "patologia demenza"; esso è strutturato in forma di possibili domande che i familiari e/o i caregivers possono porsi o porre alle figure coinvolte nella assistenza. Le risposte vengono quindi fornite in maniera chiara ed il più possibile semplice, in quanto scritte per una utenza non professionale. Vengono spiegate all'inizio le problematiche di una persona affetta da demenza, dall'esordio alle fasi avanzate. Vengono poi presi in esame i vari servizi sanitari esistenti sul territorio della ASL RMC, dalle UVA al Day Hospital all'Unità per Acuti al Centro Diurno alla assistenza domiciliare alle RSA, spiegandone le peculiarità e le modalità di accesso. Nel corso di questo "iter", vengono dati consigli su come affrontare i vari sintomi disabilitanti per la persona affetta da demenza e per chi se ne prende cura, vengono dati facili esercizi fisici per mantenere l'attività motoria, anche in condizioni di disabilità di grado severo. Le spiegazioni, i consigli e gli esercizi fisici sono corredati da una gamma di immagini per rendere più agevole la lettura, nonché spiegare meglio alla utenza certi sintomi, specie quelli psichici, difficili da caratterizzare solo sul piano grammaticale. Vengono date informazioni pratiche di natura medico-legale, che vanno dal riconoscimento dell'invalidità civile all'amministrazione di sostegno ai ricorsi. Infine, un elenco dei servizi territoriali, delle organizzazioni di volontariato delle quali possono giovare i familiari dei pazienti, dei siti internet ritenuti utili, con indirizzi, telefono, orari di apertura e/o fax/email.

RISULTATI Il fascicolo è stato stampato in una iniziale tiratura di circa 800 copie e distribuito gratuitamente in occasione del convegno "La Malattia di Alzheimer: la memoria "nascosta" tra saperi diversi e idee di cura", svoltosi il 26 ottobre 2012 a Roma, a cui erano presenti anche familiari di pazienti affetti da demenza. Nell'ambito dello stesso evento, la pubblicazione è stata presentata anche ai Medici di Famiglia, come integrazione di un apposito corso di sensibilizzazione sui disturbi secondari alla patologia demenziale. È stato accolto con favore e le copie sono andate rapidamente esaurite.

LIMITI Una costante opera per fornire indicazioni sulla malattia, sui comportamenti da seguire, sulle figure a cui rivolgersi, su dove trovare sostegno (medico, psicologico, economico), sui presidi a cui fare riferimento sul Territorio, è necessaria per ottimizzare i percorsi di cura e vincere la sfida che oggi le demenze pongono.

CONCLUSIONI La famiglia rimane ancora il principale sostegno del paziente affetto da demenza. L'aiuto alla famiglia può concretizzarsi sia in una rete di supporti i quali, oltre che clinici, siano anche finanziari e di sostegno, in questo ambito la realizzazione di un fascicolo informativo vuole essere una risorsa che abbia la caratteristica del pragmatismo e della concretezza, che faccia formazione ed informazione e che educi alla assistenza. In questo senso l'opuscolo può aiutare a sensibilizzare anche la Medicina di Famiglia, quale primo filtro, per una pronta presa di coscienza del caso e l'invio tempestivo dell'assistito ai successivi livelli diagnostico-terapeutici sul Territorio. Nel contempo l'opuscolo vuole porsi, accanto ai gruppi di sostegno, alle visite mediche ed alle varie consulenze, come ruolo complementare per non far sentire le persone affette da malattia di Alzheimer, le famiglie ed i caregivers "soli", per un Territorio che sia più inclusivo anche di queste persone, senza discriminazioni.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Scala Giovanni	Istituzione	ASL RMC
Telefono	06 51002481	Indirizzo	
Fax		CAP	
E-mail	scala.giovanni@aslrmc.it	Città	Roma

80. Il Rischio Clinico gestito da un gruppo multidisciplinare

Sepioni F¹, Bartoccioni F², Tripodi AM¹, Landi F¹, Molinaro M¹, Bonfiglio D¹, Dubinski M¹

¹HTAcamp, ²Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

BACKGROUND La gestione del rischio clinico è fondamentale nelle aziende sanitarie. Il tutto è inoltre sotto il monitoraggio stretto della regione.

OBIETTIVI La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore. Lo studio effettuato dall'associazione HTAcamp presso la clinica X ha posto come obiettivo la creazione di un sistema efficace al fine di evitare, controllare e ridurre gli elementi avversi o i danni connessi all'assistenza, evitare gli errori e i casi prevenibili attraverso gli eventi sentinella e migliorare la qualità delle cure.

METODI L'analisi è stata svolta da un team multidisciplinare, che ha osservato da varie angolazioni ed estrapolato tutte le criticità della clinica. È stato creato un sistema informatizzato tale da dedurre attraverso l'inserimento dei dati forniti dalla clinica gli eventi sentinella. Il lavoro, incentrato sull'interazione tra il team e i sanitari, ha determinato la creazione di Percorsi Clinico Assistenziali (PCA) ad hoc. Inoltre, il team si è occupato di estrarre le linee guida aggiornate e i protocolli sulle patologie maggiormente frequenti nella clinica tale da migliorare la qualità delle cure. Il team attraverso la formazione, ha dato un quadro completo sul rischio clinico e le varie ipotesi di responsabilità giuridica derivanti dallo stesso.

RISULTATI Si è creato un rapporto di collaborazione tra i sanitari e il team, necessario ai fini della valutazione del rischio clinico. Il sistema informatizzato ha permesso di individuare immediatamente le patologie associate agli eventi sentinella, trasferimenti urgenti e morti. La creazione di PCA ad hoc ha favorito la stabilità del sistema all'interno della clinica riducendo la formazione di nuovi eventi sentinella.

LIMITI Un eventuale limite all'utilizzo di tale procedura è sicuramente un sistema di raccolta dati inaffidabile o incompleto.

CONCLUSIONI La multidisciplinarietà del team ha permesso un esame dettagliato dell'attività della clinica, dall'area prettamente medica all'area economica, ingegneristica e normativa. La formazione ha contribuito ad una maggiore consapevolezza dei rischi e delle possibili responsabilità giuridiche.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Molinaro Martina	Istituzione	HTAcamp
Telefono	06 5033549	Indirizzo	
Fax		CAP	
E-mail	martinamolinaro90@gmail.com	Città	Roma

81. Utilizzo dello strumento AGREE per la valutazione della qualità di Linee Guida per la promozione della salute da parte di operatori non sanitari**Sestini P, Milia A***Università degli Studi di Siena*

BACKGROUND Lo strumento AGREE è comunemente utilizzato per la valutazione della qualità delle Linee Guida da parte di operatori sanitari. Nel campo della promozione della salute, tuttavia, gli utilizzatori finali delle Linee Guida spesso non sono operatori sanitari.

OBIETTIVI Verificare se lo strumento AGREE si presti ad essere utilizzato da operatori non sanitari per la valutazione di linee guida per la promozione della salute.

METODI Abbiamo sottoposto le Linee Guida del CCM per la qualità dell'aria indoor nell'ambiente scolastico alla valutazione tramite lo strumento AGREE II da parte di 5 dirigenti scolastici e di 2 operatori sanitari con esperienza del loro utilizzo in campo clinico.

RISULTATI Le valutazioni dei dirigenti scolastici sono risultate omogenee in tutti i domini eccettuato il dominio 3, Rigore di Sviluppo, in cui hanno avuto problemi ad interpretare i termini tecnici. Negli altri domini i punteggi sono risultati omogeneamente alti eccetto nel 2 (Coinvolgimento delle parti interessate) e 5 (Applicabilità). La verifica da parte degli operatori sanitari ha confermato che queste parti presentavano gravi carenze (non erano specificate le professioni presenti fra gli autori e non erano trattati né risorse né possibili ostacoli alla implementazione).

LIMITI Abbiamo studiato una sola Linea Guida e una sola categoria professionale, di livello intellettuale medio-alto.

CONCLUSIONI Lo strumento AGREE può essere utilizzato con successo e soddisfazione da operatori non sanitari, ma le LG devono essere scritte considerando che questi non hanno le competenze tecniche e il linguaggio proprio degli operatori sanitari, specie nelle parti relative alla valutazione delle evidenze scientifiche. Potrebbe essere aggiunta una domanda riguardo alla comprensibilità del testo nel dominio Rigore di Sviluppo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Sestini Piersante	Istituzione	Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese
Telefono	0577 586710	Indirizzo	Viale Mario Bracci, 16
Fax		CAP	53100
E-mail	piersante.sestini@unisi.it	Città	Siena

82. Dismissione di un Acceleratore Lineare (LINAC) in un centro di RadioTerapia (RT) oncologica: analisi HTA
Signor MA, Fongione S, Fasola G, Ferruggia M, Guarrera G
<i>AOU Udine - Santa Maria della Misericordia di Udine</i>

BACKGROUND Dal 1997 è in uso un LINAC, Dual Energy, per erogare RT con tecniche conformazionali standard. Il “bunker” sorge nella nuova sede RT di Udine, dove sono situati 4 bunker per 3 LINAC operativi e per un quarto in predicato d’acquisto.

OBIETTIVI Analisi delle conseguenze logistiche, gestionali, economiche, organizzative e sociosanitarie correlabili alla dismissione di un LINAC.

METODI Si sono analizzate le implicazioni logistiche, gestionali, economiche, organizzative relative ai carichi di lavoro, produttività e richiesta di trattamenti radianti. Si sono incrociati i dati con le indicazioni/requisiti tecnologici delle pubblicazioni ISTISAN, ESTRO e con gli obiettivi di produttività/budget aziendali e di Dipartimento.

RISULTATI Il LINAC, pur usurato per età e turnistica, è tecnologicamente valido per erogare trattamenti (tipo C) per 30 pazienti/die. Ogni turno di lavoro richiede: 180’ medico, 440’ per 2 tecnici RT, 30’ per un tecnico dosimetrista e 180’ per un infermiere da distaccare dalla SOC principale. L’incidenza di guasti tecnici (9 die di fermo) nel 2011, è verosimilmente condizionata dall’operatività per 12h/die (doppio turno); il contratto di manutenzione è pari a € 80000/anno. La riorganizzazione della cronologia e dei carichi di lavoro, introducendo un turno aggiuntivo a uno dei nuovi LINAC, non garantirebbe la stessa produttività implicando la rinuncia a trattare 8-10 pazienti/die. Ne deriverebbero incrementi dei tempi e delle liste d’attesa per ogni tipo d’indicazione clinica e la riduzione delle applicazioni di tecniche speciali.

LIMITI L’incidenza di guasti tecnici (9 die di fermo) nel 2011, è verosimilmente condizionata dall’operatività per 12h/die (doppio turno); il contratto di manutenzione è pari a € 80000/anno.

CONCLUSIONI La dismissione comporterebbe il risparmio economico del contratto di manutenzione e vantaggi logistici/organizzativi per la SOC/Dipartimento. La redistribuzione delle attività comporterebbe il riassorbimento solo di parte dei pazienti trattati e implicherebbe una riorganizzazione del lavoro su 3 LINAC con ricadute negative in produttività quanti/qualitativa, liste d’attesa e obiettivi sociosanitari concordati.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Signor Marco Andrea	Istituzione	AOU Udine - Santa Maria della Misericordia di Udine
Telefono	0432 767003	Indirizzo	Piazzale S. Maria della Misericordia, 15
Fax		CAP	33100
E-mail	signor.marco@aoud.sanita.fvg.it	Città	Udine

83. Chirurgia Laser (CL) vs Radioterapia (RT) nel trattamento del carcinoma T1 della laringe glottica (T1LG): analisi HTA per scenari attuali ed evolutivi in Friuli Venezia Giulia (FVG)

Signor MA, Fongione S, Martina G, Palma S, Vidale C, Guarrera G

AOU Udine - Santa Maria della Misericordia di Udine

BACKGROUND La CL e la RT offrono ottimi tassi di guarigione, rispettivamente 71-93% e 78-94%, validati da metanalisi retrospettive (livello III) con buoni risultati funzionali, più favorevoli per la RT (livello IV).

OBIETTIVI Confronto, attuale/evolutivo, della CL vs RT per la cura del carcinoma T1LG, come classificato da AJCC, in FVG, dove è stimata un'incidenza di 45 nuovi casi/anno.

METODI Da 6 database informatici (HTA engine, CRD, NHS Evidence, TRIP Database, Clinical Search Engine, Cochrane library e Pubmed) abbiamo selezionato 28 studi e confrontato le implicazioni tecnologiche, organizzative, gestionali ed economiche per due stakeholder: il paziente oncologico e l'azienda sanitaria. In Udine è in uso, dal 1991, il Laser a CO₂ "Sharplan 1050" della "Laser Industries LTD" (UK) vs, dal 2000, un CLINAC 600, della Varian (USA) ambedue sottoposte a revisione/manutenzione pianificata e programmi di Quality Assurance per la sicurezza di operatori e pazienti.

RISULTATI CL: 1) regime di ricovero ordinario che si protrae, mediamente, per 2 giorni; sono previste almeno tre successive valutazioni nel periodo di "post-dimissione"; utilizzo di una sala operatoria; 2) il personale minimo è costituito da 1 chirurgo, 1 strumentista, 1 infermiere perioperatorio, 1 anestesista, 1 nurse di anestesia. Le rispettive tempistiche cumulative sono di 30', 30', 30', 60' e 60', pari a 210' per la fase operatoria e 48 ore di ricovero; 3) a carico del paziente è la logistica per l'approccio ospedaliero in ricovero, in regime ordinario, con accompagnamento. Il costo di una giornata di degenza, in FVG, riferito all'anno 2003, ammontava a € 538; attualmente, il costo è stimabile intorno ai € 750. Applicando i principi e metodi dell'Activity Based Costing per la CL in 2 giorni di degenza si ottiene un costo complessivo pari a € 1789.9. Per DRG specifico del FVG con tariffario del 2007 per gli Ospedali di fascia A, indipendentemente dalle giornate di degenza, la CL rientra nel DRG 055 (codice diagnosi 161.0; codice procedura 30.22 con un rimborso pari a € 2.686. RT: 1) non vi sono controindicazioni assolute e il paziente è completamente autonomo, vincolato alla logistica dell'approccio ambulatoriale, per 33 Frazioni, richiedenti circa 20' ciascuna; 2) dieci essenziali tipologie di procedure rapportate a cinque figure professionali specialistiche coinvolte: medici, infermieri, fisici, tecnici radioterapisti e dosimetristi, singolarmente o in concomitanza operativa. Ne deriva, per un caso "standard", l'impiego 206' di tempo medico, 48' fisico, 80' infermieristico, 515' tecnico di RT e 32' tecnico dosimetrista per complessivi 881' (14 h e 41'); 3) a carico del paziente il costo diretto della logistica per i 34 approcci ambulatoriali; i costi indiretti sono resi minimi dalla tempistica complessiva di 657' richiesta al paziente. L'applicazione del Nomenclatore Prestazionale Tariffario Regionale, in atto dal 2001, e le stime di spesa derivabili dalle proposte di aggiornamento, in valutazione dal 2008, determina un computo di € 2363.9 e € 2690.9, rispettivamente. Applicando i criteri dell'Activity Based costing, il costo della RT è stimabile a € 628.2.

LIMITI Non vi sono dati disponibili a livello nazionale, mentre, a livello internazionale, le analisi e le considerazioni non sono univoche. Gli studi nordamericani indicano la radioterapia come il trattamento lievemente meno vantaggioso dal punto di vista economico, mentre quelli nordeuropei segnalano una sostanziale equivalenza. Gli studi riguardano sistemi sociosanitari ed economico/finanziari sostanzialmente diversi; ciò rende meno attendibile la comparazione dei dati offrendo plurime, diverse interpretazioni. Di conseguenza deve essere posta molta attenzione nella traslazione di conclusioni difficilmente adattabili a realtà assistenziali, gestionali e geopolitiche molto diverse tra loro ed è opportuna un'analisi HTA rapportata a livello regionale e/o interaziendale. Se applichiamo i principi dell'Evidence Based Medicine e dalla Good Clinical Practice, i due trattamenti rimangono alternativamente validi in termini di efficacia, risultati funzionali, sicurezza e, probabilmente, costi. Nella scelta tra una o l'altra opzione terapeutica possono rientrare in gioco variabili di tipo logistico, socio assistenziale e la disponibilità psicofisica alla diversa invasività; in definitiva, tali considerazioni ci permettono di corrispondere ai "desiderata", informati, dei pazienti rispettando anche i principi etici della nostra professione.

CONCLUSIONI La CL e la RT si distinguono profondamente per invasività, logistica, tecnologie, assetti strutturali e organizzativi. Per la CL sono indispensabili tempistiche cumulative pari a 3,5 h per la fase operatoria, 48 h di ricovero e 1 h per i controlli. Per la RT sono definibili tempistiche per complessive 14h e 41'. I costi sono sostanzialmente equivalenti applicando i criteri tariffari in uso, favorevoli alla RT utilizzando l'ABC. Le implicazioni economiche devono essere rapportate alle peculiarità socio assistenziali ed economiche a livello regionale e/o interaziendale. Ciò riafferma il ruolo centrale del paziente nella scelta, informata, del percorso terapeutico.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Signor Marco Andrea	Istituzione	AOU Udine - Santa Maria della Misericordia di Udine
Telefono	0432 767003	Indirizzo	Piazzale S. Maria della Misericordia, 15
Fax		CAP	33100
E-mail	signor.marco@aoud.sanita.fvg.it	Città	Udine

84. Esperienze di Sanità d’iniziativa: studio, sperimentazione e valutazione di un modello di presa in carico territoriale di malati BPCO da parte dell’Infermiere Case Manager dei Nuclei di Cure Primarie AUSL di Bologna

Silvestro A, Bianconcini M, Grassi Pirrone G, Franchi F, Pandolfi P, Descovich C

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND Negli ultimi anni, i bisogni crescenti dei pazienti cronici, hanno evidenziato i limiti della medicina tradizionale “di attesa” e portato a sviluppare modelli organizzativi di assistenza in grado di intercettare il bisogno di salute prima che la malattia si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali in maniera diversificata e flessibile. Uno dei modelli proposti, in grado di garantire la presa in carico di malati cronici, secondo una logica di medicina di “iniziativa”, è rappresentato dall’identificazione del Case Manager. Nel caso specifico della BPCO, il case management infermieristico, può svolgere un ruolo strategico nell’applicabilità di quanto auspicato dalle più recenti Linee Guida influenzando positivamente l’impatto socio-sanitario della malattia. A tutt’oggi però la reale efficacia di programmi di presa in carico territoriale di malati BPCO non è ancora stata indagata completamente, soprattutto non ci sono evidenze riguardo la riduzione dell’utilizzo di risorse sanitarie, il miglioramento della qualità di vita in questi malati e la forma e il contenuto dei programmi di educazione all’autogestione.

OBIETTIVI 1) Definire ruolo, funzioni e modello d’intervento nei confronti del malato BPCO dell’infermiere Case Manager (ICM) nell’ambito dei Nuclei di Cure Primarie (NCP). 2) Sperimentare la presa in carico territoriale di malati BPCO secondo un logica di assistenza d’iniziativa da parte di ICM con formazione specifica. 3) Valutare l’impatto della presa in carico territoriale rispetto ad alcuni outcomes: miglioramento della qualità della vita, (endpoint primario); l’aderenza terapeutica, stili di vita, il profilo di utilizzo dei servizi sanitari, (endpoint secondario).

METODI Lo studio e la sperimentazione del modello di presa in carico ha utilizzato l’approccio della “formazione intervento” che ha coinvolto professionisti infermieri dei 6 NCP partecipanti. La presa in carico territoriale da parte dell’ICP si è sviluppata nei 6 mesi successivi all’arruolamento in termini di offerta di interventi di tipo informativo/educazionale, counselling, organizzativi, monitoraggio clinico soprattutto domiciliari o attraverso follow-up telefonico sulla base di una valutazione iniziale e periodica del malato. Per la valutazione d’impatto, il disegno scelto è uno studio quasi-sperimentale con controllo storico (before - after) che si è basato su una serie di indicatori riferiti agli outcome sopradescritti costruiti sulla base di dati raccolti prima e dopo la presa in carico territoriale durata 6 mesi. Il target osservato è costituito da soggetti > 65 anni con diagnosi di BPCO 2°- 3° stadio con episodi di riacutizzazione gestiti a livello ospedaliero o domiciliare. La valutazione d’impatto è stata completata tramite studio di analisi di qualità percepita dei malati e ICM.

RISULTATI 12 professionisti infermieri hanno concluso il percorso “formazione Intervento” per un totale di 62 ore. Sono stati presi in carico 50 malati di BPCO, secondo il modello progettato, per 6 mesi nell’ambito di 6 aree territoriali dell’Azienda USL di Bologna. L’età media del campione era di 78.4 anni con un range che variava da 62.8 a 93.8. Complessivamente, il 92% dei pazienti presentava comorbidità. Per quanto riguarda la qualità di vita il confronto dei dati relativamente al punteggio totale della scala di valutazione specifica utilizzata ha evidenziato un peggioramento medio pari a 3.5 punti e statisticamente significativo con un p-value = 0.027 (punteggio medio before 57.4, quello after 60.9.). Mentre il confronto pre-post riferito alle ospedalizzazioni per riacutizzazione BPCO ha evidenziato una diminuzione pari a 14 ricoveri (0.3 in media) che raggiunge la significatività statistica con un p-value = 0.015. Questa significatività rimane valida ($p = 0.025$) considerando il numero di giorni di ricovero: 424 giorni di ricovero totale nel before (8.48 in media), 93 giorni di ricovero nell’after (1.86 in media). Il confronto dei dati pre-post riferiti agli indicatori per misurare l’aderenza terapeutica e gli stili di vita non ha evidenziato miglioramenti o peggioramenti statisticamente significativi. Dalla valutazione di qualità percepita dei malati emerge che 74% dei malati ritiene che il programma abbia migliorato il loro stato di salute generale.

LIMITI Numero soggetti presi in carico inferiore rispetto a quanto ipotizzato nel disegno di studio.

CONCLUSIONI Nonostante l’età avanzata e l’alta percentuale di comorbidità della popolazione studiata, lo sviluppo del progetto ha fatto emergere risultati positivi che motivano l’ampliamento del modello sperimentato ad altri target di malati con patologie e comportamenti di utilizzo dei servizi sanitari simili. Gli strumenti adottati per il monitoraggio del paziente e la valutazione delle competenze per il Self Management sono integrabili nella documentazione dell’assistenza domiciliare e permetteranno di documentare e migliorare importanti passaggi della presa in carico infermieristica dei malati cronici.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Bianconcini Monica	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6584973	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax	051 6584834	CAP	40124
E-mail	monica.bianconcini@ausl.bologna.it	Città	Bologna

85. La valutazione del Benessere Organizzativo fra i dipendenti: la realizzazione di un'indagine

Storti M, Acqua A

Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino

BACKGROUND La salute organizzativa sta diventando sempre più un argomento di interesse nazionale a causa del moltiplicarsi delle norme e delle direttive che vi fanno riferimento in particolare il D.lgs. 81/2008 richiede di porre attenzione alla valutazione dei rischi psico-sociali in azienda ed ai fenomeni che possono facilitare il malessere psico-fisico del lavoratore.

OBIETTIVI L'obiettivo di questa survey è stato quello di valutare il benessere organizzativo aziendale.

METODI Per la conduzione dello studio è stato utilizzato un disegno descrittivo trasversale e multicentrico. Sono stati eleggibili allo studio tutti i dipendenti. Nel complesso la popolazione interessata era pari a circa 2.000 lavoratori sia della dirigenza come del comparto. Per la raccolta dei dati ci si è basati sul questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa (MOHQ) il quale esplora 12 dimensioni del benessere organizzativo. Il protocollo dello studio è stato approvato dalla Direzione strategica dell'ULSS n. 5 "Ovest Vicentino".

RISULTATI Il questionario è stato somministrato a 1964 dipendenti dell'Azienda ULSS 5 "Ovest Vicentino". I questionari restituiti sono stati 1881 di cui 1818 ritenuti validi per l'analisi statistica (con un tasso di risposta 92,56%). Le risposte alle voci che indagano sui "frequenti contatti con le persone" e sulla "diretta responsabilità del lavoro" risultano particolarmente critiche ed incidono significativamente sulla percezione piuttosto elevata di una certa fatica mentale, unitamente alla sensazione di sovraccarico di lavoro, anche di tipo emotivo. Tra le caratteristiche maggiormente soddisfacenti da parte del personale risultano l'"Intensa collaborazione fra colleghi" ed un'"Efficienza organizzativa". Complessivamente la percezione dello stress è maggiore fra i dipendenti ospedalieri e meno avvertita nel Dipartimento di Prevenzione.

LIMITI Il limite principale verte sul fatto che tra i dirigenti prevale nettamente il sesso maschile; tale aspetto ha reso difficile svolgere delle analisi sotto-campionarie.

CONCLUSIONI Il clima rilevato può fornire elementi per la rimodulazione dei rapporti interpersonali e rappresentare non solo un momento di riflessione ma anche costituire un potente strumento di cambiamento organizzativo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Storti Matteo	Istituzione	Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino
Telefono	339 1061035	Indirizzo	Piazza Martiri della Libertà, 9
Fax	0444 431293	CAP	36045
E-mail	p.storti@libero.it	Città	Lonigo

86. La valutazione dell'impatto formativo in un pool di eventi formativi residenziali del 2011 nell'azienda ULSS 5 "Ovest Vicentino"

Storti M, Pegoraro F, Magrin L

Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino

BACKGROUND La valutazione post evento dell'efficacia sull'impatto formativo di corsi organizzati dalle aziende sanitarie ha cominciato a svilupparsi solo negli ultimi anni, anche come conseguenza di normative che la impongono, divenendo uno strumento irrinunciabile non soltanto degli organizzatori del corso ma anche dei partecipanti e dei docenti. Una buona e mirata formazione del personale si pone come fattore di successo la valutazione del percorso di apprendimento di ciascun partecipante. Analizzando l'intero percorso di formazione del personale ci si pone alcuni quesiti che potrebbero essere risolti con l'adozione della valutazione post evento. Tali domande sono sintetizzate a seguire: - Con quali risultati e come si conclude l'attività formativa realizzata - Quali cambiamenti effettivi ha prodotto l'evento - Quali cambiamenti sono stabiliti - Quali cambiamenti sono inaspettati - Questi cambiamenti sono rilevabili nel tempo. Da questa analisi di contesto e considerando i quesiti espressi, è sorta la, motivazione del presente lavoro di ricerca.

OBIETTIVI Con la presente premessa è nato lo scopo della presente ricerca ovvero quello di valutare l'impatto formativo di 15 corsi di formazione continua organizzati e svolti dall'ULSS 5.

METODI Nel 2011 è stata sviluppata una Scheda di valutazione impatto formativo. Per una sua validità la Scheda è stata somministrata in modo randomizzato a 6 Responsabili Scientifici di 6 eventi dell'anno 2011 e tale dato è stato considerato anche per la Certificazione Qualitativa del Servizio (UNI EN ISO 9001: 2008). Dai primi mesi del 2012 la Scheda di valutazione di impatto dell'evento formativo è stata revisionata ulteriormente e perfezionata fino alla sua versione definitiva avvenuta nell'aprile 2012. La Scheda è stata somministrata a tutti i partecipanti di 15 eventi formativi più significativi svolti nell'anno 2011. La distribuzione delle schede è avvenuto per via telematica e il periodo di raccolta dati è stato pari a 30 giorni. Prima della distribuzione delle schede è stato contattato il Responsabile Scientifico.

RISULTATI Complessivamente sono state raccolte 201 schede con una distribuzione non omogenea fra la numerosità dei compilatori di ciascun corso. Il tasso di risposta maggiore è stato ottenuto nel corso dal titolo "Il trauma nell'infanzia e nell'adolescenza: l'intervento sulle memorie traumatiche" con oltre il 92% dei test restituiti correttamente. A metà si colloca il corso "EBM: Corso Base" con oltre il 50% di restituzione delle schede. Il corso con minore tasso di risposta ha il titolo di "Le comunità terapeutiche psichiatriche a 10 anni dalla istituzione: quali pazienti e quali indicatori di qualità" con un tasso di risposta del 5%.

LIMITI La Scheda di valutazione di impatto formativo non ha è stata sviluppata sulla base dell'esperienza senza poi seguirne tutte le tappe di una sua validazione e questo aspetto ne determina un limite. Essendo uno studio pilota è possibile che da questa esperienza si elaborino progetti che coinvolgono più aziende sanitarie allo scopo di incrociare i dati raccolti.

CONCLUSIONI Valutare l'impatto formativo e, successivamente, condividere delle azioni di miglioramento è un aspetto che rientra nel percorso formativo di un evento. Il limite principale di tale progetto consiste nel fatto che 6 corsi su 15 hanno una rispondenza bassa (inferiore al 30%). Infatti la rispondenza rappresenta un aspetto cruciale della generalizzabilità dei risultati derivanti dal campione. Un alto tasso di risposta consente di limitare gli errori sistematici che potrebbero inficiare pesantemente sulla qualità metodologica del lavoro.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Storti Matteo	Istituzione	Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino
Telefono	339 1061035	Indirizzo	Piazza Martiri della Libertà, 9
Fax	0444 431293	CAP	36045
E-mail	p.storti@libero.it	Città	Lonigo

87. La misurazione del dolore nel paziente affetto da demenza: una rassegna degli strumenti più appropriati

Storti M¹, Bertozzo E²

¹Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino, ²Infermiera

BACKGROUND Il dolore è il più frequente sintomo nell'anziano affetto da demenza e nonostante la sua presenza è ancora oggi sotto-rilevato e sotto-trattato. Il migliore approccio all'accertamento del dolore è quello di rilevarlo con le scale più appropriate. È assodato che la più accurata rilevazione del dolore nel paziente affetto da grave deficit cognitivo è basata su scale di tipo osservazionali.

OBIETTIVI L'obiettivo di questa revisione è quello di ritrovare scale di tipo osservazionali utili per la rilevazione del dolore nel paziente affetto da decadimento cognitivo.

METODI La revisione della letteratura si è basata attraverso la consultazione dei più importanti database bio-medici ed in particolare Medline (PubMed), Cinahl, Cochrane, Embase. Le parole chiave interscambiate sono state: "pain measurement", "pain assessment", "dementia", "validation study", "aged". Tutte le parole chiavi sono state associate attraverso gli operatori booleani AND e OR.

RISULTATI Complessivamente sono state reperite 17 scale di tipo osservazionale di cui 5 validate nella lingua italiana. I risultati mostrano come vi sia la presenza di numerose scale di valutazione del dolore e per ciascuna di esse vi sono delle potenzialità e dei limiti. Ora le scale più impiegate in Italia per tale categoria di popolazione sono la scala ABBEY, la scala PAINAD e la scala NOPPAIN. Interessante è che sia la scala ABBEY che la scala NOPPAIN sono state validate nel territorio vicentino.

LIMITI Il limite più importante è che la revisione è stata condotta prevalentemente da un ricercatore pertanto, nonostante avesse utilizzato griglie standard di valutazione critica degli studi, non c'è stato un confronto.

CONCLUSIONI Il dolore nel paziente anziano affetto da grave deficit cognitivo è un problema molto frequente che comporta l'adozione sinergica di esperienza del professionista ma anche della possibilità di impiegare le opportune scale. I risultati della presente pubblicazione indirizzano il clinico a scegliere la scala più agevole considerando anche altri elementi come il grado di deficit cognitivo, il tempo da dedicare alla rilevazione, le risorse da impiegare.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Storti Matteo	Istituzione	Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino
Telefono	339 1061035	Indirizzo	Piazza Martiri della Libertà, 9
Fax	0444 431293	CAP	36045
E-mail	p.storti@libero.it	Città	Lonigo

88. Indagine pilota sul vissuto di malattia in alcuni pazienti affetti da sindrome di Tako Tsubo

Storti M¹, Fanchin G², Storti E², Cogolato A², Sellaro C², Lampreda M², Marangoni R², Segala P²

¹Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino, ²Azienda ULSS 6 Vicenza

BACKGROUND La cardiomiopatia tipo tako-tsubo è una sindrome identificata solo negli ultimi vent'anni. In letteratura sono stati descritti numerosi casi clinici ma esistono poche raccomandazioni sugli interventi terapeutici a breve, medio e lungo termine.

OBIETTIVI L'obiettivo del presente lavoro è quello di indagare il vissuto dei pazienti con pregressa sindrome di tako-tsubo individuando i loro bisogni assistenziali.

METODI Sono stati contattati i pazienti, tutti maggiorenni, afferenti al servizio di Emodinamica dell'ULSS n. 6 di Vicenza nel periodo compreso tra il 2008 ed il 2010. Ogni soggetto ha aderito spontaneamente all'intervista acconsentendo tramite consenso. Prima dell'avvio alla raccolta dei dati è stato ottenuto parere favorevole del Comitato Etico aziendale e del Direttore dell'unità operativa. Tutte le interviste sono state sbobinate fedelmente e riportate in formato Microsoft Office Word 2007 garantendo l'anonimato.

RISULTATI Sono state intervistate 10 femmine con un'età media di 66 anni (range 60-75). Dall'analisi delle interviste emerge una forte correlazione fra l'esordio della sindrome e un intenso stress emotivo con una rappresentatività del 100% fra i soggetti intervistati. Inoltre 9 pazienti su 10 hanno riferito di avere modificato il proprio stile di vita, ma allo stesso momento avrebbero desiderato maggiori raccomandazioni inerenti l'educazione sanitaria.

LIMITI La numerosità del campione rimane un limite forte di questo studio. Infatti sono necessari ulteriori studi che approfondiscano i risultati della presente indagine.

CONCLUSIONI Dall'indagine conoscitiva è emersa l'esigenza di promuovere uno stile di vita sano nei pazienti con sindrome di tako-tsubo e di monitorare, nel corso del tempo, le loro abitudini di salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Storti Matteo	Istituzione	Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino
Telefono	339 1061035	Indirizzo	Piazza Martiri della Libertà, 9
Fax	0444 431293	CAP	36045
E-mail	p.storti@libero.it	Città	Lonigo

89. L'utilizzo della tecnica ad ultrasuoni FAST eseguita dagli infermieri del Dipartimento di Emergenza: una revisione sistematica

Storti M¹, Musella L¹, Cianci V²

¹Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino, ²International Training Center (ITC) WINFOCUS Vicenza

BACKGROUND La metodica Focused Assessment Sonography for Trauma (FAST) è considerata il gold standard della valutazione sul luogo dell'incidente nel paziente con trauma addominale chiuso tanto da aumentarne l'uso anche da parte di professionisti non radiologi, ma anche del personale che opera in emergenza come l'infermiere.

OBIETTIVI Lo scopo di questa revisione sistematica è quello di valutare l'efficacia dell'ecografia FAST eseguita dagli infermieri del dipartimento di emergenza.

METODI Sono state consultate 7 banche dati di letteratura primaria e secondaria e visionate 3 riviste nazionali attinenti al settore. La revisione è stata condotta tra Marzo ed Agosto 2011 costruendo 9 stringhe di ricerca adattate con gli operatori booleani. Gli articoli visualizzati sono stati valutati criticamente da due autori in modo indipendente ed il terzo ne valutava eventuali discordanze. Non sono state applicate né restrizioni di lingua né di tempo di pubblicazione. Complessivamente sono stati visualizzati 4767 documenti ma solo 4 pertinenti alla revisione.

RISULTATI In totale sono state incluse 1035 ecografie FAST svolte da personale infermieristico. I risultati mostrano che l'impiego dell'ecografia FAST eseguita dagli infermieri addestrati è molto efficace, stabilendo una sensibilità dell'84% (95% CI 72.1-92.2) ed una specificità del 97,37% (95% CI 92.55-99.10). Il tempo di esecuzione pratica aveva una media di 156 secondi (2.6 minuti), tempo mediano di 138 secondi (range=76 a 357). Solo in uno studio veniva specificato in modo dettagliato il tipo di corso formativo che dovevano frequentare gli infermieri.

LIMITI Il limite principale è che essendo un argomento pionieristico vi è una bassa disponibilità di studi in tale settore. Inoltre la conduzione degli stessi è fatta in modo non simile. Tutti gli studi valutati sono di tipo osservazionale.

CONCLUSIONI In conclusione l'ecografia FAST eseguita dal personale infermieristico trova un peso importante nella gestione delle emergenze e nei processi specifici di triage in quanto vero e proprio strumento di screening.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Storti Matteo	Istituzione	Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino
Telefono	339 1061035	Indirizzo	Piazza Martiri della Libertà, 9
Fax	0444 431293	CAP	36045
E-mail	p.storti@libero.it	Città	Lonigo

90. Studio pilota di implementazione della collaborazione interprofessionale tra medici ed infermieri

Tirotta D, Ruggeri C, Vogrig N, Massi P, Durante V

Azienda USL di Rimini

BACKGROUND I continui cambiamenti organizzativi esterni hanno spinto una serie di riorganizzazioni interne ai Reparti di Medicina Interna, nel tentativo di ridurre l'errore (prevalentemente inteso come GAP legato a confini organizzativi e processi assistenziali). Si è, in particolare, molto discusso sulla modalità del giro visita (congiunto, disgiunto), sull'opportunità della gestione informatizzata della cartella clinica e sulla collaborazione interprofessionale. Nella nostra UO nel corso del 2012 sono stati implementati due cambiamenti organizzativi: la sperimentazione della cartella informatizzata (nell'ambito di un progetto aziendale) e la costituzione di briefing giornalieri interprofessionali. Scopo del presente studio è valutare l'impatto congiunto dell'implementazione di questi interventi nella nostra realtà.

OBIETTIVI Obiettivo del presente studio è valutare l'impatto di un intervento di collaborazione interprofessionale (adozione della cartella clinica informatizzata con modalità interprofessionale e promozione di briefing interprofessionali prima del giro visita, volti soprattutto alla pianificazione medica e infermieristica) sul miglioramento dei processi di cura e sui risultati stessi dei processi di cura, anche in termini qualitativi.

METODI Lo studio si articola in due fasi. In una fase preliminare abbiamo effettuato una ricerca sensibile sulle principali banche dati di revisioni sistematiche circa interventi di collaborazione interprofessionale nel giro visita. Abbiamo quindi analizzato nella nostra realtà le differenze in termini di indicatori di processo (durata di degenza) e di esito (mortalità, riammissioni ospedaliere entro un mese dalla dimissione, eventi avversi segnalati) nei 5 mesi precedenti l'intervento di implementazione e nei 5 mesi di implementazione (gennaio-maggio 2012: 503 ricoveri, vs giugno-ottobre 2012: 426 ricoveri). È prevista una successiva valutazione qualitativa sulla soddisfazione degli utenti e del personale mediante questionario.

RISULTATI Dalla ricerca in letteratura abbiamo ottenuto tre revisioni sistematiche; entrambe non evidenziano differenze significative inerenti gli outcome analizzati. Anche nel nostro studio non si osservano differenze significative in termini di: durata di degenza (T1 8.37 giorni, T2 8.44 g), mortalità (T1 4.9%, T2 4.4%), riammissioni ospedaliere (T1 4.9%, T2 5.1%). È presente una tendenziale riduzione di near miss segnalati (3 vs 1) nella fase di implementazione.

LIMITI Si segnalano alcuni bias, talora insiti nella misurazione di sistemi complessi, in particolare la valutazione è stata inficiata dall'elevato turnover del personale nel periodo in esame e dall'iniziale implicita resistenza al cambiamento, dalle differenti comorbidità e caratteristiche di popolazione nei due tempi, infine dal breve periodo considerato.

CONCLUSIONI La letteratura suggerisce che interventi di implementazione di collaborazione produrrebbero vantaggi moderati e inerenti i processi di cura, più che i risultati degli stessi, consiglia, tuttavia, una ricerca supplementare, con campioni di dimensioni maggiori e qualitativa, atta a identificare gli ostacoli alla collaborazione. Nella nostra esperienza gli interventi di collaborazione interprofessionale sembrano associarsi ad una riduzione degli eventi avversi e near miss, senza, tuttavia, significative variazioni circa i processi di cura ed i loro esiti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Tirotta Daniela	Istituzione	Ospedale di Cattolica - Cervesi
Telefono	0541 966291	Indirizzo	Via Beethoven, 1
Fax		CAP	47841
E-mail	danitrotta@libero.it	Città	Cattolica

91. Comparazione dell'efficacia dei dispositivi occlusivi vascolari Vs compressione manuale e meccanica dopo angiografia diagnostica e angioplastica: studio retrospettivo

Tommasini C¹, Riva D², Spagnolo C³, Cassin M³, De Paoli A¹

¹Università degli Studi di Udine - Corso di Laurea In Infermieristica sede di Pordenone, ²Azienda ULSS n. 10 Veneto Orientale, ³Azienda Ospedaliera di Pordenone - Santa Maria degli Angeli

BACKGROUND I pazienti sottoposti a coronarografia diagnostica o angioplastica transluminale possono presentare complicanze maggiori e minori la cui frequenza varia tra 1,5% al 9%. Per prevenire tali complicanze, numerosi dispositivi per l'emostasi e per l'occlusione vascolare sono stati sviluppati sia per velocizzare l'emostasi per permettere una più precoce rimozione dell'introduttore, una ripresa della deambulazione e per aumentare il comfort del paziente. In una metanalisi che comparava i dispositivi occlusivi vascolari vs. la compressione manuale, il rischio relativo di ematoma maggiore, di sanguinamento, di fistola aterovenosa e di pseudaneurisma non è risultato significativamente aumentato mentre il tempo per l'emostasi è risultato inferiore nel gruppo a cui sono stati applicati i dispositivi occlusivi rispetto alla compressione manuale. Attualmente esistono diversi dispositivi occlusivi vascolari quali: - collagene per la chiusura extravascolare (Angioseal®) - suture interne (Perclose®) - punti metallici e graffette biorassorbibili (StarClose®) - cerotti-spugne esterne (D.Stat®). Accanto alla compressione manuale (CM) ci sono sistemi di compressione meccanica di tipo pneumatico con manometro di pressione. In base al dispositivo utilizzato vi sono implicazioni in merito alla ripresa della mobilità e il recupero dell'autonomia del paziente; infatti la ripresa può iniziare dopo 4 o 12h. Ad oggi non è ancora risolto quale dispositivo sia più efficace nel favorire l'emostasi e nel ridurre il rischio di complicanze.

OBIETTIVI - Descrivere e rilevare le diverse metodiche per la compressione vascolare utilizzate e i diversi tipi di accesso arterioso utilizzati. - Stimare l'associazione dei dispositivi con l'insorgenza di complicanze.

METODI Studio osservazionale retrospettivo Outcome principale qualsiasi complicanza post procedura immediata o ad un mese: ematoma = 5 cm, o < 5 cm, sanguinamento espresso con perdita di emoglobina = 3 gr/dl, pseudaneurisma, fistola aterovenosa, chirurgia vascolare per complicanze arteriose, infezioni. Campione costituito da tutti i soggetti adulti sottoposti a coronarografia diagnostica e angioplastica transluminale standard elettiva di età = a 18 anni ricoverati presso l'UTIC e Cardiologia di Pordenone. Sono stati esclusi pazienti portatori di Pace maker temporaneo o definitivo e con patologie vascolari periferiche. Variabili rilevate mediante griglia elaborata ad hoc con la quale è stata analizzata la documentazione sanitaria, dopo aver ottenuto il parere favorevole della Direzione. Sono stati calcolati indici di distribuzione e per verificare l'associazione tra complicanze, i diversi metodi di occlusione vascolare e accessi vascolari sono stati utilizzati test chi-quadro e test esatto di Fisher, considerando significativi i valori di p = 0,05.

RISULTATI Dal 1 Febbraio al 30 Aprile 2010 sono stati sottoposti a coronarografia e/o angioplastica 348 pazienti 296 dei quali sono stati arruolati. Delle 296 cartelle analizzate, il 70,3% si riferiscono a pazienti maschi (età media 67 anni: range 34-89). Le procedure effettuate sono state 321 in quanto alcuni pazienti sono stati sottoposti a due tipi di accesso arterioso e altri sono stati sottoposti a due procedure durante lo stesso ricovero. In 194 casi (60,4%) la procedura di coronarografia e/o angioplastica è stata eseguita attraverso accesso arterioso radiale mentre nel 38,9% tramite accesso femorale. Le tecniche di emostasi utilizzate sono state la CM in 87 procedure (27,1%), seguita dal dispositivo AngioSeal usato in 27 procedure (8,4%) e il Perclose in 12 casi (3,7%). Sul totale delle procedure eseguite, si sono verificate complessivamente 47 complicanze riferite a 39 pazienti. Su 194 procedure per via transradiale, 23 hanno sviluppato complicanze mentre su 125 procedure per via femorale 16 hanno riportato complicanze. La complicanza più frequente nell'accesso radiale è stata l'ematoma (18/27), seguita dal sanguinamento (6/27) e dall'occlusione arteriosa (2/27). Nell'accesso femorale, l'ematoma si è verificato nel 75% dei casi (12/20) e il sanguinamento nel 15% dei casi (3/20). Dall'analisi mediante test esatto di Fisher, non sono risultate associazioni statisticamente significative tra accesso radiale vs. accesso femorale, AngioSeal vs. CM; Perclose vs. CM; associazione Perclose vs. AngioSeal e qualsiasi complicanza. Il sesso è l'unico fattore che sembra essere significativamente associato alle complicanze. L'Odds Ratio di sviluppare complicanze nelle femmine è risultato di 2,85 (IC 95%, 1.4-5.6).

LIMITI Bias di informazione derivante dalla qualità dei dati nella documentazione sanitaria. La limitata numerosità campionaria e di eventi non ha permesso stimare il rischio.

CONCLUSIONI L'accesso arterioso radiale è stato il più utilizzato e la complicanza comune per tipo di accesso e tecnica di emostasi riscontrata è stato l'ematoma. I risultati di questo studio non permettono di identificare la tecnica più efficace per l'emostasi ma sono una prima base dati utile per monitorare gli esiti.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Tomassini Cristina	Istituzione	AO Pordenone - Santa Maria degli Angeli
Telefono	0434 239482	Indirizzo	Via Montereale, 24
Fax	0434 239419	CAP	33170
E-mail	cristina.tommasini@uniud.it	Città	Pordenone

92. Il sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica a Trieste

Trabona R, Mislej M

ASS n. 1 Triestina

BACKGROUND Oggi l'ospedale per acuti si trova sempre più a contatto con lo scottante problema della dimissione precoce a fronte di un'epidemiologia socio-sanitaria caratterizzata da criticità clinica e sociale (solitudine, abbandono, scarsa compliance familiare, problemi economici, disgregazione del tessuto sociale, ripetitività dei ricoveri ospedalieri, insufficienza dell'assistenza domiciliare e scarsità di presidi territoriali).

OBIETTIVI Garantire a tutti i ricoverati con bisogni clinici, assistenziali e sociali complessi (prescindendo dall'età e dalla patologia) una costante integrazione tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali, promuovendo in particolare nuovi modelli di organizzazione sanitaria centrati sull'assistenza territoriale.

METODI Le continuità assistenziali avvengono attraverso l'utilizzazione di tre schede: "area medica e specialistica"; "area chirurgica e specialistica"; "Pronto soccorso". Entro 72 ore dal ricovero il responsabile infermieristico di reparto attiva la segnalazione di "deospedalizzazione protetta" attraverso l'invio della scheda deospedalizzati al distretto di appartenenza. Entro 72 ore dalla segnalazione il personale infermieristico del Servizio Infermieristico Distrettuale (SID) valuta il caso in reparto, approfondisce le problematiche segnalate, incontra se necessario i familiari dell'assistito e/o eventuali care-givers, si raccorda con il medico di famiglia, redige un piano assistenziale personalizzato, compila la scheda nella parte di propria competenza e stabilisce l'esito finale della valutazione attivando i servizi e le risorse necessarie (SID, Residenza Sanitaria Assistenziale, Hospice, struttura protetta, polifunzionale, servizi sociali, ecc.).

RISULTATI Nel corso degli anni si è ridotto notevolmente il tasso di ospedalizzazione degli over 75enni dell'azienda ospedaliera triestina: dal 1998 al 2011 è passato da 470 a 342 su mille. Alla riduzione del tasso ha concorso anche lo sviluppo del Servizio infermieristico domiciliare che nel 2011 ha raggiunto 7551 assistiti a domicilio e circa 1000 assistiti nelle strutture protette dei Comuni e nella RSA San Giusto, ma un ruolo innegabile lo sta giocando anche il sistema della continuità assistenziale. La continuità assistenziale è una delle funzioni dell'infermiere di comunità, non c'è presa in carico senza continuità assistenziale e viceversa. Presa in carico domiciliare e continuità assistenziale riducono i ricoveri medici ripetuti, documentati con tre ricerche effettuate nel 2007 e nel 2008. La prima, realizzata su un campione di soggetti affetti da BPCO, ha rilevato una riduzione dei ricoveri medici del 34,2%, la domiciliare abbinata alla continuità assistenziale infermieristica è fattore protettivo (RR = 0.62, 95% I.C. 0.47 - 0.79). Prescindendo dall'età e dalla patologia, su un campione di 150 assistiti della domiciliare, la seconda ricerca ha evidenziato una riduzione del 56,95% dei ricoveri medici (R.R. = 0.58, 95% I.C. 0.44 - 0,76). La terza ricerca, condotta su un campione di 102 assistiti a rischio di scompenso cardiaco, ha rilevato una riduzione del 69,94% dei ricoveri medici. Le deospedalizzazioni nel 1999 interessavano il 2.7% degli over 75enni e nel 2011 hanno interessato il 46.8%. Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2011 si sono realizzate 5351 deospedalizzazioni protette. Dal 2002 al 2011 il numero delle deospedalizzazioni è aumentato di quasi 14 volte passando da 391 a 5351.

LIMITI È utile evidenziare che gli assistiti dimessi dal Servizio infermieristico domiciliare, entrano nel sistema di follow-up. L'integrazione con i servizi sociali è attiva da lungo tempo ma ci si "scontra" ancora sui tempi d'intervento: veloci quelli sanitari, lenti quelli sociali. Al problema della tempistica, che è rilevante al fine di contenere la perdita delle abilità avviando precocemente un processo di abilitazione e riabilitazione, si aggiunge quello delle risorse sociali che scarseggiano notevolmente.

CONCLUSIONI Il sistema della continuità assistenziale abbinato al Servizio infermieristico domiciliare in rete con i medici di medicina generale ed i servizi territoriali incide favorevolmente sulla riduzione dei ricoveri ripetuti e del tasso d'ospedalizzazione triestino. La realizzazione del pronto intervento domiciliare, da parte del Comune di Trieste, è un primo importante passo verso un'integrazione efficace ed efficiente del sistema della domiciliarità triestina. Si tratta di un servizio innovativo nato nel 2004 che consente immediati interventi a domicilio (assistenza alla persona, pasti, pulizie domestiche ecc.) per un breve periodo e prescindendo dal reddito della persona. È molto richiesto dagli infermieri della domiciliare per assicurare le deospedalizzazioni protette. I risultati sinora ottenuti fanno ritenere che il bisogno di continuità assistenziale è elevato e il suo margine d'azione, al fine di incidere positivamente sulla qualità di vita degli anziani a Trieste, è ancora molto ampio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Trabona Rosolino	Istituzione	ASS n. 1 Triestina
Telefono	040 3997143	Indirizzo	Via Sai, 1-3
Fax	040 3997182	CAP	34128
E-mail	rosolino.trabona@ass1.sanita.fvg.it	Città	Trieste

93. Integrazione tra ospedale e territorio nella gestione multidisciplinare delle lesioni ulcerative degli arti inferiori

Trabona R, Zortea RR, Sapienza R, Mellini E, Stocca G, Coceani F, Petrinka E, Geletti M, Sancin D, Colia R

ASS n. 1 Triestina

BACKGROUND In un'ottica orientata al miglioramento della qualità della vita delle persone e in una logica di continuità assistenziale, l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina" e l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Trieste hanno istituito nel 2008 un innovativo e ormai collaudato servizio di presa in carico ambulatoriale e domiciliare, ad approccio interdisciplinare e interaziendale, sulle lesioni cutanee agli arti inferiori. Nel contesto della presa in carico della persona nei servizi infermieristici distrettuali le lesioni cutanee dell'arto inferiore sono da considerarsi una piaga sociale ed economica: annualmente in circa 1.000 dimissioni ospedaliere sono presenti una o più lesioni agli arti inferiori con importanti ripercussioni sulla qualità di vita delle persone e sul budget economico dei servizi sanitari.

OBIETTIVI L'obiettivo primario del servizio è quello di migliorare l'efficacia della presa in carico delle persone con ulcere agli arti inferiori attraverso la definizione di nuovi percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali e di un sistema di valutazione degli esiti su tutti i "nuovi casi presi in carico" con ulcere agli arti inferiori primitive o recidive (escluso il piede diabetico).

METODI Il servizio si è avvalso di un'indagine conoscitiva del fenomeno in ambito territoriale, della formazione teorico pratica degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza, dello sviluppo di competenze specifiche, della ricerca e sviluppo di Linee Guida, procedure e protocolli di Evidence Based Practice, della definizione dei livelli di cura e assistenza, dell'acquisizione di presidi e nuove tecnologie, della presa in carico in ambito ambulatoriale, dell'integrazione dei percorsi multidisciplinari in rete tra ospedale e territorio. A far tempo dal 1 giugno 2011 tutti i nuovi assistiti identificati con ulcere agli arti inferiori sono stati valutati con la scheda di monitoraggio dell'accertamento della diagnosi e della valutazione degli esiti a 12 settimane e a 6 mesi dalla data di accertamento della diagnosi. I dati della scheda sono stati informatizzati dall'infermiere esperto o referente in Wound Care in un database creato ad hoc in ogni singola sede ambulatoriale. Azioni: 1. valutare l'efficacia dei nuovi percorsi diagnostico-terapeutici; 2. valutare gli esiti su tutti i "nuovi casi presi in carico" con ulcere agli arti inferiori primitive o recidive. Indicatori: 1. numero di diagnosi accertate sul numero di percorsi diagnostici attivati; 2. percentuale di guarigioni sul totale delle ulcere trattate. Standard atteso: 1.95% di diagnosi accertate sul totale dei percorsi diagnostici attivati; 2. 50% di guarigione di tutte le ulcere a 6 mesi dalla data di accertamento della diagnosi.

RISULTATI L'istituzione del servizio di presa in carico infermieristica "in rete" ha consentito una diagnosi accertata dell'eziologia delle lesioni, l'utilizzo delle più recenti raccomandazioni di trattamento e la doverosa garanzia di osmotico utilizzo dei livelli assistenziali di base e specialistici. Tale osmosi ha reso efficace il processo di accertamento diagnostico e l'esito dei trattamenti: 1. Le diagnosi accertate sono state 204 su n. 206 percorsi diagnostici attivati (99%); 2. a 6 mesi dalla data di accertamento della diagnosi l'85,3% delle ulcere trattate ha avuto come esito la guarigione.

LIMITI Questa esperienza non ha potuto avvalersi del contributo di specialisti di altre discipline coinvolte nella gestione di questa patologia: ci si riferisce in particolare all'area degli specialisti coinvolti nella prevenzione e nel trattamento del piede diabetico.

CONCLUSIONI Un prezioso mezzo di continuità è stato rappresentato dalle linee guida individuate ed applicate, dal momento che le persone si sono affidate ai due ambiti, quello ospedaliero e quello territoriale, tesi a offrire un'esatta e condivisa cognizione del fenomeno, a trovare uno strumento condiviso che indichi ai professionisti coinvolti la via per le scelte e le soluzioni assistenziali, a evitare quelle "aberrazioni" assistenziali che sono spesso frutto dell'insufficiente scambio di opinioni. Le schede assistenziali utilizzate dal servizio interaziendale hanno permesso di confrontare le esperienze e il disagio delle persone con la valutazione clinico/assistenziale dell'infermiere e del medico. I risultati ottenuti non si vogliono comunque considerare esaustivi e tantomeno conclusivi del problema poiché il gruppo di lavoro è orientato verso la continua ricerca di un modello assistenziale qualitativamente idoneo alle persone affette da questa patologia. La condivisione dei linguaggi e delle pratiche ha consentito il confronto tra i partner della rete, assieme ai quali, a partire dalle criticità esistenti, si è sviluppato il processo di miglioramento continuo. La disponibilità dei saperi e non la detenzione dei poteri è stata la peculiarità che ha contraddistinto lo stile operativo dell'organizzazione del servizio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Trabona Rosolino	Istituzione	ASS n. 1 Triestina
Telefono	040 3997143	Indirizzo	Via Sai, 1-3
Fax	040 3997182	CAP	34128
E-mail	rosolino.trabona@ass1.sanita.fvg.it	Città	Trieste

94. Modelli Organizzativi: Prioritizzazione del lavoro attraverso la matrice di concordanza

Tripodi AM¹, Bartocconi F², Landi F¹, Molinaro M¹, Bonfiglio D¹, Morrone A²

¹HTAcamp, ²Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

BACKGROUND Uno dei metodi per supportare il decision making è proprio la matrice di concordanza. Utilizzando questo tool insieme ai dati raccolti all'interno della azienda è stato avviato il processo di selezioni dei percorsi più a rischio in azienda.

OBIETTIVI Individuare i percorsi critici associati a un numero > di eventi sentinella, morte e trasferimenti urgenti, con una metodologia accountable alla singola realtà e alle sue modifiche nel tempo.

METODI Lo studio è stato svolto dall'associazione HTAcamp nell'ambito della definizione delle Standard Operative Procedures (SOP) attraverso l'utilizzo della matrice di concordanza. I dati sono stati estratti dai database appositamente creati sui dati SDO e la matrice è stata sviluppata tramite il software Microsoft Excel. Abbiamo applicato a un numero M di alternative un numero N di caratteristiche, alle quali sono stati adattati secondo le necessità di scelta, dei pesi. È stato, successivamente, effettuato un brainstorming durante il quale sono state delineate le caratteristiche fondamentali della clinica nella quale abbiamo operato, e si è proceduto assegnando ad ognuna di queste un peso di importanza. Lo studio si è svolto, quindi, attraverso cinque principali fasi: la definizione della matrice di valutazione, la definizione dei criteri, l'assegnazione di criteri nella matrice delle Concordanze e il grafo di Surclassamento. Analizzando le valutazioni e correlandole al rispettivo peso il programma ha restituito l'ordinamento e la prioritizzazione. Successivamente è stata stilata una lista ufficiale contenente i percorsi a maggior rischio.

RISULTATI Il principale risultato consiste nell'aver in tempi ridotti definito la priorità tra le possibili scelte. È stato adattato il sistema alle necessità della clinica al momento attuale, ma trattabile nel tempo alla nuova necessità.

LIMITI Un sistema di raccolta di dati limitato o non attendibile può ostacolare una corretta analisi di prioritizzazione. Per fortuna nel nostro caso ciò non è avvenuto e le incongruenze dei dati sono state risolte manualmente.

CONCLUSIONI Il sistema è adattabile ad ogni tipo di scelta, rappresenta un valido strumento per la definizione delle priorità. Le caratteristiche principali sono: la tempistica, la semplicità dell'utilizzo e l'affidabilità, in quanto regolato da criteri matematici e pesi inseriti dal singolo stakeholder. Pertanto, la scelta indicata dal sistema sarà la più adatta al contesto oggetto di studio.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Molinaro Martina	Istituzione	HTAcamp
Telefono	06 5033549	Indirizzo	
Fax		CAP	
E-mail	martinamolinaro90@gmail.com	Città	Roma

95. Iniziative per lo sviluppo del “pensiero critico” fra gli infermieri dell’Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI)

Valcarenghi D, Pedrazzani C, Bianchi M

EOC - istituto Oncologico della Svizzera Italiana

BACKGROUND Da circa tre anni, l’Ufficio Sviluppo e Ricerca Infermieristica (USv-RI), in cooperazione con il management Infermieristico, è impegnato in un progetto di sviluppo di una cultura professionale orientata all’Evidence Based Practise (EBP) e alla ricerca infermieristica (abstract n° 66, 6^a C.N. GIMBE 2011). L’approccio è di tipo multifattoriale, prevedendo la contemporanea azione su aspetti diversi (organizzativi, informativi/formativi, di ricerca e di sviluppo del pensiero critico), convergenti verso un unico fine: migliorare e mantenere nel tempo alti standard di assistenza infermieristica per i pazienti. Inizialmente ci si è concentrati su aspetti organizzativi e di supporto informativo, come la costituzione di una rete interna di “referenti” per la ricerca infermieristica e lo sviluppo dell’EBP (abstract n° 23, 7^a C.N. GIMBE 2012) e poi con l’attivazione di uno SharePoint (da febbraio 2011), che consente la comunicazione e lo scambio di documenti e/o opinioni fra tutti gli infermieri dell’Istituto operanti in varie unità operative decentrate sul territorio del Canton Ticino. Successivamente sono state progettate alcune ricerche infermieristiche (finora 8), di cui tre finanziate dal nostro Istituto per un totale di circa 60.000 CHF. Quattro sono state concluse, due sono ancora in corso e una sarà avviata entro la primavera 2013 (una sola è stata per il momento sospesa). Ultimamente le azioni sono invece prevalentemente orientate alla formazione e allo sviluppo di un pensiero critico, che agevoli l’introduzione d’innovazioni, basate su evidenze, all’interno di prassi professionali molto consolidate.

OBIETTIVI Presentare le iniziative del Servizio Infermieristico e dell’Ufficio Sviluppo e Ricerca infermieristica per lo sviluppo di un pensiero critico fra gli infermieri dello IOSI e di una prassi sempre più basata su “evidenze”.

METODI Utilizzando i momenti istituzionali d’incontro, previsti ogni anno dall’organizzazione, ci si è mossi su tre direttrici principali: I. Divulgare le esperienze di “buona pratica” avviate all’interno dello IOSI, per favorire il confronto e la collaborazione interna, utilizzando le riunioni e lo SharePoint come veicoli di diffusione. II. Discutere di casi clinici, per iniziare a condividere “percorsi assistenziali comuni” e riflettere su possibili errori e/o disfunzioni nella gestione dei pazienti. III. Discutere di alcuni articoli scientifici, su temi d’interesse professionale proposti direttamente o indirettamente dalle varie equipe di lavoro. La scelta dello specifico articolo è poi fatta dall’USv-RI, come pure la conduzione della discussione sugli aspetti di metodo e di contenuto. L’aspetto più rilevante è però la discussione collegiale finale, in cui le varie equipe di lavoro rivalutano il loro modo di agire sul tema di cui si tratta e decidono di cambiare qualcosa nella loro prassi professionale, se ne ravvedono la necessità e la possibilità.

RISULTATI I. Nello SharePoint sono state inserite a oggi 30 pubblicazioni (articoli, abstract, poster, ecc.) che si riferiscono a esperienze locali. Nelle riunioni di aggiornamento sono invece di norma periodicamente presentati gli aggiornamenti sui progetti in corso all’interno dell’istituto (Primary nursing, cateteri centrali a inserimento periferico, oncogeriatrics, ecc.). II. Sono stati discussi sinora tre casi clinici: un primo paziente cui è stata somministrata una chemioterapia in modo erroneo, un secondo paziente rispetto al quale vi sono stati seri problemi di comunicazione e un terzo caso in cui attraverso una relazione appropriata gli infermieri sono riusciti a gestire una difficile situazione personale e familiare di un’ancora giovane paziente oncologica. III. Attualmente sono stati analizzati e discussi tre articoli, sul tema della sessualità nei pazienti oncologici, sulla gestione dei “sintomi cluster” e sui bisogni di un paziente oncologico anziano. Altri ne sono in programma.

LIMITI Soprattutto la difficoltà organizzativa (e i vincoli di costo) nel trovare ulteriori momenti di confronto collegiale, di cui si avverte la necessità e l’utilità.

CONCLUSIONI Un detto popolare dice che tra il dire e il fare c’è di mezzo il mare. Anche per quanto riguarda l’EBP siamo sempre più consapevoli che non basta enunciarla perché questa diventi ipso facto azione consueta e condivisa da parte di un’equipe di lavoro. Anche in tale campo serve probabilmente un approccio tipo “bundle”. Un insieme di pochi interventi di provata efficacia che, applicati insieme e con costanza nel tempo, diano un risultato che è più della somma dei risultati attesi dai singoli interventi. Ognuno dei quali, se applicato da solo perde presto la sua efficacia. L’esperienza che stiamo maturando allo IOSI, ci sta sempre più convincendo che più che la quantità degli interventi da fare (pur importante) conti molto anche la capacità di gestirli e applicarli all’interno di un progetto (culturale, professionale e manageriale), coerente e costante nel tempo.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Valcarenghi Dario	Istituzione	Ente Ospedaliero Cantonale
Telefono	0041 918119452	Indirizzo	San Giovanni
Fax		CAP	CH 6501
E-mail	dario.valcarenghi@eoc.ch	Città	Bellinzona (Svizzera)

96. Emocolture: riduzione del LTAT e possibile impatto clinico. Descrizione di un processo di implementazione

Varini R, Bardaro M, Capatti C, Ferretti S, Guberti M, Lemmi M, Carretto E

IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova - AO Reggio Emilia

BACKGROUND L'emocoltura è la procedura diagnostica attraverso la quale identificare l'eventuale presenza di microrganismi nell'apparato circolatorio del paziente. L'identificazione e l'antibiogramma del germe patogeno dal sangue in coltura forniscono informazioni cliniche d'importanza critica, che si traducono in una terapia antibiotica spesso salva vita, considerando che sepsi e shock settico sono gravate da alto grado di mortalità. Dopo l'esecuzione delle emocolture, i clinici iniziano spesso una terapia empirica, che può essere confermata, modificata utilizzando molecole più specifiche (deescalation) o modificata totalmente in relazione al referto microbiologico (terapia mirata). Il tempo di risposta del laboratorio (laboratory-turn-around-time, LTAT) è un fattore cruciale per questa tipologia d'esame, nonché un indicatore di performance. Le variabili che influenzano la tempistica sono influenzate dai metodi utilizzati per fornire risultati rapidi, dal sistema informatico utilizzato per la refertazione e da variabili organizzative del servizio. L'analisi delle evidenze della letteratura e delle indicazioni di differenti linee guida, contestualizzate al possibile adattamento al setting locale, hanno richiesto una implementazione delle procedure microbiologiche eseguite presso il settore specifico della nostra struttura.

OBIETTIVI L'obiettivo principale è la riduzione del tempo di risposta delle emocolture positive; altri endpoints sono: una valutazione preliminare, laboratory-based, dell'impatto clinico delle nuove modalità di analisi e di post-analisi, con specifico riferimento alla fase di comunicazione dei risultati.

METODI Il setting dove il processo d'implementazione ha avuto luogo è il laboratorio di Microbiologia dell'IRCCS Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. La procedura pre-intervento non comportava l'esecuzione di metodiche dirette su campione positivo, fatta eccezione per la colorazione di Gram che però non aveva uno schema strutturato di risposta immediata. L'implementazione proposta è intervenuta sulla fase pre analitica con formazione specifica ai reparti; quindi si è focalizzata alla fase analitica, con l'introduzione di nuove tecniche molecolari sui flaconi positivi, tecniche di antibiogramma diretto da flacone e metodi fenotipici diretti sempre sui flaconi, differenziando il percorso diagnostico a seconda del risultato dell'osservazione microscopica, questi risultati costituiranno il report preliminare che sarà seguito dal report definitivo dopo identificazione ed antibiogramma da coltura. La fase post-analitica si è modificata implementando l'informazione al clinico con utilizzo di comunicazione diretta telefonica, fax e procedura informatizzata (unica preesistente all'implementazione). Di ogni comunicazione vi è tracciabilità. Il percorso d'implementazione è stato accompagnato da incontri formativi ai professionisti coinvolti, in occasione di ogni nuova metodica introdotta nella procedura e l'organizzazione dell'UO è stata ottimizzata sul nuovo percorso diagnostico, allo scopo di avere un monitoraggio più intensivo delle positività. I risultati del nuovo algoritmo analitico sono stati monitorati con uno studio "before and after" che ha confrontato due quadrimestri: uno pre implementazione ed il corrispondente dell'anno successivo, cioè quello dell'implementazione. La fase post-analitica è stata monitorata campionando 67 comunicazioni e valutando le ricadute che queste hanno avuto sulla terapia. Monitoraggio dei parametri di qualità pre analitici, analitici e post analitici.

RISULTATI I risultati ottenuti possono compendiarsi in una significativa riduzione del LTAT, dimostrata da uno studio pilota quasi sperimentale "before and after": confrontando i TAT di 4 mesi pre implementazione con i corrispondenti 4 mesi post intervento, i t test sulle 2 medie risultano significativi ed evidenziano un miglioramento di 24,44 ore sui risultati preliminari, standardizzati al limite dei 5 giorni di risposta, quale era la tempistica pre implementazione. Con riferimento alla fase post-analitica è stato considerato un campione di 67 comunicazioni preliminari relative a 61 pazienti (la maggior parte dei quali stava eseguendo terapia antibiotica). In 37 casi (55,22%) si è avuta una modifica della terapia conforme alla sensibilità presuntiva degli isolati successivamente identificati. In 13 casi (19,04%) si è assistito al mantenimento di antibiotici apparentemente inefficaci o a uno shift terapeutico non appropriato per il patogeno comunicato.

LIMITI Lo studio "before and after" è un disegno quasi sperimentale con un bias di sovrastima dell'effetto che gli studi hanno stimato essere del 20%.

CONCLUSIONI I risultati dimostrano sia l'efficacia delle procedure implementate che l'efficienza della tipologia di percorso multidisciplinare seguito.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Varini Rita	Istituzione	Arcispedale S. Maria Nuova - Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Telefono	0522 296104	Indirizzo	Viale Risorgimento, 80
Fax	0522 296080	CAP	42100
E-mail	varini.rita@asmn.re.it	Città	Reggio nell'Emilia

97. Tracciabilità e sicurezza del percorso perioperatorio del paziente chirurgico

Virdis AA, Ruffino G, Sassu MA, Mara E, Pirisi L

Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

BACKGROUND Nelle 12 U.O. chirurgiche dell'AOU di Sassari le modalità di gestione del paziente chirurgico erano difformi per tutte le U.O., mancavano procedure codificate di preparazione del paziente all'intervento e di gestione del postoperatorio; ogni U.O. seguiva una propria procedura per la gestione intraoperatoria, per la conta del materiale utilizzato, al fine di prevenire la ritenzione di garze/strumenti nel sito chirurgico. Vi erano criticità nei "passaggi di mano", nell'interfaccia Reparto di degenza-Sala operatoria.

OBIETTIVI Standardizzare le procedure del percorso perioperatorio del paziente e di gestione delle interfacce, per migliorare la sicurezza paziente/operatore, ottimizzare l'inserimento di nuovi operatori mediante definizione scritta di: procedura di preparazione del paziente all'intervento, di gestione in sala operatoria, di dimissione dalla stessa. Definire un registro di controllo delle apparecchiature per ogni sala operatoria.

METODI Costituzione di un gruppo di lavoro (coordinatori e infermieri di sala operatoria e degenze), definizione di procedura scritta di gestione del percorso perioperatorio: a) scheda composta da 3 parti che accompagna il paziente dal reparto alla sala operatoria e da questa al reparto, b) registro per il controllo delle apparecchiature di sala. Le parti della scheda: 1. Checklist preoperatoria: generalità del paziente, verifica del lato da operare, e altre informazioni, per es. presenza di pace-marker, presenza di protesi dentaria, catetere venoso, centrale, profilassi antitrombotica e/o antibiotica. La scheda è firmata dall'infermiere che invia il paziente in sala operatoria. 2. Scheda di gestione intraoperatoria con l'identificazione del paziente a firma dell'infermiere, del chirurgo e dell'anestesista, orario di inizio/fine intervento, posizione del paziente, conta del materiale utilizzato (strumentario, aghi, garze effettuata prima dell'inizio dell'intervento, all'eventuale cambio di equipe, alla fine dell'intervento. 3. Scheda di dimissione dalla sala operatoria con indicazione sintetica di eventuali difformità dell'intervento eseguito rispetto al programmato, indicazioni per medico/infermiere che accolgono il paziente in reparto. Registro delle apparecchiature di sala operatoria: compilato prima di ogni seduta operatoria dall'infermiere strumentista e dall'infermiere di anestesia, contiene, per ogni pagina/seduta operatoria un elenco prestampato delle apparecchiature presenti in sala operatoria e righe per apparecchiature specifiche.

RISULTATI Per una prima valutazione sono state analizzate le schede, compilate nel 2011, di 9 U.O. Su 2888 interventi in degenza ordinaria, le schede sono state utilizzate in tutti i pazienti, 2261 casi, nelle U.O. di Pat. Chirurgica (503), Ch. Vascolare (231), Ch. Plastica (177), Andrologia (159), Ortopedia (298), Ch. Obesità (302), Ch. Pediatrica (309), Ch. Maxillofaciale (282). Nell'U.O. di Urologia (627) la scheda è stata utilizzata in 408 casi su 627 interventi effettuati, complessivamente 2668 schede. Sono compilate in maniera adeguata nelle 3 parti nel 50% dei casi, 1350 schede. 1. Scheda di gestione preoperatoria: compilata correttamente dall'infermiere di reparto, in 2668 interventi. 2. Scheda di gestione intraoperatoria: tutte le 2888 schede sono compilate nella parte riguardante la conta delle garze e del materiale che potrebbe essere ritenuto nel sito chirurgico, mentre la identificazione del paziente, che coinvolge chirurgo e anestesia, è compilata in meno del 10% dei casi (250 schede). 3. Scheda di dimissione dalla sala operatoria: compilata correttamente in meno del 5% dei casi. Il registro delle apparecchiature è compilato e firmato prima di ogni seduta operatoria. A breve, alla luce di alcune necessarie modifiche logistiche del blocco operatorio, si procederà ad una revisione dei registri stessi.

LIMITI 1. Resistenze al cambiamento, in particolare da parte medica; 2. Resistenze alla compilazione di "altra carta".

CONCLUSIONI Gli strumenti elaborati sono utili per verificare/tracciare le attività necessarie al paziente chirurgico, prevedono la firma di chi esegue (con chiara definizione delle responsabilità). La check list preoperatoria ha indotto "a ritroso" una maggiore attenzione sulle attività: per es. la corretta profilassi antibiotica se necessaria, la profilassi antitrombotica, la preparazione intestinale, la presenza di consenso informato, etc. Il registro delle apparecchiature consente di tracciare l'avvenuta verifica delle stesse prima di ogni seduta operatoria.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Virdis Antonella	Istituzione	Azienda Ospedaliero Universitaria Sassari
Telefono	079 2830625	Indirizzo	Via Michele Coppino, 26
Fax	079 2830637	CAP	07100
E-mail	avirdis@aousassari.it	Città	Sassari

98. Integrazione dei database SDO e CEDAP per l'analisi delle SDO neonatali e la loro corretta remunerazione

Zanardi SE¹, Dadda FM¹, Nicolosi D², Bellini A¹, Visco F³

¹ASL di Milano, ²Direzione Generale Sanità Regione Lombardia, ³Università degli Studi di Milano - Igiene e Medicina Preventiva

BACKGROUND Nel sistema di classificazione DRG i ricoveri dei neonati sono prevalentemente raggruppati nella MDC 15 (malattie e disturbi del periodo neonatale) che comprende sette gruppi, dal DRG 385 al DRG 391. Il DRG 391 identifica il neonato sano. La rilevazione tramite "certificati di assistenza al parto" (CEDAP) istituita nel 2001 (DM 349/2001) costituisce la più ricca fonte a livello nazionale di informazioni sia di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere socio-demografico.

OBIETTIVI Analisi delle caratteristiche dei nuovi nati nel 2010 nelle strutture accreditate della ASL di Milano e valutazione di eventuali criticità nella codifica della SDO.

METODI Lo studio è stato condotto analizzando la base dati SDO della ASL di Milano relativamente all'anno 2010 la quale è stata collegata alla base dati CEDAP 2010 relativa alle strutture della ASL di Milano per poter effettuare una analisi più dettagliata. Le pratiche presenti sia nel flusso SDO che nel CEDAP sono 23714 (96,5% delle SDO).

RISULTATI I parti sono avvenuti in 11 punti nascita, l'85,5% negli istituti di cura pubblici e il 14,5% nelle strutture private accreditate. Il 33,8% dei parti avviene con taglio cesareo, il 4,1% dei parti è operativo. Il 3,56% dei neonati ha transitato in Terapia Intensiva Neonatale e l'1,3% ha riportato un punteggio APGAR a 5 minuti inferiore a 7. La media del peso alla nascita e la deviazione standard per il totale dei neonati è 3221 ± 530 gr e per i neonati patologici è 2889 ± 405 gr. I neonati con peso inferiore a 1500 gr sono lo 0,94%. Se si escludono i neonati che sono transitati in TIN durante il ricovero, la degenza media è di $3,3 \pm 1,4$ per il neonato sano contro il $5,5 \pm 13,1$ per il patologico. Il ricavo medio a giornata di un neonato codificato come sano è stato di 252 euro contro i 497 euro per un neonato codificato come patologico.

LIMITI - I dati contenuti nel flusso CEDAP non risultano sempre attendibili poiché alcuni campi non sono stati adeguatamente compilati. - Sarebbe auspicabile, in uno studio futuro, la partecipazione di esperti clinici che contribuiscano maggiormente all'interpretazione dei risultati ottenuti dalle analisi statistiche.

CONCLUSIONI Dall'analisi dei risultati è emersa una sostanziale omogeneità nella codifica da parte delle strutture ospedaliere nelle SDO neonatali. L'integrazione tra le informazioni ricavate dalla base dati SDO e dal CEDAP ha permesso di ottenere numerosi dati utili per fini epidemiologici e clinici ma anche per determinare le corrette modalità di codifica e di remunerazione delle SDO; a differenza di quanto ipotizzato nelle premesse, non è emersa una correlazione tra durata di degenza e produzione di un DRG patologico. Il lavoro è stato presentato alla DG Sanità Regione Lombardia la quale nella DGR 3976 del 6/8/2012 ha esplicitato nuove modalità di rimborso di questi ricoveri modulando la tariffazione dei DRG neonatali in funzione della durata della degenza per disincentivare atteggiamenti di codifica che non tengano conto dell'effettivo consumo di risorse.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zanardi Sabina Elena	Istituzione	ASL di Milano
Telefono	02 85782184	Indirizzo	Corso Italia, 19
Fax		CAP	20122
E-mail	szanardi@asl.milano.it	Città	Milano

99. Applicabilità della check liste “SOS.Net” RER, in ambito di Day Surgery, Chirurgia Ambulatoriale e in corso di procedure diagnostiche invasive, in una AUSL Multicentrica

Zoni E, Rasi M, Tiacci M, Ferri L, Serra S, Vafiadaki A

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND Il progetto “Rete Sale Operatorie Sicure”, (S.O.S.Net) della Regione Emilia Romagna si prefigge l’obiettivo di aumentare la sicurezza delle procedure chirurgiche, attraverso la diffusione dell’utilizzo della surgical safety check list (SSCL), secondo le indicazioni del Manuale Ministeriale (2009) e le successive Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria emanate dall’Agenzia Sanitaria Regionale nel 2010. Lo strumento di prevenzione proattivo adottato per il controllo e la verifica degli standard di sicurezza è, tra gli altri, la check list “S.O.S Net”, elaborata semplificando ed adattando alla realtà italiana la scheda Surgical Safety Check List (SSCL), proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel 2008.

OBIETTIVI Adottare la check SSCL di controllo sull’applicazione delle procedure sulla sicurezza in sala operatoria, in tutte le sale operatorie dell’azienda, dopo la sperimentazione in una sala HUB della piastra Operatoria OM. Predisporre e sperimentare una scheda da adattare alla chirurgia ambulatoriale, semplificando alcuni passaggi, da proporre alla Regione Emilia Romagna.

METODI Costituzione di un gruppo pilota multiprofessionale a livello Aziendale che ha partecipato agli incontri Regionali. Informazione del personale delle equipe operatorie e formazione all’uso dello strumento informatico riunioni periodiche di monitoraggio estensione del gruppo di lavoro e formazione nei diversi punti aziendali, coinvolgendo tutte le equipe chirurgiche.

RISULTATI Adesione raggiunta al 100% nelle sale operatorie e invio dei dati in regione, elaborazione di una scheda semplificata condivisa da tutti gli attori coinvolti nella chirurgia ambulatoriale ed inviata alla regione, buona compliance dei professionisti, soprattutto infermieri e anestesisti, produzione di procedure aziendali per raggiungere i 16 obiettivi inerenti la sicurezza in sala operatoria sperimentazione dell’applicazione della scheda semplificata anche in endoscopia interventistica.

LIMITI Informatizzazione ancora parziale, raccolta dati indagativa ancora faticosa con alcuni retaggi culturali tra i chirurghi.

CONCLUSIONI Messa in rete delle sale operatorie e maggiore integrazione dei diversi professionisti sull’applicazione delle procedure secondo le linee guida ministeriali, applicazione della check list SOS Net di controllo a tutta la chirurgia compresa quella in regime ambulatoriale, estensione delle norme di sicurezza all’endoscopia digestiva e toracica.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zoni Evita	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 6584376	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax		CAP	40124
E-mail	evita.zoni@ausl.bologna.it	Città	Bologna

100.La mappatura delle competenze infermieristiche: utilizzo del “Nursing Competence Scale” (NSC), come strumento per lo sviluppo dell’organizzazione
Zoppini L, Sponton A, Iadeluca A, Angeli C, Caldarulo T
<i>A.O. Guido Salvini di Garbagnate Milanese</i>

BACKGROUND La performance clinica dell’infermiere è oggetto da tempo di discussione. Attraverso le politiche di formazione oggi le organizzazioni governano lo sviluppo delle competenze verso quei cambiamenti organizzativi che la complessità assistenziale e la costruzione di nuovi ospedali, come quello di Garbagnate. In Finlandia, tra gli anni 97 e 2003 viene elaborato lo strumento Nurse Competence Scale (NCS validazione italiana nel 2009) finalizzato all’autovalutazione delle competenze infermieristiche, utile anche nel far emergere bisogni formativi silenti.

OBIETTIVI Effettuare una mappatura delle competenze degli infermieri dell’Azienda Ospedaliera attraverso l’utilizzo dello strumento NCS al fine di: 1. mappare le competenze autovalutate dagli infermieri in relazione all’area di appartenenza; 2. guidare lo sviluppo delle abilità e delle conoscenze e capacità, considerando che il nuovo ospedale di Garbagnate prevede modelli organizzativi differenti; 3. identificare le aree di intervento meritevoli di azioni formative.

METODI Lo strumento NCS, progettato a partire dal quadro delle competenze di Benner, si articola su 7 domini di competenza, per un totale di 73 item: Competenze di presa in carico, Competenze di educazione, Competenze diagnostiche, Competenza di gestione della situazione, Interventi terapeutici, Assicurare la qualità e Ruolo ricoperto. La NCS è stata somministrata a tutti gli infermieri in servizio presso i 4 presidi ospedalieri dell’Azienda Ospedaliera nel Febbraio 2012. Il livello di competenza è stato valutato su una scala VAS da 0 (livello di competenza nullo) a 100 (livello di competenza ottimo). Per valutare il raggiungimento di ogni singola competenza indagata è stata utilizzata una scala Likert a 5 item, da 0 (Livello nullo Competenza non acquisita dal soggetto) a 4 punti (Livello ottimo Competenza acquisita e propria del bagaglio culturale del soggetto) esplicitando per ogni livello un descrittore. L’analisi statistica è stata effettuata mediante la definizione di intervalli di confidenza e Analisi della Varianza (ANOVA). È stata considerata la significatività statistica per un p-value < 0.05.

RISULTATI Sono stati inclusi nello studio 1030 infermieri con una percentuale di risposta pari al 65%. È emerso un buon livello di competenze all’interno dei gruppi (VAS compresa tra 50 e 75 punti), mostrando tuttavia margini di miglioramento. I punteggi emersi nel presidio di Garbagnate mostrano un andamento significativamente più alto rispetto agli altri presidi (p<0,05) anche se il dominio Assicurare la qualità ha ottenuto punteggi significativamente più bassi (p<0,05) rispetto agli altri Presidi (punteggio medio relativo 0.652, IC 95% 0.645; 0.659). Gli infermieri si autovalutano meno competenti nel Proporre problemi da approfondire con la ricerca (Item 6, sezione Assicurare la Qualità; punteggio medio relativo 0.577, IC 95% 0.547; 0.607 (p<0.05). Il dominio con i punteggi più alti è il 4, Competenze di gestione della situazione (p<0.05). Dall’analisi degli item critici per ciascuna sezione è emerso che gli item con i punteggi inferiori sono comuni a tutti i presidi ospedalieri con differenze significative rispetto agli altri (p<0.05). Unica eccezione è rappresentata dal dominio 3, Competenze diagnostiche, che pone in evidenza tre item diversi. Gli item con il punteggio medio relativo più basso appartengono alla sezione Competenze di educazione: item 8 Tenere conto del livello di abilità posseduto dagli studenti infermieri durante il tirocinio clinico (punteggio medio relativo 0.55, IC 95% 0.478; 0.621) e il 9 Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi dell’educazione al paziente con il paziente stesso (punteggio medio relativo 0.547, IC 95% 0.476; 0.618). Gli items di natura organizzativa che hanno ottenuto punteggi inferiori afferiscono alla sezione 1 Competenze di presa in carico e 6 Assicura la qualità. Per quanto riguarda il dominio 1 gli item evidenziati sono Utilizzare i risultati della ricerca nella presa in carico dei pazienti (punteggio medio relativo 0.618, IC 95% 0.521; 0.715) e Migliorare la cultura della presa in carico nell’unità operativa (punteggio medio relativo 0.619, IC 95% 0.585; 0.653).

LIMITI L’adesione complessiva del 65%.

CONCLUSIONI I risultati hanno decretato un livello di competenza buono in tutti i presidi ospedalieri ed un bisogno formativo trasversale. I domini a cui gli infermieri hanno attribuito i punteggi inferiori sono quelli fondamentali per lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zoppini Laura	Istituzione	Azienda Ospedaliera Guido Salvini
Telefono	338 3909789	Indirizzo	Viale Forlanini, 121
Fax		CAP	20024
E-mail	lzoppini@aogarbagnate.lombardia.it	Città	Garbagnate Milanese

101.La farmacia satellite della piastra operatoria dell’Ospedale Maggiore quale strumento di ottimizzazione dei processi logistici, organizzativi e di sicurezza del paziente
Zuccheri P, Brigati G, Sarchione N
<i>Azienda USL di Bologna</i>

BACKGROUND La realizzazione della Farmacia Satellite collegata alla nuova Piastra Operatoria dell’Ospedale Maggiore si colloca all’interno di un più ampio progetto di riorganizzazione delle attività finalizzata all’ottimizzazione dell’efficienza di utilizzo delle sale operatorie. L’organizzazione di un sistema articolato in 12 sale e 40 interventi al giorno deve necessariamente ricercare soluzioni tese all’ottimizzazione dei processi produttivi. La pianificazione degli interventi in elezione è effettuata da anestesisti, chirurghi e coordinatori infermieristici che, stimando le tempistiche d’intervento, confermano la programmazione del giorno successivo entro le ore 13 utilizzando un software dedicato. La conferma della lista operatoria visualizzata in farmacia, permette la predisposizione dei kit di materiale da inviare in sala il giorno successivo.

OBIETTIVI 1. Illustrare il sistema di logistica integrata e di gestione del flusso distributivo dei materiali gestiti dalla Farmacia Satellite. 2. Individuare le aree di miglioramento analizzando i dati dei primi 4 mesi di attività.

METODI La complessità organizzativa ha portato alla necessità di introdurre una gestione specifica dei prodotti (dispositivi medici, materiale protesico) al fine di ottimizzare sia le risorse sia consentirne l’immediata disponibilità con la creazione di kit per specifico intervento. Il contenuto del kit è stato pertanto condiviso con gli specialisti (chirurghi ed infermieri) al fine di poter collegare ad un dato intervento una lista di materiale necessario poi inserita nel software e preparata ogniqualvolta si presenti in nota l’intervento. Il costo del materiale è generato a preparazione finita e collegato al paziente; il tutto tracciato a sistema mediante la creazione di barcode e lettura ottica degli stessi nelle fasi di produzione e utilizzo. Si riassumono le azioni intraprese: 1. Acquisizione di un Software con gestione integrata delle attività della Piastra (cartella anestesologica, verbale e registro operatorio, programmazione) e della Farmacia Satellite (gestione dei prodotti, produzione kit legati alla nota operatoria). 2. Analisi dei dispositivi medici e dei farmaci utilizzati nelle sale operatorie. 3. Creazione di un gruppo di lavoro costituito da chirurghi, infermieri e farmacisti e definizione dei materiali utilizzati per singolo intervento (Kit). 4. Locazione dei prodotti gestiti dalla Farmacia Satellite attraverso un analisi dei percorsi di prelievo.

RISULTATI Il 27 Luglio 2012 è avvenuto il trasloco nei nuovi locali con la nascita effettiva della Piastra Operatoria. Dal 27 luglio al 28 novembre sono stati effettuati 3368 interventi e preparati 2463 kit da nota operatoria in aggiunta all’uso di 263 kit generici, ovvero già pronti per specifico intervento da associare a paziente in urgenza/emergenza. Il delta degli interventi rispetto al totale (19%) è stato realizzato con il materiale presente nelle sale e non collegato a paziente e verosimilmente derivato da una non corretta pianificazione dell’attività elettiva o da urgenze. Sono stati movimentati 50.183 prodotti di cui 46% è stato oggetto di reso perché non utilizzato durante l’intervento.

LIMITI L’ottimizzazione dei processi è vincolata a una corretta pianificazione delle attività operatorie.

CONCLUSIONI La collaborazione tra le diverse figure professionali presenti in Piastra, accompagnata dall’analisi dei dati forniti dal sistema informatico permette un costante adeguamento delle risorse disponibili alle necessità degli operatori e dei pazienti, consentendo una riduzione del valore di capitale immobilizzato. L’analisi dei dati di attività evidenzia l’esigenza di migliorare il contenuto dei kit al fine di ridurre la percentuale dei prodotti oggetto di reso e la necessità di informatizzare la gestione del materiale presente nelle sale, consentendo di addebitarlo a paziente in caso di utilizzo. Infine l’introduzione della tracciabilità informatica del lotto e della scadenza consentirà di creare una base dati utile in caso di recall da parte delle ditte produttrici.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zuccheri Paola	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono	051 3172166	Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax		CAP	40124
E-mail	paola.zuccheri@ausl.bo.it	Città	Bologna

102. Qualità e sicurezza in sala operatoria attraverso l'adozione della check list. L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia
Zucconi M¹, Bernardini I², Bologna D¹, Lucarini G¹, Morcellini R¹, Moretti E¹, Orlandi W¹, Pioppo M¹, Paglicci Reattelli L¹, Tesoro S¹
¹ Azienda Ospedaliera di Perugia, ² Università degli Studi di Perugia - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

BACKGROUND In Italia i volumi di attività chirurgica rappresentano circa il 40% del totale dei ricoveri per acuti. La chirurgia, per volumi di attività e per complessità intrinseca di tutte le procedure ad essa correlate, richiede azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire gli incidenti perioperatori e a garantire la buona riuscita degli interventi. Nell'ambito delle attività per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure, alla fine del 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato un Manuale per la sicurezza in sala operatoria, che comprende delle linee guida e una check list, elaborate sulla base del programma dell'OMS "Safe Surgery Saves Lives".

OBIETTIVI L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha fatto proprie le indicazioni ministeriali e ha adottato la check list per la sicurezza in sala operatoria, in parte adattata al contesto, durante il processo di accreditamento istituzionale regionale che ha interessato i blocchi operatori. È sorta quindi la necessità di realizzare un unico strumento di controllo di varie attività che prima venivano svolte in modo frammentario e non documentabile.

METODI Al fine di favorire la diffusione e facilitare l'applicazione della check list, dopo la formazione agli operatori, ad aprile 2012 si è partiti con un progetto pilota che ha coinvolto uno dei due blocchi operatori aziendali in cui era in corso la fase di preparazione all'accreditamento istituzionale, per poi gradualmente passare anche all'altro blocco, già accreditato in precedenza. L'adozione della check list è stata poi inserita tra gli obiettivi di budget 2012 per tutte le strutture chirurgiche. Per effettuare la formazione degli operatori è stato anche realizzato un video, che vede come attori alcuni professionisti sanitari di sala operatoria, disponibile sul sito web aziendale. Inoltre, particolare attenzione è stata rivolta all'ambito pediatrico con una check list dedicata e si è anche tenuto conto del particolare contesto organizzativo dei piccoli interventi dove è stata realizzata una apposita check list "semplificata". L'impiego corretto della check list viene verificato attraverso controlli "sul campo" e mediante consultazione a campione delle cartelle cliniche, dove va inserita al termine dell'intervento chirurgico.

RISULTATI Stante l'intervento non ancora a regime i risultati sono in corso di determinazione, ma nel primo blocco operatorio in cui è stata introdotta, a distanza di 6 mesi l'utilizzo della check list si attesta in generale intorno al 85%, con valori prossimi al 100% per la chirurgia programmata.

LIMITI I principali limiti allo strumento sono state le resistenze iniziali alla sua introduzione, superate attraverso incontri con il personale e formazione dedicata. A causa di intensi ritmi di lavoro a volte possono essere saltati alcuni passaggi perché ritenuti routinari, perciò è necessario, da parte dei responsabili dei blocchi operatori, un controllo periodico della corretta applicazione della check list.

CONCLUSIONI Nel blocco operatorio in cui è stato sperimentato l'utilizzo della check list essa è ormai divenuta un valido strumento di lavoro, mentre nel secondo blocco il suo impiego sarà a regime entro la fine del 2012. Si sottolinea l'importanza della formazione agli operatori e l'inserimento tra gli obiettivi di budget come elementi di successo per l'adozione sistematica dello strumento. L'utilizzo sistematico della check list in tutte le sale operatorie aziendali, sulla base anche di esperienze internazionali, contribuirà ad accrescere la sicurezza dei pazienti, innalzando la qualità delle prestazioni effettuate e favorendo la comunicazione tra i professionisti. Nel contempo sarà anche una preziosa fonte documentale delle verifiche effettuate.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Zucconi Marco	Istituzione	Azienda Ospedaliera di Perugia
Telefono	075 5783557	Indirizzo	Via Enrico Dal Pozzo
Fax	075 5782279	CAP	06126
E-mail	marco.zucconi@email.it	Città	Perugia

103. “La riorganizzazione dell’Area Internet e Intranet del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Azienda AUSL di Bologna” come strumento finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti
Francia F, Celenza F, Domina R
<i>Azienda USL di Bologna</i>

BACKGROUND I siti rappresentano il mezzo primario di comunicazione, accessibile e poco oneroso, attraverso cui le PA rispondono a caratteristiche di qualità esprimibili in accertata utilità e semplificazione nell’interazione tra amministrazione ed operatori, trasparenza dell’azione amministrativa, facile reperibilità e fruibilità dei contenuti, costante aggiornamento per cittadini e imprese.

OBIETTIVI Le modifiche all’assetto del DSP dell’AUSL di Bologna e la necessità di migliorare la qualità della comunicazione, condividere esperienze e favorire trasparenza sono stati canovaccio da cui partire per la riorganizzazione dell’area web. Lo studio di fattibilità, messo a punto quale fase preliminare per una sezione definita, ha fatto emergere quali punti di forza le caratteristiche di riproducibilità, quale capacità del progetto di essere riprodotto in presenza di problemi analoghi o simili a quelli che lo hanno originato, sostenibilità oltre la durata dei finanziamenti pubblici originari e trasferibilità ossia modello per contesti differenti.

METODI La fase progettuale; nella quale si sono analizzati fabbisogni, requisiti, contenuti; è stata seguita dalla fase operativa, per sviluppo e implementazione del sito. All’interno di ciascuna fase sono stati previsti momenti di verifica con i fruitori, con una vision organizzativa e gestionale di project management per la gestione del sito. La nomina di un unico referente web e la costituzione del Coordinamento di Progetto (CdP), ha permesso di sviluppare una struttura semplice e versatile con metodologia allargata e condivisa per l’individuazione di linee operative, intelaiatura, griglia di composizione, struttura editoriale dei temi da sviluppare e format del materiale da pubblicare. Funzione del CdP è la supervisione dell’intero processo, a garanzia dell’uniformità del prodotto tra le varie aree dipartimentali, connettore tra DSP e UO Comunicazione, garante, cioè, del “coordinamento progettuale”. Il CdP si è posto quale interfaccia tra le redazioni per un’assistenza tecnica della piattaforma CSM Plone con un tutoraggio tecnico continuativo.

RISULTATI La complessità, la diversificazione e la quantità di materiale prodotto dal DSP ha presupposto una struttura organizzativa riferita all’Area Dipartimentale con redazioni create ad hoc da figure professionali individuate per ciascuna area e coordinate dal Capo Redattore, punto di riferimento dell’Area di appartenenza per la raccolta di documentazione, costruzione un archivio, individuazione e integrazione del materiale mancante. A tale figura è stata delegata la pianificazione dell’agenda e l’identificazione degli obiettivi redazionali e del materiale da pubblicare, nonché l’interfaccia con il CdP e con i Direttori di UO per il processo di validazione dei documenti in fase di pubblicazione per mantenere sempre un livello di garanzia e responsabilità sui contenuti del materiale da parte del Responsabile (DUOC, Coord. di Area, Resp. di UO, ecc.) il tutto a garanzia di utilità, semplificazione, reperibilità e fruibilità, aggiornamento.

LIMITI Emerge la necessità che i soggetti coinvolti forniscano il massimo supporto e collaborazione ai redattori, coinvolgendo i gruppi tecnici afferenti alle aree per l’acquisizione di informazioni tecniche non necessariamente patrimonio specifico dei singoli redattori, evitando, dall’altra parte, di considerare gli stessi come semplici compilatori o esecutori. Dovrà inoltre essere prevista un’idonea quota di carico di lavoro destinato all’impegno redazionale, che dovrà essere contrattata in termini di prestazioni effettuate, traducibili in un adeguato livello di produzione redazionale per l’implementazione di un’area web dinamica e fruibile in grado di soddisfare le esigenze degli operatori e sempre in ascolto.

CONCLUSIONI Attualmente il DSP non fornisce le stesse prestazioni in tutti gli ambiti territoriali, ovvero alcune prestazioni non vengono erogate ovunque o vengono erogate con modalità differenti. Per ovviare a ciò e per evitare di non fornire le necessarie informazioni all’utenza, i CdP e le Direzioni dovranno rivedere la composizione delle redazioni delle Aree più complesse per evitarne disomogeneità nella rappresentazione delle prestazioni. L’individuazione di nuovi Operatori nelle Redazioni, potrà spostarsi in una fase successiva, avvalendosi di un training interno, dai componenti CdP con il supporto dell’UO Comunicazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Celenza Francesca	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono		Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax		CAP	40124
E-mail	f.celenza@ausl.bologna.it	Città	Bologna

104. La riorganizzazione dell'Area web della UO Profilassi malattie infettive del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Bologna, quale strumento di innovazioni organizzative finalizzate a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria
Francia F, Celenza F, Domina R, Farinella P, Cappelletti A, Princivalle S, Sancini G, Gianninoni AR, Delle Donne E
<i>Azienda USL di Bologna</i>

BACKGROUND Le malattie infettive costituiscono da sempre uno dei principali problemi di Sanità Pubblica, le più recenti acquisizioni hanno evidenziato come la prevenzione di molte infezioni si debba fondare non solo sulle misure di controllo dei casi, ma anche sull'adozione routinaria di corretti comportamenti individuali e collettivi indipendentemente dall'insorgenza di casi di malattia. La necessità di rivedere le attività di prevenzione, secondo canoni diversi da quelli che hanno contraddistinto la fine del secolo scorso, nasce dall'osservazione della realtà e richiede risposte differenti, capaci da una parte di valorizzare gli elementi positivi, evitando di ripetere prassi inveterate, dall'altra di individuare nuove modalità di intervento che si contraddistinguano per semplificazione delle procedure burocratiche, efficacia, graduazione delle priorità.

OBIETTIVI La creazione di un'area dinamica dedicata alla profilassi all'interno del sito web del DSP in grado di soddisfare le richieste sia di utenti che di colleghi con una modalità veloce e funzionale sempre in ascolto delle necessità emergenti che via via vengono segnalate sia in base ai target (viaggiatori,...) che per momenti specifici (vaccinazioni influenzali) ma con uno sguardo anche a link o campagne dedicate a livello europeo o nazionale.

METODI L'iter si avvia da una fase progettuale nella quale sono stati analizzati fabbisogni, requisiti, contenuti a cui è seguita la parte operativa nella quale è stato sviluppato e implementato il sito. La costituzione del gruppo di lavoro "reportistica e pagine web malattie infettive" è nata dall'esigenza di procedere alla revisione del materiale informativo sulla prevenzione delle malattie infettive da inserire nel sito web e dalla necessità di fornire un costante aggiornamento. Il gruppo multidisciplinare composto da medici igienisti, assistenti sanitarie e Referente web dipartimentale ha permesso di sviluppare una struttura semplice e versatile con metodologia allargata e condivisa per l'individuazione delle linee operative, l'intelaiatura, la griglia di composizione, la struttura editoriale dei temi da sviluppare e il format del materiale da pubblicare. Funzione del gruppo è stata la supervisione dell'intero processo a garanzia dell'uniformità del prodotto, fornendo soprattutto assistenza sulla stesura e ampliamento dell'albero di sistema progettuale e operando da interfaccia tra DSP e U.O. Comunicazione Aziendale, in altre parole, garante del "coordinamento progettuale".

RISULTATI L'upgrade dell'area web Profilassi si è evoluta parallelamente anche nell'intranet per portare avanti un discorso di comunicazione sia verso gli utenti esterni che interni con linguaggi e contenuti diversi a seconda del target ma non perdendo di vista i caratteri che definiscono fruibile un'area web. Particolare attenzione è stata rivolta all'aspetto comunicativo in quanto la maggioranza dei visitatori dei siti arrivano dai motori di ricerca, che analizzano le pagine e compilano una graduatoria secondo parametri come popolarità del sito ma soprattutto testi quindi si sono utilizzati termini non eccessivamente specialistici per evitare di essere trovati solo da addetti ai lavori. Inoltre l'utilizzo di siti istituzionali di riferimento.

LIMITI Fare prevenzione è un lavoro difficile che richiede una continua attenzione nell'adeguarsi al mutamento dei tempi e al livello culturale della collettività che si intende tutelare dai rischi identificati. In questo contesto, un nodo critico può essere rappresentato dall'utilizzo dei media e con la loro potenzialità di veicolare informazioni agli utenti del Servizio Sanitario Nazionale ma che devono essere orientati al target da raggiungere. Da qui l'esigenza di uno sviluppo/implementazione dell'area web del Dipartimento di Sanità Pubblica dedicato alla profilassi delle malattie infettive come mezzo primario di comunicazione, accessibile e poco oneroso, in costante aggiornamento. Inoltre vi è la possibilità di spazi dedicati a campagne, sia permanenti che con precisa collocazione temporale, un sito quindi che si propone come punto di riferimento sia per la popolazione che per gli addetti ai lavori.

CONCLUSIONI L'area web del DSP, costruita secondo criteri di riproducibilità, trasferibilità, sostenibilità, è strutturata in aree tematiche in cui la Profilassi delle malattie infettive ha una propria area con sezioni dedicate ai diversi target.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Celenza Francesca	Istituzione	Azienda USL di Bologna
Telefono		Indirizzo	Via Castiglione, 29
Fax		CAP	40124
E-mail	f.celenza@ausl.bologna.it	Città	Bologna

105.Appropriatezza di Riabilitazione Intensiva in Regime di Degenza nella Regione Emilia Romagna

Corradini E¹, Testoni S², Lombardi F³, Brianti R¹, Maini M⁴

¹AOU di Parma, ²A.S.M.N. Reggio Emilia, ³AUSL Reggio Emilia - Ospedale di Correggio, ⁴Casa di Cura.S. Giacomo Ponte dell'Olio

BACKGROUND In Italia, l'attuale classificazione dei regimi riabilitativi è caratterizzata dai codici SDO 56 (Riabilitazione Intensiva), 75 (Neuroriabilitazione), 28 (Unità Spinale), 60 (Lungodegenza). La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) raccoglie le informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Le informazioni raccolte descrivono sia aspetti clinici del ricovero sia organizzativi. La ICD9CM codifica le informazioni contenute nella SDO: ad ogni dimissione corrisponde uno specifico DRG (Diagnosis-Related Group) definito in base ad uno specifico algoritmo predefinito che viene gestito da un software DRG-Grouper. Il software individua la diagnosi principale dalla scheda nosologica e la assegna al grouper (raggruppamento) in maniera automatica. Dall'assegnazione al "grouper" sceglie la MCD (Major Diagnostic Category) più appropriata, ulteriore livello di aggregazione basato su criteri anatomici (relativi all'apparato affetto dalla patologia) e eziologici (relativi alla causa della patologia) (fonte sito Ministero della Salute). Sulla base di questi le strutture che svolgono riabilitazione ospedaliera sono rimborsati dalle Regioni e quindi dal Ministero della Salute, con tariffe crescenti a seconda che si tratti di riabilitazione estensiva, intensiva, o intensiva di 3° livello (cod. 60, cod. 56, cod. 75 e 28).

OBIETTIVI Analizzare i flussi informativi della Regione Emilia Romagna basati sulle codifiche SDO dell'anno 2010 e mettere in evidenza disomogeneità di offerta e consumo di servizi riabilitativi nella prospettiva di ricercare un sistema di codifica più specifico e approfondito adatto a definire l'appropriatezza dei servizi di riabilitazione in RER.

METODI Lo studio, di natura osservazionale retrospettiva, ha raccolto dati dei ricoveri riabilitativi in cod. 56 in Emilia Romagna nel 2010, in totale 17.078 (tasso grezzo di ospedalizzazione 3,5%) e, considerando le principali categorie nosologiche, in totale 11.266 (riabilitazione neurologica, ortopedica e cardiologica). I ricoveri sono stati suddivisi per Provincia e standardizzati per numerosità della popolazione. Successivamente sono stati suddivisi per Area Vasta (AVEN: Area Vasta Emilia Nord, AVEC: Area Vasta Emilia Centro, e AVR: Area Vasta Romagna) e standardizzati per numerosità della popolazione residente.

RISULTATI Dai dati è emersa una rilevante disomogeneità di distribuzione dei posti letto in cod. 56 tra le varie Province, in parte riequilibrati se ripartiti per Area Vasta. Suddividendo poi i ricoveri per Area Vasta, e standardizzando per la popolazione residente, sono state registrate rilevanti disuguaglianze di distribuzione. In AVEN è emersa un'offerta riabilitativa molto elevata nelle Province di Piacenza (PL56/10000 abitanti 5,52) e Parma (PL56/10000 abitanti 4,55) rispetto a Reggio Emilia (PL56/10000 abitanti 0,49). Mentre l'offerta riabilitativa in AVEC e AVR è risultata omogeneamente distribuita tra le varie province. I dati raccolti hanno mostrato attività di riabilitazione neurologica ben suddivisa nelle Aree Vaste, ma sbilanciamento di offerta di riabilitazione ortopedica in AVEC (R56/10000 abitanti 23,04), 10 punti sopra la media regionale (R56/10000 abitanti 13,06), e assenza di riabilitazione cardiologica (R56/10000 abitanti 0,49).

LIMITI L'analisi è stata effettuata tenendo conto della SDO e quindi di parametri che non sono sufficienti a definire il bisogno riabilitativo. Attraverso le SDO, infatti, è impossibile definire se l'inappropriatezza sia per eccesso o per difetto. Se da un lato la riabilitazione neurologica sembra guidata da regole piuttosto uniformi, la riabilitazione ortopedica e cardiologica presentano una tale difformità sul territorio regionale da richiedere uno studio più approfondito. È stato analizzato soltanto un cod. riabilitativo in regime di ricovero; potrebbero pertanto esserci disomogeneità di gestione anche negli altri codici. L'attuale sistema di codifica, inoltre, non permette di valutare quando il progetto riabilitativo iniziato correttamente in regime di degenza può essere commutato in regime ambulatoriale. Ed anche qui è evidente il rischio di consumo inappropriato di risorse economiche e sanitarie.

CONCLUSIONI L'attuale sistema di codifica è essenzialmente basato sulla diagnosi iniziale ed il tempo intercorso dall'evento indice (Piano Sanitario Regionale del 1999-2001, Deliberazione 1267/2002), senza considerare fattori aggiuntivi che possono determinare un aumento di peso, o soprattutto un aumentato fabbisogno di richieste riabilitative, e di conseguenza un equo e proporzionato rimborso delle attività. Le recenti "Linee d'indirizzo per la Riabilitazione" (G.U. N.50 2/3/2011), hanno chiaramente indicato che, la collocazione del paziente, nel setting più appropriato, può avvenire tenendo in considerazione anche la complessità. Diventa quindi indispensabile individuare strumenti che possano fornire indicazioni sulla complessità riabilitativa.

Indirizzo per la corrispondenza

Nome	Corradini Elisa	Istituzione	AOU di Parma
Telefono		Indirizzo	Via Gramsci, 14
Fax		CAP	43126
E-mail	superelisa78@libero.it	Città	Parma