

ABSTRACT BOOK

9^a Conferenza Nazionale GIMBE

Evidenze e Innovazioni per la Sostenibilità della Sanità Pubblica

Bologna, 14 marzo 2014



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

LABORATORIO ITALIA

ABSTRACT SELEZIONATI

LABORATORIO ITALIA

INDICE

- 1. Degenze *low cost* nella riorganizzazione delle cure primarie: l’Ospedale di Comunità nella Casa della Salute**
Bocchi Bruno, Rodelli Paolo, Manghi Maria Grazia, Celendo Maria Teresa
- 2. Health Technology Assessment per la riorganizzazione dei servizi: il caso del Day Service riabilitativo**
Boraso Fravio, Cane Luciano, La Valle Giovanni, Ripa Franco
- 3. I percorsi assistenziali in una azienda sanitaria: integrazione di setting di cura, multiprofessionalità e informatizzazione**
Carlo Descovich, Danilo Di Diodoro, Laura Biagetti, Licia Minguzzi, Annunziata Siena, Massimo Annicchiarico
- 4. Integrare le informazioni sugli eventi avversi secondo la classificazione dell’OMS sulla sicurezza dei pazienti**
Di Denia Patrizio, Rolli Maurizia, Porcu Elisa, Liverani Stefano
- 5. Ridurre i tempi di accesso per l’angioplastica primaria nell’infarto STEMI: effetti della tele-refertazione dell’ECG**
Gandolfi Chiara, Stroili Manuela, Perkan Andrea, Antonaglia Vittorio
- 6. Innovazione dei percorsi clinico-assistenziali in pneumologia: l’accesso domiciliare degli specialisti ospedalieri**
Lusuardi Mirco, Massobrio Monica, Garuti Giancarlo, Spagnolatti Liliana, Gaioni Claudia, Ricco' Daniela
- 7. L’Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: un progetto provinciale per la presa in carico delle dimissioni difficili**
Maccari Mauro, Vigni Luca, D'amato Maria Pia, Poeta Ornella, Righi Lorenzo, Calvelli Patrizia, Nante Nicola
- 8. Migliorare le performance in sanità: dalle criticità identificate dal Programma Nazionale Esiti alla riorganizzazione dei servizi aziendali**
Messori Ioli Giovanni, Gennusa Emanuele, Bo Marco, Zardo Luciano, Dore Maurizio
- 9. Prescrizione dei test di laboratorio in medicina generale: dalla formazione sul campo al miglioramento dell’appropriatezza**
Milano Maria, Cosola Alda, Martina Simona, Ventriglia Giuseppe
- 10. Transitional care: implementazione di un modello organizzativo multidimensionale di cure intermedie**
Minniti Davide, Giacometti Marika, Ceruti Michele, Grassano Pasquale, Pasqualucci Arturo, Siliquini Roberta, Cesari Luisella, Cosenza Gaetano

- 11. Migliorare l'appropriatezza professionale e organizzativa: un percorso ospedale-territorio per la malattia tromboembolica**
Romano Elisa, Pacetti Edoarda, Malasoma Paolo, Sanna Lanfranco, Scardigli Veronica, Conti Andrea

- 12. Gli effetti sulla prevalenza del taglio cesareo di un ambulatorio per la promozione del parto naturale**
Simonetti Valentina, Comparcini Dania, Buonagiunto Maria Luisa, Sabbion Paola, Di Nicola Marta, Cicolini Giancarlo

- 13. Ridurre i ricoveri inappropriati: l'integrazione tra emergenza-urgenza e assistenza domiciliare**
Urso Domenico Lorenzo

1. Degenze *low cost* nella riorganizzazione delle cure primarie: l'Ospedale di Comunità nella Casa della Salute

Bocchi Bruno¹, Rodelli Paolo¹, Manghi Maria Grazia¹, Celendo Maria Teresa²

¹Casa della salute di San Secondo Parmense, ²Ausl di Parma

BACKGROUND In tutti i paesi occidentali, i servizi sanitari devono rispondere alla sfida imposta da una popolazione sempre più anziana e afflitta da un carico crescente di malattie croniche, gestendo il passaggio da un modello di intervento basato sull'attesa, ad un modello basato sulla medicina di iniziativa: intercettare tempestivamente i bisogni sempre più complessi consentirebbe infatti di affrontare più efficacemente i problemi socio-sanitari degli individui, renderebbe possibile perseguire la riduzione dei ricoveri in acuzie e portare le cure in prossimità dei luoghi di vita delle persone. Dalla complessità dei bisogni deriva una forte esigenza di integrazione tra le risorse di tutti i servizi sanitari e sociali: il Medico di Medicina Generale (MMG), spesso deve affrontare al domicilio, situazioni di acuzie o di postacuzie dopo ricovero ospedaliero, che diventano non gestibili per concomitanti problematiche abitative e/o assenza di care-giver; conseguono ricoveri inappropriati, prolungamento delle degenze in acuzie con danni secondari e spreco di risorse. In questo scenario, la Regione Emilia Romagna ha avviato da alcuni anni un percorso di riorganizzazione dei servizi che ha portato alla costituzione delle Case della Salute (CdS) al fine di favorire presa in carico, prossimità delle cure, continuità assistenziale e risposte globali ai bisogni delle persone fragili. Nel territorio della "Bassa Parmense", la strategia regionale ha trovato applicazione nella realizzazione (2012) della CdS di San Secondo, sede delle cure primarie e, dal 2013, di un'area di degenza territoriale denominata "Ospedale di Comunità" (OdC).

OBIETTIVI Garantire continuità assistenziale e potenziare la possibilità di presa in carico da parte del MMG anche in situazioni sanitarie difficilmente gestibili al domicilio per concomitanti fragilità, mantenendo il paziente nella sua comunità e contribuendo alla rimodulazione del sistema delle cure attraverso: prevenzione dei ricoveri non appropriati nei reparti per acuti, supporto della dimissione tempestiva dai reparti per acuti, prevenzione delle istituzionalizzazioni premature in casa di riposo.

METODI L'OdC, inaugurato il 21 marzo 2013, è costituito da dieci posti letto territoriali gestiti da un'equipe infermieristica e dal MMG che mantiene la responsabilità clinico-terapeutica del proprio assistito: il ricovero nella struttura può avvenire direttamente dal domicilio o da reparti per acuti su proposta del medico ospedaliero e parere vincolante del MMG; il Responsabile Infermieristico è il gestore organizzativo del reparto. Il bacino d'utenza è il territorio di dieci comuni con una popolazione di circa 40.000 persone e 28 MMG organizzati in tre Nuclei di Cure Primarie (NCP).

RISULTATI Dall'inizio dell'attività il tasso di occupazione dei posti letto è progressivamente aumentato fino all'attuale 90%. Nei primi otto mesi sono stati ricoverati 78 pazienti con età media 80 anni, provenienti nel 87% dei casi (68 pazienti) dal domicilio; il 68% dei ricoverati (53 pazienti) risiedeva nell'area del NCP di San Secondo che comprende l'OdC. La degenza media è stata di 17 giorni, con dimissione al domicilio nel 88% dei casi, mentre il restante 12% ha richiesto un trasferimento in acuzie. I ricoverati residenti nei comuni del NCP di San Secondo (53 pazienti assistiti da 6 MMG), la cui popolazione adulta (8373 persone) era stata studiata per il rischio di ospedalizzazione (r.d.o.) con identificazione di 4 gruppi di rischio, sono risultati rientrare nel gruppo al alto r.d.o. nel 9.4% (5 pazienti) e in quello a rischio molto alto nel 47.2% (25 pazienti). La dimensione dei 2 gruppi nella popolazione adulta generale di questo territorio è pari al 6.27% (525 persone) e al 4.26% (357 individui) rispettivamente.

LIMITI L'esperienza è ancora in una fase sperimentale e la numerosità della casistica insufficiente per trarre conclusioni. Non ancora disponibile la misurazione del consumo di risorse.

CONCLUSIONI In una realtà rurale come la "Bassa Parmense", l'OdC inserito nella CdS, può contribuire alla rimodulazione dei servizi. Potenziare la possibilità di presa in carico del MMG, garantire continuità assistenziale, con questo perseguendo riduzione delle ospedalizzazioni e prossimità delle cure ai luoghi dove vivono le persone, dovrebbero essere le finalità di ogni sistema sanitario focalizzato sulla centralità della persona. L'appartenenza del 56% della casistica residente nell'area del NCP di San Secondo, alle fasce di popolazione ad alto o molto alto rischio di ospedalizzazione, nonostante l'esiguità del campione, conferma l'ipotesi di un utilizzo prevalente dell'OdC da parte del segmento più fragile della popolazione e suggerisce significative potenzialità di utilizzo delle informazioni desunte dai profili di r.d.o. per l'organizzazione delle CdS; evidenzia anche l'urgenza di verificare se il l'utilizzo di questa risorsa "low-cost" da parte di questa fascia di pazienti possa risultare alternativo verso il consumo "high-cost" dell'ospedale per acuti.

Indirizzo per la corrispondenza

Bocchi Bruno, Medico Chirurgo
Ospedale San Secondo Parmense - Area di lungodegenza post acuzie
Via Vitali Mazza, 5 - 43017 - San Secondo Parmense
Email: bbocchi@ausl.pr.it

2. Health Technology Assessment per la riorganizzazione dei servizi: il caso del Day Service riabilitativo

Boraso Fravio, Cane Luciano, La Valle Giovanni, Ripa Franco

ASL Torino 4

BACKGROUND In attuazione del Piano d'indirizzo per la Riabilitazione 2011 del Ministero della Salute e della DGR 15.10.2012 n. 42-4752 di recepimento, dal giugno 2013 nell'Ospedale di Castellamonte dell'ASL Torino 4 è stato attivato il Day Service Riabilitativo, come forma di tecnologia organizzativa alternativa ai 15 posti letto di degenza ordinaria e day hospital riabilitativo di secondo livello, che nella Struttura sono stati disattivati a seguito della riconversione dell'Ospedale.

OBIETTIVI L'obiettivo del progetto è definire un sistema organizzativo in ambito riabilitativo, in grado di assicurare l'efficacia clinica a fronte di una riduzione dei costi di gestione. Il servizio riabilitativo utilizza l'esperienza e le professionalità strutturate negli anni al fine di una presa in carico di pazienti: - con disabilità complesse o identificabili come "caso complesso" - ovvero affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL - che richiedono un team multiprofessionale (almeno tre tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione) - in forma omnicomprensiva nel lungo termine, mediante un Progetto Riabilitativo Individuale che preveda molteplici programmi terapeutici.

METODI Secondo il modello dell'HTA, è stato formulato il quesito di interesse e sulla base della ricerca delle informazioni in letteratura si sono valutate le implicazioni relative a efficacia, sicurezza e sostenibilità economica inerenti il modello organizzativo di gestione della casistica in forma di "outpatient", nell'ambito di uno specifico percorso riabilitativo di riferimento. Il criterio d'inclusione prevede che il Day Service Riabilitativo sia rivolto a pazienti con disabilità complesse corrispondenti ai codici di disabilità 2 e 3 secondo la DGR n. 42 - 941 del 3 Novembre 2010, che necessitano di una presa in carico riabilitativa complessa e multiprofessionale non adeguatamente erogabile in regime ambulatoriale semplice. La modalità di accesso può essere sia post-dimissione ospedaliera secondo prescrizione redatta su scheda regionale di Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale compilata dal Fisiatra in consulenza, sia a seguito di visita fisiatrica ambulatoriale. Il personale comprende diverse figure professionali (Medico Fisiatra, Fisioterapisti, Logopedisti, Infermieri, Neuropsicologa, OSS), che operano in forma integrata ed utilizzano l'audit clinico come modalità sistematica di lavoro.

RISULTATI In particolare da giugno a novembre 2013 si sono registrati 1.300 accessi al Day Service Riabilitativo per un totale di 91 pazienti e una media di 14 accessi per paziente, con provenienza sia dagli ospedali pubblici e privati sia dagli ambulatori dell'ASL TO 4. Tra le condizioni più frequentemente trattate sono da segnalare: emiplegia (26 casi), protesi di anca (14 casi), Parkinson (11 casi), paraplegia (10 casi), sclerosi multipla (8 casi). In pura funzione di acquisto di prestazioni in committenza, se i 1.300 accessi hanno comportato un valore tariffario ambulatoriale di 109.615 Euro, il valore di acquisto stimato delle rispettive giornate di DH sarebbe di 208.000 Euro: il "cost saving" proiettato su una attività annuale si concretizzerebbe, dunque, in circa 200.00 Euro. Dal punto di vista degli esiti, le variazioni di punteggio medio in miglioramento, tra ingresso e dimissione dal Day Service Riabilitativo nei sei mesi in studio sono state le seguenti: - scala Barthel: 9,5 punti per patologie ortopediche, 3,2 punti per patologie neurologiche; - scala FIM: 8,3 punti per patologie ortopediche, 4,2 punti per patologie neurologiche.

LIMITI La tecnologia è da valutare sul campo su una casistica più ampia.

CONCLUSIONI Dall'incrocio della provenienza dei pazienti con le patologie trattate, si deduce che il Day Service Riabilitativo è una valida alternativa a ricoveri in degenza riabilitativa di secondo livello per specifiche situazioni definite. Tale forma risulta sostitutiva del ricovero per quanto riguarda in particolare: - i ricoveri ripetuti per gravi disabilità complesse (paraplegia, tetraplegia, esiti di ictus); - alcune forme di ricovero in secondo livello dopo l'ospedalizzazione per acuti (protesi totale di anca, protesi di ginocchio esiti di ictus). Il paziente, accanto ai vantaggi di poter disporre di un trattamento riabilitativo intensivo, usufruisce di tutti gli stimoli positivi derivanti dal rientro precoce e duraturo nel proprio ambiente familiare, con valori misurati degli indicatori di esito assolutamente consoni. In tale ambito, l'utilizzo di una metodologia di sviluppo strutturata secondo il modello HTA ha conferito maggiore robustezza alla progettazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Ripa Franco, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale TO4 - S.C. Programmazione e Controllo di Gestione
Via Po, 11 - 10034 - Chivasso
Email: franco.ripa@libero.it

3. I percorsi assistenziali in una azienda sanitaria: integrazione di setting di cura, multiprofessionalità e informatizzazione

Carlo Descovich, Danilo Di Diodoro, Laura Biagetti, Licia Minguzzi, Annunziata Siena, Massimo Annicchiarico

Ausl Bologna-IRCCS Scienze neurologiche

BACKGROUND La complessità dei percorsi di cura dei pazienti, determinata da un lato dall'evoluzione epidemiologica della popolazione assistita e dall'altro dalle spinte di innovazione tecnico professionale proprie dei sistemi sanitari, hanno fatto sì che si sia creato un terreno fertile per la nascita e crescita di uno strumento di governance dei passaggi fra setting e attori diversi della cura al paziente nel tempo. Questo strumento sono i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali).

OBIETTIVI Ridisegnare l'assistenza sanitaria secondo percorsi trasversali multidisciplinari-multiprofessionali per: implementare la best practice nella pratica quotidiana, riportare il paziente al centro del percorso, prevenire le potenziali disequità, favorire la collaborazione e l'integrazione multiprofessionale-multidisciplinare, migliorare l'efficacia delle cure, innovare in decrescita.

METODI Gruppi di lavoro multidisciplinari-multiprofessionali per il disegno e l'implementazione. Forte riferimento alle evidenze scientifiche-Reingegnerizzazione dei percorsi di cura nell'ottica di una "patient centered medicine" con una esplicita identificazione di responsabili. Forte spinta all'informatizzazione attraverso l'adattamento ed ammodernamento degli applicativi aziendali di ICT-Monitoraggio dei PDTA attraverso strumenti dedicati di percorso (schede di Valutazione Performance di Percorso – VPP), audit clinici e health equity audit. Per alcuni PDTA (mielolesioni, tumore della mammella, tumore del polmone, tumore del colon, SLA) certificazione di conformità del CERMET (nell'ottica di avviare una nuova modalità di project management).

RISULTATI Ad oggi sono stati sviluppati 31 PDTA (sui questi ambiti: 6 oncologici, 2 cardiovascolari, 9 neurologici, 4 materno-infantili, 3 traumatologici, 2 pneumologici, 5 altri). I temi affrontati in queste progettualità indicano un interesse dell'Azienda di ottimizzare l'assistenza sia per le principali patologie ad alta frequenza, ma anche per governare meglio percorsi spesso molto complessi di pazienti con malattie più rare. Ogni documento di PDTA comprende indicatori di monitoraggio propri. Oltre a questo set di indicatori, spesso molto specifici e oggetto di raccolte puntuali e/o audit (in tutto sono 60 gli audit sviluppati in questi anni in Azienda), la Direzione si è dotata di uno strumento dedicato la "Scheda Valutazione Performance di Percorso" (VPP), che ha lo scopo di illustrare, con pochi, robusti indicatori desunti da flussi dati correnti, l'andamento sulla qualità assistenziale di specifici PDTA. Ad oggi le schede VPP adottate sono 15 (6 su PDTA aziendali e 9 interaziendali) Come singolo esempio di miglioramento dell'efficacia assistenziale generato si riporta l'andamento dell'indicatore re-ricovero a 15 e 60 giorni per qualsiasi causa per pazienti con scompenso cardiaco: nel 2011 11% e 25,1% rispettivamente calati al 2012 a 9,8% e 21,2% rispettivamente. Come risultati della valutazione sotto il profilo qualitativo di questo approccio possiamo menzionare -chiara identificazione di ruoli e ambiti di intervento in una nuova e diversa matrice di responsabilità in merito alla rendicontazione finale dei risultati esplicitati con gli indicatori raccolti (soprattutto di processo ma nel complesso anche di esito) -evoluzione delle reti mono o oligo-disciplinari in metarete complessa, per integrare professionalmente reti esistenti che diventano a loro volta nodi di un disegno ancor più esteso -necessità di rivedere il modello organizzativo per dipartimenti sia per quanto concerne le logiche di governo della produzione, sia dal punto di vista delle relazioni e responsabilità -constatazione che la maggior parte dei pazienti percorre con traiettorie oblique non sempre prevedibili questi modelli frutto della complessità intrinseca dei percorsi di cura reali e delle comorbidità-necessità di un forte coordinamento all'interno di ogni PDTA, possibile con una reale integrazione professionale, logistica, informatico-informativa, organizzativa ed operativa-possibile frammentazione del sistema di offerta determinato dai percorsi.

LIMITI L'esperienza aziendale di adozione dei PDTA ha permesso di enfatizzare alcuni elementi di contesto necessari affinché le ricadute sull'assistenza al malato siano anzitutto tangibili ma soprattutto generatrici di valori rilevanti. Gli esiti dell'assistenza sono il risultato di un insieme di fattori, fra i quali l'organizzazione dei servizi è uno dei determinanti cardine. I modelli organizzativi in essere per innovare devono inevitabilmente essere al passo o anticipare i bisogni.

CONCLUSIONI L'adozione dei PDTA non può essere calata su una organizzazione sanitaria non in grado di rinnovarsi, di modificare il proprio assetto e rivedere i profili professionali presenti al proprio interno. L'adozione dei PDTA ha permesso alla nostra Azienda di rileggersi come organizzazione che deve diventare più resiliente sotto diversi punti di vista, per raggiungere quella capacità di farsi carico ed essere garante realmente di tutte le dimensioni di qualità dell'assistenza sanitaria (accountability).

Indirizzo per la corrispondenza

Descovich Carlo, Medico Chirurgo
Azienda USL di Bologna - U.O.C. Governo Clinico
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna
Email: carlo.descovich@ausl.bo.it

4. Integrare le informazioni sugli eventi avversi secondo la classificazione dell'OMS sulla sicurezza dei pazienti

Di Denia Patrizio, Rolli Maurizia, Porcu Elisa, Liverani Stefano

IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

BACKGROUND Al fine di identificare eventi avversi e near-miss sono a disposizione numerose fonti per la loro rilevazione. Ogni metodo di rilevazione presenta punti di forza e di debolezza. L'integrazione delle informazioni provenienti dalle diverse fonti possono offrire una rappresentazione più completa degli incidenti che avvengono in ambito sanitario. In letteratura internazionale vi sono alcune esperienze di utilizzo di tassonomie per la classificazione degli eventi relativi alla sicurezza dei pazienti. La International Classification of Patient Safety (ICPS) recentemente sviluppata dall'OMS, appare un importante passo verso un quadro concettuale di riferimento relativo alla sicurezza del paziente, in grado di facilitare il confronto delle informazioni provenienti da diverse fonti, sia a livello locale che tra le istituzioni. Presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna è attivo dal 2007 un Programma aziendale di gestione integrata del rischio. A livello aziendale erano inizialmente disponibili informazioni provenienti da fonti diverse, con modalità non omogenee di raccolta e elaborazione dei dati e un utilizzo non sistematico delle informazioni ai fini del miglioramento e dell'individuazione delle priorità.

OBIETTIVI Obiettivi del progetto sono stati quelli di: - Mappare i rischi presenti nella struttura mediante l'utilizzo di una tassonomia degli incidenti - Definire le priorità di intervento per attuare le relative strategie di riduzione dei rischi.

METODI Il progetto aziendale ha previsto i seguenti step: 1. Mappatura delle fonti informative per la sicurezza 2. Descrizione e definizione modalità flussi informativi 3. Analisi e valutazione dei dati provenienti dai diversi flussi 4. Integrazione delle informazioni attinenti la sicurezza 5. Individuazione delle priorità di intervento Per il 2012, le informazioni provenienti da 3 diverse fonti (Incident reporting, Segnalazioni dei pazienti e Sinistri) disponibili a livello aziendale sono state classificate e combinate tra loro usando le classi "Incident Type" e "Patient Outcome" della International Classification of Patient Safety (ICPS). L'"Incident Type", raggruppa categorie di incidenti di natura comune per le loro caratteristiche, mentre la classe "Patient Outcome" classifica l'esito per il paziente. Mediante l'analisi statistica dei dati si è confrontata la maggiore presenza di una specifica categoria "Incident Type" nei diversi database. Gli eventi sono stati successivamente collocati in una Matrice di Rischio semi-quantitativa a doppia entrata con 5 classi di accadimento e 5 classi di danno per la individuazione delle classi di rischio e delle priorità di intervento.

RISULTATI Considerando gli eventi segnalati nel 2012, provenienti dalle tre fonti informative considerate, si è evidenziato che rispetto alle 13 categorie "Incident Type" sono risultate più frequenti le categorie Clinical Process/Procedure (20%), Medication (17%), Patients Accidents (12%). Per quanto riguarda gli esiti sul paziente (Patient Outcome) sono risultate più frequenti gli eventi con Nessun danno (68%) e a seguire quelli con danno Minore (27,4%), Moderato (4,5%), Severo (0%) e Decesso (0,1%). L'analisi dei dati aggregati conferma che ogni fonte informativa contribuisce in modo diverso alla definizione delle categorie più frequenti. La valutazione effettuata con la Matrice di rischio ha evidenziato come le tipologie di eventi più frequenti sono anche quelle con una maggiore priorità di rischio. Sulla base delle priorità individuate, sono state previste a livello aziendale, delle strategie di intervento per la riduzione dei rischi, documentate nel Piano aziendale per la sicurezza del 2013.

LIMITI L'applicazione della classificazione ICPS è risultata non immediata a causa delle genericità di alcuni termini per i quali non è fornita una chiara ed esplicita definizione. Inoltre le fonti informative analizzate rilevano eventi di natura diversa (eventi avversi vs. near-miss vs. percezioni dei pazienti di danno subito, ecc.) con obiettivi diversi (gestione della segnalazione vs. miglioramento).

CONCLUSIONI La classificazione degli eventi effettuata con il sistema ICPS del WHO evidenzia che le fonti informative utilizzate identificano in modo prevalente tipologie differenti di incidenti. Questo suggerisce che è necessario utilizzare una combinazione dei metodi di rilevazione per individuare le aree di intervento su cui agire prioritariamente. Nonostante i limiti nell'utilizzo di informazioni provenienti da fonti informative diverse, la classificazione ICPS permette di avere un quadro concettuale di riferimento per l'integrazione delle fonti informative, con il quale è possibile fare confronti dei risultati delle attività relative alla gestione dei rischi sia a livello locale che tra aziende sanitarie.

Indirizzo per la corrispondenza

Di Denia Patrizio, Infermiere
Istituto Ortopedico Rizzoli - Ufficio Risk Management
Via di Barbiano, 1/10 - 40136 - Bologna
Email: patrizio.didenia@ior.it

5. Ridurre i tempi di accesso per l'angioplastica primaria nell'infarto STEMI: effetti della tele-refertazione dell'ECG

Gandolfi Chiara¹, Stroili Manuela¹, Perkan Andrea¹, Antonaglia Vittorio²

¹AOU Ospedali Riuniti Trieste, ²Ass n.1 Triestina

BACKGROUND E' noto che il risparmio di tempo nel porre una diagnosi certa di una patologia grave in corso può essere di beneficio ad ogni Paziente, consentendogli di ricevere più tempestivamente le cure appropriate e spesso di risolvere la malattia senza esiti invalidanti o mortali. La precoce effettuazione dell'Angioplastica percutanea coronarica transluminale primaria (PTCA) migliora la sopravvivenza dei Pazienti con Infarto di tipo STEMI, a maggior rischio di morte se effettuata tardivamente (Linee Guida internazionali).

OBIETTIVI Il nostro gruppo di lavoro ha valutato la casistica degli Infarti Acuti del Miocardio trattati dall'AOU di Trieste nell'anno 2012 ed i tempi necessari per l'effettuazione della rivascolarizzazione in Sala di Emodinamica degli Infarti di tipo STEMI. Si è voluto verificare se vi siano state delle riduzioni di tempo nel trattare questi Pazienti in Emodinamica in seguito all'attività di refertazione a distanza da parte dell'AOU di Trieste dell'elettrocardiogramma (ECG), eseguito con 12 derivazioni dal Servizio 118 al domicilio di quei Pazienti con sintomi suggestivi di infarto e trasmesso tramite rete cellulare dai Defibrillatori delle Ambulanze all'Unità Coronarica (UTIC). Prima dell'attivazione di questo servizio di tele-refertazione da parte dell'UTIC, un Paziente con dolore o sospetti problemi cardiaci si poteva presentare solo al Pronto Soccorso-Osservazione Temporanea dell'Ospedale, autonomamente o trasportato dalle ambulanze del 118 e da qui, se necessario, veniva trasferito alla Sala Emodinamica.

METODI E' stato consultato il Personale coinvolto in Cardiologia, Servizio 118, Centro Cardiovascolare, Pronto Soccorso e Osservazione Temporanea (PS-OT). Sono state individuate le tipologie dei Pazienti con la classificazione ICD9CM e DRG delle SDO e del Sistema Informativo del PS-OT elaborando in modo anonimo i dati. Sono stati conteggiati i tempi medi di permanenza in PS-OT dei Pazienti con sospetta diagnosi d'Infarto, prima del loro ricovero ed il tempo che precede l'effettuazione della PTCA negli Infarti STEMI da parte dell'Emodinamica.

RISULTATI In PS-OT si effettuano il Triage, la visita medica, l'ECG urgente, le consulenze specialistiche e gli esami di accertamento (troponina 1, etc..) impiegando per 113 casi nel 2012 la media di 72 minuti, se non sono Infarti di tipo STEMI. Se invece viene fatta diagnosi di IMA-STEMI, il Paziente viene trasportato subito in UTIC, mentre il Pronto Soccorso attiva il Personale medico ed infermieristico dell'Emodinamica. Nell'anno 2012 l'Ambulanza del 118 ha effettuato l'ECG in 50 Pazienti con IMA-STEMI trasportandoli direttamente al Polo Cardiologico, dov'è ubicata l'Emodinamica, anziché al Pronto Soccorso. Contemporaneamente l'UTIC, che aveva refertato l'ECG per il 118, ha attivato la Sala di Emodinamica mentre arrivava il Malato. In caso di diagnosi d'Infarto Miocardico Acuto di tipo STEMI la differenza complessiva di tempo nel trattamento dei due Gruppi di Pazienti è stata di 20 minuti in meno per i 50 casi di STEMI refertati dall'UTIC per il 118: cioè per tutti i 50 Pazienti si è svolta 20 minuti prima l'effettuazione della Procedura di rivascolarizzazione delle coronarie tramite PTCA in Emodinamica. Le nostre Emodinamiche, con la contigua Cardiocirurgia, sono sempre in servizio attivo o in reperibilità per 365 giorni all'anno. Nel 2012 l'AOU di Trieste ha trattato 824 Pazienti per diverse tipologie d'Infarto, di cui 782 provenienti da tutto il Friuli-Venezia Giulia e 42 da fuori Regione, sono state effettuate 597 Procedure di (PTCA) dal Servizio di Emodinamica, con diverse indicazioni cliniche, tra le quali 163 per Infarto di tipo STEMI provenienti con più mezzi di trasporto.

LIMITI Su oltre 400 ECG per sospetto d'Infarto inviati dalle Ambulanze del 118 all'UTIC di Cattinara, sono stati riscontrati 50 IMA-STEMI, con aumento dei carichi di lavoro dei Cardiologi di guardia. La trasmissione via rete-cellulare dell'ECG risulta essere scarsa in certe zone collinari o costiere per la ridotta copertura di campo, che però nel nostro territorio si ripristina in prossimità dell'Ospedale di Cattinara, consentendo all'Ambulanza del 118 in arrivo di effettuare l'invio del Tracciato elettrocardiografico, di acquisire la Diagnosi di STEMI dal Cardiologo dell'UTIC e di trasportare il Malato direttamente in Emodinamica o UTIC anziché al Pronto Soccorso.

CONCLUSIONI In conclusione il servizio pubblico di Telemedicina con refertazione a distanza dell'ECG da parte dell'UTIC dell'Ospedale per il Servizio 118 ha consentito nell'anno 2012 a Trieste di risparmiare mediamente 20 minuti di tempo per l'effettuazione in Emodinamica della PTCA primaria di rivascolarizzazione per i 50 Pazienti che hanno avuto un infarto di tipo IMA-STEMI. Questa terapia è da instaurare nel minor tempo possibile nell'infarto di tipo STEMI, secondo le Linee Guida Internazionali.

Indirizzo per la corrispondenza

Gandolfi Chiara, Personale amministrativo
Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti Trieste - Direzione Sanitaria
Via Farneto, 3 - 34142 - Trieste
Email: chiara.gandolfi@aots.sanita.fvg.it

6. Innovazione dei percorsi clinico-assistenziali in pneumologia: l'accesso domiciliare degli specialisti ospedalieri

Lusuardi Mirco¹, Massobrio Monica¹, Garuti Giancarlo¹, Spagnolatti Liliana¹, Gaioni Claudia¹, Riccò Daniela²

¹Ospedale Correggio, ²AUSL Reggio Emilia

BACKGROUND Una stretta collaborazione tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali è requisito fondamentale per una gestione domiciliare appropriata ed efficace di pazienti ad alta complessità clinica ed assistenziale, come ad esempio quelli portatori di cannula tracheostomica, dipendenti o meno da ventilazione meccanica. Dal 2005 l'AUSL di Reggio Emilia ha approvato e messo in atto un "progetto di supporto specialistico all'assistenza domiciliare integrata" promuovendo la attività sul territorio degli specialisti ospedalieri in collaborazione con le equipe infermieristiche domiciliari (SID) ed i Medici di Medicina generale (MMG).

OBIETTIVI Scopo della presente analisi è stato quello di verificare la fattibilità del progetto in ambito respiratorio ed i potenziali esiti in termini di minor ricorso agli accessi ospedalieri per controlli pneumologici con procedure invasive come la sostituzione regolare della cannula tracheostomica ed il prelievo arterioso per emogasanalisi.

METODI L'inserimento dei pazienti nel progetto avviene di solito con una riunione di presa in carico a cui partecipano tutti i soggetti interessati prima della dimissione ospedaliera. La visita pneumologica domiciliare avviene solitamente in modo programmato, o secondo un calendario regolare o al bisogno sempre però concordata con il SID ed il MMG. Il progetto non prevede accessi in emergenza/urgenza. Le prestazioni sono incentivate come aggiuntive fuori orario di servizio. I dati sono stati raccolti retrospettivamente.

RISULTATI Dal 2005 al 2012 si è registrato un progressive incremento nel numero di pazienti e di visite domiciliari da parte dello specialista Pneumologo: 2005: 4 pazienti/5 visite; 2006: 4/10; 2007: 7/17; 2008: 14/60; 2009: 15/65; 2010: 30/130; 2011: 40/185; 2012: 56 pazienti/218 visite. Alla fine del 2012 risultavano in follow-up 48 pazienti (età media 52, intervallo di variazione 3-82 anni, M/F 28/20) di cui 45 con tracheostomia e 26 in ventilazione meccanica >16 ore/die. Tre pazienti erano in ventilazione non invasiva; 16 inseriti in un programma di tele monitoraggio che prevede inoltre la possibilità di accesso domiciliare del fisioterapista per trattamenti riabilitativi respiratori. Le principali patologie sono rappresentate da esiti di grave cerebro lesione, malattie neuromuscolari progressive (es. SLA) e malattie genetiche. Tutte le procedure invasive sono state eseguite da personale esperto; nessuna complicanza maggiore si è mai verificata nella sostituzione della cannula tracheostomica (es. emorragia, dislocazione, lacerazione dello stoma, insufficienza respiratoria acuta).

LIMITI Studio retrospettivo. Assenza di analisi economica pre-post.

CONCLUSIONI Specialisti ospedalieri esperti, lo Pneumologo nel nostro caso specifico, possono cooperare agevolmente e profittevolmente con i servizi territoriali (SID e MMG) nella gestione di pazienti molto complessi, evitando accessi ospedalieri anche per procedure invasive. Una stretta collaborazione tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali è indispensabile al momento della dimissione di pazienti complessi al domicilio o verso strutture protette, ma è anche una importante opportunità per la gestione domiciliare a lungo termine di pazienti cronici con problemi clinici ed assistenziali particolarmente significativi. I nostri dati evidenziano l'applicabilità e l'utilità di un siffatto modello operativo anche nel caso di pazienti con gravi patologie respiratorie da cause diverse e che richiedono periodiche valutazioni o procedure specialistiche che solitamente vengono effettuate in ambiente sanitario protetto, in particolare ospedaliero.

Indirizzo per la corrispondenza

Lusuardi Mirco, Medico Chirurgo
Ospedale di Correggio - San Sebastiano - U.O. Riabilitazione Cardio-Pneumologica
Via Mandriolo Superiore, 11 - 42015 - Correggio
Email: lusuardimi@ausl.re.it

7. L'Agencia di Continuità Ospedale-Territorio: un progetto provinciale per la presa in carico delle dimissioni difficili

Maccari Mauro¹, Vigni Luca¹, D'amato Maria Pia¹, **Poeta Ornella¹**, Righi Lorenzo², Calvelli Patrizia¹, Nante Nicola²

¹ASL 7 Siena, ²Università degli Studi di Siena

BACKGROUND L'integrazione Ospedale-Territorio rappresenta uno dei pilastri della corretta gestione del paziente, un irrinunciabile elemento di qualità in grado di ridurre i disagi di paziente e familiari, limitare i ricoveri ospedalieri ripetuti e facilitare l'individuazione precoce e condivisa della tipologia di servizio da attivare alle dimissioni. In Regione Toscana con GRT. 402-04 e successiva LR n. 66-08 sono stati istituiti i Punti Unici di Accesso (PUA) per gli ospedali; contemporaneamente con il DGR n. 1010 del 01/12/2008 è stato approvato il modello di organizzazione funzionalmente dedicata alla Continuità Assistenziale.

OBIETTIVI 1) Costruire un'Agencia di Continuità Ospedale-Territorio interaziendale, a beneficio di un'intera provincia, in grado di prendere in carico le dimissioni "difficili" provenienti dai 3 Ospedali di USL e dal Policlinico Universitario (AOU) segnalate in modo univoco, previa valutazione intraospedaliera precoce. 2) Monitorare l'appropriatezza delle segnalazioni da parte dei 4 ospedali e la capacità di presa in carico dei casi da parte delle 4 Zone/Distretto in cui si articola la USL7.

METODI 1) Valutazione precoce del paziente e dei suoi bisogni: il personale di reparto somministra la scheda BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) al paziente entro 48/72 ore dall'ingresso (il livello di alert previsto corrisponde ad un punteggio superiore a 10). Nel caso di paziente a rischio si attiva la segnalazione di caso difficile all'ACOT Una volta ricevuta la scheda BRASS l'ACOT informa, via e-mail o con apposito applicativo, il PUA di Zona che comunica al MMG una possibile "dimissione difficile" 2) Redazione Scheda di Segnalazione al Territorio: se il caso intercettato è inquadrato come situazione di criticità a medio o alto carico assistenziale (scala Brass) il Medico e il Coordinatore infermieristico del reparto dimettente, provvederanno ad integrare la documentazione già inviata, compilando ed inoltrando via mail alla ACOT una seconda scheda: la scheda di segnalazione al territorio. 3) Identificazione dei livelli di rischio e assegnazione di un codice colore: nel caso di rischio medio alto il referente ospedaliero per l'ACOT si attiva per completare il quadro delle informazioni necessarie ad identificare le necessità assistenziali del paziente in dimissione ed attribuisce al paziente un codice colore. Ciò al fine di attivare il servizio territoriale più appropriato alla presa in carico del paziente (monoprofessionale, gruppo di progetto, UVM). 4) Stesura del Progetto Assistenziale Individuale (PAI): una volta individuato il livello di complessità del paziente è possibile procedere alla stesura del PAI, redatto dal gruppo di progetto (con il coinvolgimento del paziente e dei familiari). Nel PAI sono specificati i seguenti contenuti: obiettivi di salute, azioni da realizzare, operatori coinvolti, tempi di attivazione, durata prevista, data della rivalutazione, identificazione del care manager (se ritenuto necessario). Tale progetto viene trasmesso dal Medico di Comunità all'ACOT per facilitare l'attivazione delle dimissioni. 5) Dimissione: una volta concordata la data delle dimissioni e il percorso assistenziale territoriale l'ACOT provvede a comunicare alle parti interessate ora e modalità di dimissione per favorire la presa in carico immediata. 6) Monitoraggio della tipologia di percorso attivato: informazione di ritorno alla ACOT territoriale circa il percorso attivato e le eventuali criticità riscontrate.

RISULTATI Il risultato atteso è la garanzia di continuità ospedale-territorio e il monitoraggio/misurazione delle diverse performance ospedaliere di segnalazione e territoriali di presa in carico. I risultati del progetto saranno monitorati attraverso i seguenti indicatori: 1) Efficacia della presa in carico (numero ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera / numero dei soggetti presi in carico) 2) Corretta tempistica delle segnalazioni (segnalazioni entro 72h / segnalazioni totali x100) 3) Appropriatezza delle segnalazioni (numero segnalazioni/numero pazienti codice giallo o rosso) 4) Mancate segnalazioni (numero di segnalazioni non pervenute all'ACOT in tempi utili ma che hanno richiesto entro 10 giorni dalla dimissione l'attivazione dei servizi territoriali / numero soggetti fruitori dei servizi territoriali)

LIMITI La possibile criticità del progetto è la capacità reale di integrazione di una centrale provinciale con i PUA Zonali e gruppi operativi di progetto dislocati sul territorio.

CONCLUSIONI L'attuale progetto mira ad ottimizzare l'utilizzo degli ospedali riducendo i tempi di degenza inappropriati attraverso una presa in carico territoriale guidata e monitorata, mira inoltre a rendere visibili le diversità esistenti tra le zone al fine di adottare per ogni percorso la Best Practice Si prevede l'inizio del progetto entro il primo trimestre 2014.

Indirizzo per la corrispondenza

Righi Lorenzo, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Siena - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva
Via delle Scotte - 53100 - Siena
Email: lorenzo.righi@gmail.com

8. Migliorare le performance in sanità: dalle criticità identificate dal Programma Nazionale Esiti alla riorganizzazione dei servizi aziendali

Messori Ioli Giovanni¹, Gennusa Emanuele², Bo Marco³, Zardo Luciano¹, Dore Maurizio¹

¹ASL TO 5, ²Facoltà di Ingegneria - Politecnico di Torino, ³Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche - Università degli Studi di Torino

BACKGROUND Negli ultimi anni il tema della valutazione delle performance - intesa come confronto tra strutture simili ed analisi delle cause di eventuali scostamenti - ha assunto sempre maggiore rilevanza come possibile garanzia di un servizio efficiente, capace di erogare cure efficaci controllando i costi. È stato ritenuto condivisibile il presupposto che la circolazione di informazioni aggiornate sugli esiti delle cure possa favorire la trasparenza, far emergere le potenzialità di chi opera meglio e con maggiore efficienza, motivare il personale. Negli ultimi anni, in Italia, sono stati avviati diversi progetti finalizzati alla valutazione degli esiti delle cure e delle performance delle strutture sanitarie. Il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) mette a disposizione dall'anno 2010 una banca dati nazionale di indicatori di esito, finalizzata alla valutazione sistematica della qualità delle cure erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate. L'ultima edizione prevede 114 indicatori suddivisi per aree omogenee; tra questi il Quotidiano Sanità ha recentemente selezionato 7 indicatori considerati come maggiormente significativi. Il laboratorio MeS di Pisa fornisce invece annualmente valutazioni sintetiche delle performance di alcuni sistemi sanitari regionali tramite un set di 60 indicatori e la loro visualizzazione tramite il Sistema Bersaglio. Nell'ottobre 2013 la Direzione Sanità della Regione Piemonte ha inviato a tutte le Aziende Sanitarie regionali un report contenente dati aggiornati relativi alle performance ottenute su 26 indicatori forniti dal PNE. A ciascuna Azienda è stata richiesta una relazione sulle possibili cause degli eventuali scostamenti osservati rispetto allo standard di riferimento e sulle possibili azioni di miglioramento.

OBIETTIVI Analizzare le cause di scostamento relative agli indicatori di outcome elaborati dal PNE per i quali l'ASL TO5 dimostra di avere uno scostamento rispetto allo standard di riferimento, identificando poi possibili strategie correttive.

METODI La relazione regionale è stata analizzata per identificare gli indicatori per i quali non fossero disponibili dati aziendali disaggregati o i valori ottenuti a livello aziendale presentassero scostamenti rispetto allo standard (rif.). Sono stati organizzati incontri tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle strutture interessate per analizzare le possibili cause di tali scostamenti e valutare la necessità di procedere ad approfondimenti o di identificare strategie correttive.

RISULTATI Sono state evidenziate le seguenti criticità: - mortalità a 30 gg per interventi per tumore dello stomaco (rif. 5.8%): 33% c/o osp. di Carmagnola - ricoveri ordinari (R.O.) di durata < 3 gg per colecistectomia laparoscopica (rif. 61.5%): 39.8% c/o osp. di Moncalieri - interventi di PTCA in pazienti affetti da IMA NO STEMI (rif. 21.6%): 44% c/o osp. di Moncalieri - R.O. con degenza pre-operatoria < 48 hh per interventi per frattura del femore (rif. 40.2%): 45% c/o osp. di Chieri e 52% c/o osp. di Carmagnola - mortalità a 30 gg per ictus (rif. 12,1%): 20% c/o ASL TO5 - R.O. di durata > 1gg per tonsillectomia in soggetti < 18 aa (rif. 0.26%): valore medio > 0.43% in Piemonte in assenza di dati disaggregati aziendali. Le riunioni condotte con i responsabili delle strutture interessate hanno evidenziato: - un eccesso di mortalità per interventi per tumore allo stomaco attribuibile ad un singolo reparto di chirurgia che ha effettuato un numero limitato (6) di interventi nel 2012 - un eccesso di R.O. di durata > 3 gg per colecistectomia laparoscopica limitato ad un solo presidio (43 su 110 R.O. per DRG 49.4) ed attribuibile all'attrazione esercitata dalla sede dell'UTIC aziendale su pazienti con maggiori comorbidità - un aumento dei tempi di attesa per intervento per frattura di femore attribuibile alla complessità dei singoli casi clinici (comorbidità per patologie cardiache e della coagulazione) - un solo R.O. su 129 per tonsillectomia in soggetti < 18 aa aveva avuto durata > 1 gg (1%). È stata evidenziata la necessità di ulteriori approfondimenti in relazione alle problematiche relative al trattamento dei pazienti affetti da IMA NO-STEMI e da ictus. In risposta alle criticità rilevate: - è stato identificato un unico centro aziendale per il trattamento chirurgico del tumore dello stomaco - è stata richiesta una revisione casistica sul trattamento dei pazienti affetti da IMA NO-STEMI ed ictus o sottoposti a colecistectomia laparoscopica.

LIMITI La disponibilità di dati aggiornati su indicatori di esito ha consentito di monitorare l'andamento delle performance cliniche di alcune strutture aziendali, di identificare potenziali aree di inappropriata e di pianificare strategie di miglioramento organizzativo, che saranno monitorate nei prossimi mesi.

CONCLUSIONI Il numero di attività effettivamente monitorabili tramite indicatori di esito è allo stato attuale ancora limitata. Emerge poi la necessità di ricorrere ad approfondite analisi retrospettive su singoli casi.

Indirizzo per la corrispondenza

Messori Ioli Giovanni, Medico Chirurgo
Ospedale Maggiore di Chieri - Controllo di Gestione
Via Demaria, 1 - 10023 - Chieri
Email: messorioli.giovanni@aslto5.piemonte.it

9. Prescrizione dei test di laboratorio in medicina generale: dalla formazione sul campo al miglioramento dell'appropriatezza

Milano Maria, **Cosola Alda**, Martina Simona, Ventriglia Giuseppe

ASL TO3

BACKGROUND La Regione Piemonte con la DGR n. 16-1829 del 07/04/2011 sull'Appropriatezza prescrittiva degli esami ematochimici dava indicazione alle ASL di inserire il protocollo suggerito tra le proprie procedure interne. L'ASL TO3, verificato di essere quelle con il più elevato numero di prescrizioni di esami ematochimici, decideva di imporre i protocolli quali Progetto obiettivo obbligatorio per il 2012 per la MG e chiedeva di ridurre la prescrizione del 10% degli esami fruiti per singolo assistito portando il valore globale unitario medio per assistito a 10,5 esami per paziente/anno. La maggior parte dei MMG non conosceva la Delibera Regionale e l'ASL aveva prospettato il Progetto Obiettivo senza dare alcuna indicazione tecnica rispetto agli esami a rischio di inappropriata prescrizione. La Commissione Formazione per la Medicina Generale della ASL ha sviluppato un progetto secondo il modello Precede-Proceed di Green e Kreuter, che ha prodotto un percorso formativo per i MMG al fine di rendere accettabile e realizzabile il Progetto Obiettivo, coinvolgendo anche i medici specialisti, spesso grandi induttori di prescrizioni anche inappropriate, ed i Direttori dei 9 Distretti dell'ASL TO3. Il progetto si è sviluppato su due anni, 2012 e 2013.

OBIETTIVI Condividere le indicazioni regionali sugli esami a rischio di inappropriata prescrizione; ridurre la prescrizione di un piccolo set di esami di frequente prescrizione, a rischio di inappropriata prescrizione; elaborare strategie per condividere le indicazioni sull'appropriatezza degli esami di laboratorio con gli specialisti; mantenere nel tempo il cambiamento ottenuto nel primo anno.

METODI Il progetto si è svolto in più fasi utilizzando un modello di progettazione, riconosciuto a livello internazionale, come il modello Preceed-Proceed di L. Green e W. Kreuter che verrà descritto nella comunicazione. La modalità didattica individuata è stata la Formazione sul campo, accreditata secondo il Sistema regionale di Educazione Continua in Medicina ECM, con 20 crediti per l'anno 2012. Il progetto ha previsto per ciascun medico un impegno per questo progetto di 40 ore complessive tra momenti di lavoro individuale e momenti in équipe ed in riunioni plenarie. Sono stati coinvolti tutti i 430 MMG dell'ASL TO3.

RISULTATI Il processo formativo è stato sottoposto a valutazione di processo, di impatto e di risultato. Il risultato atteso era una diminuzione del 2% del numero delle prescrizioni del set di esami considerati. Sono disponibili e si presenteranno i risultati relativi alla popolazione assistiti ASL TO3 sulla base dei seguenti indicatori: a) il numero delle prescrizioni del set di esami ematochimici oggetto di valutazione del percorso di Formazione sul campo. I risultati saranno presentati mettendo confronto gli anni 2011 e 2012 (1° anno del corso) ed il I semestre 2012 con il I semestre 2013 (2° anno del corso). b) la valorizzazione economica delle suddette prescrizioni. Anche questa verrà analizzata nel confronto tra il 2011 e 2012 (1° anno del corso) e tra il primo Semestre 2012 e 2013. La valorizzazione economica non rappresenta un risparmio tout court, ma evidenzia in modo netto che prescrivere in modo appropriato fa diminuire la spesa sanitaria. Dei MMG partecipanti, il 98% ha raggiunto il risultato minimo atteso. In realtà il risultato del progetto finale è stato superiore all'atteso per due ordini di motivi: uno economico (si è ottenuto un decremento su tutte le prescrizioni superiore al 16%, risultato che è stato valorizzato in circa 3 milioni di euro) ed uno professionale, con l'apertura di una profonda riflessione nei MMG sul tema dell'appropriatezza e più in generale dei margini di miglioramento dell'attività professionale. La valutazione dell'impatto e di risultato per il secondo anno di lavoro è ancora in corso. Sono disponibili i risultati del I semestre.

LIMITI Il percorso, fortemente innovativo per il numero e la tipologia di professionisti coinvolti, per la modalità formativa e per il risultato misurabile, non ha trovato confronto con esperienze simili e pertanto non si ha evidenza del mantenimento del cambiamento oltre i due anni.

CONCLUSIONI Il progetto ha permesso di coinvolgere un numero molto elevato di Medici di Medicina Generale (430), che, attraverso un percorso formativo di formazione sul campo, coordinato e monitorato passo a passo, hanno attuato un importante processo di cambiamento di comportamento professionale nell'ambito della Appropriatezza prescrittiva.

Indirizzo per la corrispondenza

Cosola Alda, Psicologo
ASL TO3 - S.S. Progetti di Promozione della Salute
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 - Collegno
Email: cosolaa@gmail.com

10. Transitional care: implementazione di un modello organizzativo multidimensionale di cure intermedie

Minniti Davide¹, **Giacometti Marika**², Ceruti Michele², Grassano Pasquale³, Pasqualucci Arturo¹, Siliquini Roberta⁴, Cesari Luisella⁵, Cosenza Gaetano⁵

¹OO.RR di Rivoli, ²Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Torino, ³Distretto di Avigliana e Susa - ASL TO3, ⁴Dipartimento di Scienze della Sanità pubblica e Pediatriche - Università degli Studi di Torino, ⁵ASL TO3

BACKGROUND La rapida modificazione della popolazione ha profondamente modificato il funzionamento della rete dei servizi ospedalieri e territoriali. Nel paziente anziano paga una strategia di integrazione tra tecnologia e assistenza continuativa, a cui affiancare la strategia dell'organizzazione sanitaria e, in particolare, dell'appropriatezza organizzativa. Il modello di Cure Intermedie (CI) può essere considerato un servizio "ponte" tra l'ospedale ed il territorio, ma rappresenta una difficile sfida perché deve rispondere a specifici requisiti di appropriatezza, efficacia, efficienza e sicurezza. Per far fronte alla situazione socio-economica attuale ed in riferimento al PSSR 2010-2015, il Piemonte ha recentemente attuato un piano di rientro che mira a superare l'inappropriatezza di alcune prestazioni e delle loro modalità di erogazione. Di conseguenza la DGR n. 6-5519 del 14/03/13 ha previsto per l'ASL TO3 la riconversione di 5 ospedali in strutture di assistenza territoriale per le CI.

OBIETTIVI Valutare l'appropriatezza organizzativa, l'efficacia e l'efficienza delle diverse dimensioni del modello organizzativo di CI: Centro di Assistenza Primaria (CAP), Servizio di Telemedicina, Continuità Assistenziale a valenza sanitaria (CAVs).

METODI La prima fase del progetto ha previsto l'apertura del CAP presso il presidio di Avigliana (il 01/07/13) e l'attivazione di servizi ambulatoriali integrati per un totale di 238 h/settimana. Si è poi provveduto ad attivare il Servizio di Telemedicina dell'ASL che si occupa di monitorare a distanza i pazienti cronici/fragili. Sono stati misurati i volumi di attività del CAP relativi ai primi quattro mesi ed è stato misurato l'impatto di questo nuovo modello organizzativo sull'attività della struttura di Emergenza di riferimento presso il DEA di Rivoli. Per quanto concerne la CAVs, si è provveduto ad effettuare un'analisi di appropriatezza ex ante ed un'analisi dei costi relativamente all'attività di ricovero dei reparti di medicina dei 5 ospedali oggetto di riconversione.

RISULTATI Il totale degli accessi al CAP, nei mesi indice del 2013, è di 1.312 casi, con una media di 13,6 pazienti/die. Il 70% dei casi ha richiesto l'intervento medico, nel restante 30% è stata sufficiente la presenza di un infermiere. Cause di accesso più comuni: traumi (22%), ustioni (10%), disturbi dermatologici (5%) e dolore addominale (10%). Nel 65% dei casi l'esito è stato la dimissione a domicilio, nel 10% l'invio presso il MMG, solo il 5% dei pazienti è stato inviato in DEA. Per la CAVs, un'analisi dei dati delle SDO dei reparti di medicina degli ospedali oggetto di riconversione, ha dimostrato come il numero di p.l. per acuti non fosse coerente con l'esigenza assistenziale di pazienti in gran parte necessitanti di cure post-acuzie (inappropriatezza del 55%). Sulla base di tali analisi si è provveduto a riconvertire n.163 p.l. per acuti in n.110 p.l. di CI, con il duplice intento di ridurre i p.l. in termini assoluti e di riorganizzare il setting assistenziale in modo più appropriato. Ulteriore beneficio: la netta riduzione del costo per p.l., con un risparmio di circa 24.000 €/die, derivante dall'analisi dei costi dei fattori produttivi correlati alla funzione di CI territoriali relativa alla casistica di pazienti considerati appropriati per tale funzione. Il servizio di Telemedicina si inserisce perfettamente in questo modello organizzativo attraverso una presa in carico globale del paziente. Attualmente sono monitorati a domicilio 32 pazienti i cui dati clinici convergono nella Centrale Operativa di Avigliana. E' stato, poi, misurato l'impatto del modello organizzativo di CI sull'attività del DEA di Rivoli ed è emerso come, rispetto allo stesso periodo del 2012, i codici bianchi siano diminuiti dal 17% al 13% ed i codici verdi abbiano subito una lieve riduzione (circa l'1,5%), soprattutto tra specifiche categorie di pazienti, limitando gli accessi inappropriati e l'overcrowding in DEA.

LIMITI Non sono ancora disponibili i dati relativi alle successive fasi del progetto (estensione servizio di telemedicina ad altre sedi, riorganizzazione RRF, potenziamento cure domiciliari).

CONCLUSIONI L'attività ospedaliera necessita di una forte integrazione organizzativa con l'assistenza territoriale che sviluppi connessioni e modalità di relazione a "ponte" con l'ospedale in un'ottica di continuità di cura dal territorio all'ospedale e viceversa. Partendo da tali presupposti è evidente che la riconversione di parte della rete ospedaliera in rete di assistenza primaria si presenta come un processo di implementazione innovativo, ma complesso, che necessita di una metodologia rigorosa. La nostra esperienza dimostra come la sinergia di nuovi modelli assistenziali rappresenti una possibile soluzione ai problemi legati alla corretta gestione dei pazienti e possa garantire l'erogazione di prestazioni appropriate in modo tale da garantire quella sostenibilità di cui il nostro SSN ha particolare bisogno in questo momento storico.

Indirizzo per la corrispondenza

Giacometti Marika, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: marika.giacometti@unito.it

11. Migliorare l'appropriatezza professionale e organizzativa: un percorso ospedale-territorio per la malattia tromboembolica

Romano Elisa, Pacetti Edoarda, Malasoma Paolo, Sanna Lanfranco, Scardigli Veronica, Conti Andrea

ASL 5 "Spezzino"

BACKGROUND La Trombosi venosa profonda (TVP) ed l'Embolia Polmonare (EP) rappresentano due manifestazioni del Tromboembolismo Venoso (TEV), terza più comune patologia cardiovascolare dopo l'infarto del miocardio e l'ictus ischemico. Un MMG con 1000 pazienti può sospettare una TVP, e quindi avere la necessità di eseguire le indagini del caso, almeno 6 volte l'anno e di questi i casi confermati saranno all'incirca due.

OBIETTIVI Riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al P.S. dei pazienti con sospetta TVP, attraverso l'accesso privilegiato ad un percorso, concordato con i MMG, per una diagnosi tempestiva (max 48h).

METODI Il MMG, dopo adeguata formazione, applica lo score di Wells e stratifica la probabilità di TVP: se il rischio è alto inizia la terapia immediatamente, contatta il Centro di Diagnostica Vascolare tramite un numero telefonico dedicato e prende l'appuntamento. Il paziente è inviato al Centro con impegnativa per la valutazione strumentale (Ecocolordoppler Venoso) e chimico-clinica (D-Dimero) da eseguirsi nel più breve tempo possibile e comunque entro le 48 ore. Nei casi positivi il paziente è rinvio al MMG, per essere seguito a domicilio, o ricoverato, nei casi a rischio elevato. I casi dubbi entrano in un percorso di controlli che prevede l'esame D-dimero. Dal 2012 è entrato nel percorso anche il P.S. ed è stato offerto dall'Ambulatorio un posto al giorno per ecocolordoppler con modalità urgente, prenotabile tramite CUP.

RISULTATI Il percorso è stato presentato nel 2010 e attivato nel 2011. Nell'ambulatorio sono stati visti 120 pazienti nel 2011, 89 pazienti nel 2012, 76 pazienti nel 2013, con progressiva riduzione delle richieste improprie. Sono stati selezionati tramite DRG i ricoveri per TEV e varici arti inferiori per gli anni 2009, 2010, 2011 e 2012, considerando appropriati solo i ricoveri per EP - DRG 4150, 41511, 41519. Nel 2009 su 405 ricoveri sono risultati appropriati 124 (30%). Nel 2010 su 380 sono risultati appropriati 132 (34%). Nel 2011 su 324 sono risultati appropriati 114 (35%). Nel 2012 su 288 sono risultati appropriati 110 (38%). Nel 2013 (primi otto mesi) su 180 sono risultati appropriati 55 (30%). Nell'arco di tre anni i ricoveri totali dei DRG presi in esame si sono abbattuti del 30% e quelli per EP del 17%.

LIMITI Il percorso assistenziale ha migliorato l'appropriatezza delle richieste di indagini diagnostiche, ha ridotto i ricoveri impropri e, anche se in piccola parte, ha abbattuto i ricoveri per Embolia Polmonare, temibile e possibile complicanza della Trombosi Venosa Profonda.

CONCLUSIONI I dati del 2013 sono parziali e da rivedere nel contesto del dato annuale definitivo.

Indirizzo per la corrispondenza

Romano Elisa, Medico Chirurgo
Azienda Unità Sanitaria Locale n. 5 Spezzino - S.S. Risk Management
Via XXIV Maggio, 139 - 19124 - La Spezia
Email: elisa.romano@asl5.liguria.it

12. Gli effetti sulla prevalenza del taglio cesareo di un ambulatorio per la promozione del parto naturale

Simonetti Valentina¹, Comparcini Dania¹, Buonagiunto Maria Luisa¹, Sabbion Paola¹, Di Nicola Marta², Cicolini Giancarlo²

¹Università "G. D'Annunzio di Chieti" - Scienze Infermieristiche ed Ostetriche di Chieti, ²P.O. Lanciano-Vasto-Chieti

BACKGROUND Il taglio cesareo (TC) è una procedura chirurgica eseguita su donne di tutto il mondo, spesso senza una reale necessità, con un tasso in continuo aumento soprattutto nei paesi industrializzati. In Italia la prevalenza del TC è più elevata rispetto ai valori di altri paesi europei, con spiccate differenze intra ed interregionali. Tale pratica espone le pazienti sia a rischio di complicanze evitabili che ad un aumento dei costi Sanitari. Tra i fattori riconducibili al ricorso del TC emergono: le carenze organizzative, la medicina difensiva, la convinzione che sia una modalità elettiva di nascita, lo scarso supporto alla donna del personale sanitario nel percorso di accompagnamento alla nascita. Diverse evidenze infatti, suggeriscono come alcuni interventi educativi rivolti alle donne in gravidanza, aumentano la probabilità del parto naturale rispetto al cesareo. Un ambulatorio dedicato al parto naturale, potrebbe risultare determinante nel dipanare dubbi ed incertezze nella gestante e promuovere la scelta del parto naturale rispetto al TC.

OBIETTIVI Confrontare la prevalenza dei tagli cesarei prima e dopo l'implementazione di un ambulatorio dedicato alla promozione del parto naturale.

METODI L'indagine è stata condotta consultando i dati delle cartelle cliniche delle pazienti afferenti al Dipartimento materno-infantile della USL di Pescara dal 1 febbraio al 31 ottobre 2011, prima dell'attivazione dell'ambulatorio, e dal 1 febbraio al 31 ottobre 2012, dopo l'attivazione dello stesso. Sono state incluse tutte le schede ostetriche delle donne con: gravidanza a termine (37 settimane di gestazione); feto vivo in presentazione cefalica; precedente parto spontaneo; precedente taglio cesareo eseguito in travaglio con buona dilatazione cervicale raggiunta; intervallo tra i parti di 18-24 mesi; conflitto decisionale rispetto alla modalità di parto. I criteri di esclusione sono stati i seguenti: inizio spontaneo del travaglio prima dalla 35a settimana; pregressa incisione uterina longitudinale; pregressa rottura d'utero; pregressi interventi isterotomici; inserzione placentare previa marginale; infezione primaria da Herpes Simplex, infezioni in fase attiva con possibile trasmissione al feto durante il parto; feto singolo in presentazione anomala; diabete pre-gestazionale o gestazionale con feto stimato = 4500 grammi a partire dalla 38^a settimana di gestazione.

RISULTATI Dall'analisi dei dati è emerso che sul totale delle cartelle esaminate (2623), il campione è costituito da donne che hanno espletato prevalentemente il parto naturale (62%; 68%) con un'età media di 32.0±1.9 e 31.6±0.3, di nazionalità italiana (82%; 87%) per l'anno 2011 e 2012 rispettivamente. Rispetto alla tipologia di parto espletato, si è verificato sia un incremento del 6% dei parti naturali, che una riduzione (6%) dei tagli cesarei ($p < 0,001$).

LIMITI Il disegno di studio, descrittivo e monocentrico non permette la generalizzabilità dei risultati e consente di formulare solo delle ipotesi; pertanto ulteriori studi prospettici si rendono necessari a sostegno delle differenze osservate.

CONCLUSIONI Dai risultati è emersa una riduzione del tasso di prevalenza dei tagli cesarei, e quindi una inversione di tendenza alla tipologia di parto, prima e dopo l'ambulatorio dedicato al parto naturale. Si ipotizza pertanto che l'attivazione di tale servizio, contestualmente ad un percorso educativo e di accompagnamento alle donne in gravidanza gestito dal team multidisciplinare, siano efficaci nella promozione del parto naturale. Ruolo fondamentale è svolto sicuramente dalla figura dell'operatore sanitario che, attraverso la componente educativa, può motivare la gestante cercando di non disorientarla nella sua scelta ma piuttosto sensibilizzandola, spiegandole che in assenza di controindicazioni, il parto naturale, anche dopo taglio cesareo, rappresenta la scelta preferibile ed attesa, sia per il benessere proprio che del futuro nascituro.

Indirizzo per la corrispondenza

Simonetti Valentina, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 8 Civitanova Marche
Piazza G.Garibaldi, 8 - 62013 - Civitanova Marche
Email: v.simonetti@unich.it

13. Ridurre i ricoveri inappropriati: l'integrazione tra emergenza-urgenza e assistenza domiciliare

Urso Domenico Lorenzo

ASP Cosenza

BACKGROUND L'invecchiamento della popolazione e il progressivo aumento delle malattie cronico-degenerative impongono, nell'ottica di un'efficace ed efficiente utilizzo delle risorse destinate al SSN, l'identificazione di setting assistenziali alternativi e complementari al ricovero ospedaliero da limitare, sulla base di criteri di appropriatezza clinica, solo alla fase di acuzie della malattia. Le patologie croniche comportano spesso condizioni di fragilità e/o di non autosufficienza che devono trovare la loro giusta allocazione nelle diverse articolazioni dei servizi e delle strutture territoriali, Cruciale in questo senso è l'integrazione ospedale-territorio sia in entrata che in uscita dalle strutture ospedaliere che rappresentano spesso l'imbuto del sistema. In tal senso è fondamentale riconsiderare il concetto di appropriatezza del ricovero dalle strutture di emergenza-urgenza.

OBIETTIVI Individuare un percorso assistenziale per ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri di malati cronici in fase di stabilità della malattia e/o dei pazienti non autosufficienti dalle strutture di emergenza-urgenza nei reparti per acuti.

METODI I destinatari del progetto sono malati cronici e/o non autosufficienti residenti nel Distretto Sanitario di Cariati che accedono al Punto di Primo Intervento (PPI) del Centro di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT) la cui complessità del bisogno assistenziale è tale da non consentirne né un ricovero ospedaliero, perché quest'ultimo risulterebbe inappropriato, né una dimissione a domicilio in condizioni di sicurezza se non attraverso la presa in carico dello stesso da parte del Sistema di Cure Domiciliari. Il progetto, della durata di 3 mesi, settembre-novembre 2012, prevede una serie di incontri tra il personale medico operante all'interno del PPI e il Responsabile della UVM del Distretto Sanitario di Cariati, finalizzati sia ad omogeneizzare le conoscenze sui servizi erogati dal Sistema delle Cure Domiciliari del Distretto e sulle caratteristiche dei pazienti che possono essere destinatari di questi servizi sia ad illustrare ed approfondire il protocollo operativo del progetto. In particolare esso si applica ai pazienti che, al momento della dimissione dal PPI, necessitano di una continuità assistenziale attraverso i servizi domiciliari. L'attivazione di questi ultimi avverrà al momento della dimissione del paziente dal PPI con l'invio della richiesta di accesso ai servizi territoriali, a mezzo fax, sia al PUA back office che al Responsabile della UVM del Distretto di Cariati. Il Responsabile della UVM, entro 24 ore, dalla richiesta attiva la valutazione multidimensionale in cui dovranno essere coinvolti il medico proponente del PPI e il MMG dell'assistito. L'obiettivo del progetto è quello di garantire la presa in carico del paziente da parte del Sistema delle Cure Domiciliari entro 24 ore dalla dimissione da una struttura ospedaliera riducendo così i tempi di attivazione della UVM, attualmente previsti entro le 72 ore dalle LG regionali, in maniera tale da rendere i servizi territoriali fruibili non solo al paziente ricoverato in degenza ordinaria ma anche ai pazienti che accedono alla rete di emergenza-urgenza.

RISULTATI Il Distretto Sanitario di Cariati comprende 18.508 residenti. Il PPI, allocato all'interno del CAPT, è la risultante del processo di riconversione della UOS di Pronto Soccorso che, nell'anno 2011, aveva registrato 12.329 accessi dei quali una percentuale 11,3% erano codici gialli e rossi. Per 1.121 dei 12.329 pazienti visitati presso il PS nell'anno 2011, pari al 9% degli accessi, ne è stato disposto il ricovero. Nello stesso anno il servizio ADI ha preso in carico n. 100 pazienti. Premesso che con la riconversione dell'Ospedale di Cariati in CAPT gli accessi al PPI sono diminuiti per numero e per gravità nel trimestre settembre-novembre 2012 in cui si è sviluppato il nostro progetto il PPI ha registrato 1861 accessi dei quali il 9% erano codici gialli e rossi. Dei pazienti visitati nel PPI è stato disposto il ricovero in 117 casi, pari al 6,2% degli accessi, mentre per n. 3 pazienti è stato attivato il servizio di ADI. Questi ultimi, in caso di mancata presa in carico del servizio ADI, avrebbero incrementato dello 0,2% la percentuale dei ricoveri. I pazienti inviati dal PPI hanno costituito il 6,3% dei pazienti in carico al Servizio ADI nel trimestre.

LIMITI Uno dei limiti del progetto è rappresentato dal fatto che esso è stato sviluppato in un Distretto Sanitario sede di PPI in cui accedono i pazienti con patologie meno gravi in applicazione alle LG regionali di centralizzazione del malato critico. Altro limite è rappresentato dalla brevità di durata del progetto.

CONCLUSIONI Un efficiente utilizzo delle risorse prevede un'adeguata integrazione ospedale-territorio. Accanto al concetto di appropriatezza della dimissione ospedaliera superata la fase di riacutizzazione di una malattia cronica è fondamentale riconsiderare il concetto di appropriatezza del ricovero dalle strutture di emergenza-urgenza alla luce di una più proficua integrazione. Il Pronto Soccorso/DEA, che rappresenta il primo e spesso l'unico interlocutore per il paziente anziano con problematiche non solo sanitarie ma anche sociali, che non trova adeguata risposta nei servizi territoriali, è spesso sovraffollato dai cosiddetti codici di minori gravità che si traducono, in assenza di valide alternative di presa in carico dell'ammalato, in ricoveri impropri. Il nostro progetto, sebbene realizzato in un distretto sanitario di piccole dimensioni e per un periodo molto limitato di tempo, va nella direzione di un'integrazione tra ospedale e territorio che deve realizzarsi già al momento dell'accesso improprio alle strutture di emergenza alle quali deve essere riconosciuta la possibilità, in casi adeguatamente selezionati, ed attraverso un percorso di adeguata formazione degli operatori, di attivare direttamente i servizi di assistenza territoriale al fine di garantire, in tempi rapidi, una presa in carico del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Urso Domenico Lorenzo, Medico Chirurgo
Ospedale Civile di Cariati - U.O. Pronto Soccorso
Via Casentino - 87063 - Cariati
Email: mimmourso71@yahoo.com

ABSTRACT

INDICE

- 14. Management dei campioni gratuiti di dispositivi medici: sicurezza nella gestione dei Dispositivi Medici**
Iudicello A., Falcone P., Cotti F., Borsari M.
- 15. Modello gestionale sperimentale per le endocrinopatie croniche (MIEC): dai piani individuali di cura all'assistenza in accesso remoto (dati preliminari)**
Agrimi D, De Marco A, Romano P, Lenzi P, Mazzotta AM, Morgillo M, Di Bella G, Ciannamea P, Aquilino A
- 16. Nuovo ospedale aslto5 - analisi di prefattibilità**
Alpe Valter, Dore Maurizio, Messori Ioli Giovanni, Zardo Luciano
- 17. Approvvigionamento farmaci esteri: una sfida per la cura delle malattie neglette in Paesi non endemici - la malattie di Chagas e il Benznidazolo**
Appolloni Lucia, Martelli Giulia, Vocale Caterina, Di Girolamo Chiara, Fini Marco, Guerra Brunella, Puggioli Cristina, Ricci Giampaolo, Viale Pierluigi, Verucchi Gabriella
- 18. Sperimentare la narrazione nell'accertamento infermieristico: un progetto di formazione e ricerca presso l'U.O. Lungodegenza integrata a direzione infermieristica**
Artioli Giovanna , Foà Chiara, Taffurelli Chiara
- 19. Il Dossier Formativo di Gruppo: il modello dipartimentale**
Artioli Giovanna, Boniburini Monia, Delsante Simona, Dicembrino Rita Bruna, Morelli Cecilia, Tonarelli Annalisa
- 20. La Carta dei Servizi della Formazione**
Artioli Giovanna, Boniburini Monia, Fanti Anna, Galante Emma, Monaco Federico, Tonarelli Annalisa
- 21. Adozione e impatto dell'eLearning presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con ricadute sui processi formativi ed esplicitazione dei saperi condivisi**
Artioli Giovanna, Fanti Anna, La Sala Rachele, Marletta Giuseppe, Monaco Federico, Taffurelli Chiara, Tonarelli Annalisa
- 22. Prevenzione cardiovascolare dei pazienti con sindrome coronarica acuta: criteri di efficacia e valutazione di ricaduta di un percorso formativo multidisciplinare integrato di educazione alla salute**
Artioli Giovanna, Foà Chiara, La Sala Rachele, Mancini Tiziana
- 23. Valorizzare e diffondere l'informazione scientifica per migliorare l'attività assistenziale**
Artioli Giovanna, Muroli Elena, Sollami Alfonso, Tonarelli Annalisa, Zeli Federica
- 24. Condivisione di un percorso per la presa in carico della persona morente in ospedale**
Baldi Francesca, Cischele Giancarlo, Dal Maso Adriana, Fanin Filippo, Mazzucco Gessica, Celegato Rossana, Zamperetti Nereo
- 25. Safety Walkaround e SBAR.: strumenti per la gestione del rischio e non solo! Esperienze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia**
Bernardini Ilaria, Bologni Donatella, Ontari Gianluca, Pioda Isabella, Torroni Daniele, Zucconi Marco, Pioppo Manuela

- 26. Le fonti di conoscenza nella pratica clinica degli infermieri: studio pilota presso i Servizi dell'ASL TO4.**
Bertazzi Alfonso, Milanese Erika
- 27. La sinergia fra ricerca e prassi nell'utilizzo dei cateteri venosi centrali a inserimento periferico (PICC) all'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana.**
Bianchi Monica, Lussu Simone, Pedrazzani Carla, Valcarengi Dario
- 28. Analisi delle barriere del paziente diabetico per il miglioramento della performance - Studio VeDiClis Audit Clinico sulla gestione del Diabete Mellito tipo 2 in Medicina Generale.**
Bianchi Annalisa, Rigon Giulio, Giroto Sandro, Del Zotti Francesco, Vaona Alberto
- 29. Garantire la sicurezza trasfusionale: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia**
Bogni Donatella, Albi Nicola, Bernardini Ilaria, Marchesi Mauro, Morcellini Rosita, Orlandi Walter, Pasqua Luciani Barbara, Pioppo Manuela, Paglicci Reattelli Laura, Zucconi Marco
- 30. Medicina Ambientale: l'esperienza della ASL della Provincia di Varese**
Bulgheroni Paolo, Tettamanzi Elena, Passaro Paola, Neri Daniela, Redaelli Massimo, Montani Fernando, Cassani Riccardo
- 31. La simulazione come momento di acquisizione e valutazione delle abilità non tecniche (NTS) del personale infermieristico impegnato in emergenza**
Caforio Maria Chiara, Talamelli Sara, Monesi Alessandro, Stefanelli Annalisa
- 32. Dalla ricognizione alla riconciliazione farmacologica: una scheda per la sicurezza.**
Campaniello Giovanna, Dovani Antonella, Fontechiari Simona, Zuccheri Anna, Nardelli Anna, Zanardi Alessandra, Sircana Luca, Montali Francesca
- 33. La sicurezza del Passaggio di Consegna Infermieristico nel Dipartimento Geriatrico - Riabilitativo: l'opinione dei professionisti.**
Campaniello Giovanna, Dovani Antonella, Marino Filomena, Dellapina Monalda, Sircana Luca, Montali Francesca
- 34. La valutazione del rischio di caduta nel Dipartimento di Riabilitazione dell'Azienda USL di Reggio Emilia**
Campanini Isabella, Merlo Andrea, Mastrangelo Stefano, Bargellini Annalisa
- 35. Organizzazione e gestione della prescrizione ed erogazione dei farmaci inibitori della proteasi per il trattamento dell'epatite C secondo un modello HUB e SPOKE**
Cartabellotta Fabio
- 36. Un URP di sistema socio sanitario: il caso "CIRP" nella ASL Milano 2**
Casazza Silvano, Cassavia Galdino, Zanetti Roberta
- 37. Country Hospital Integrato: un modello possibile nel contesto lombardo.**
Cassavia Galdino, Bellini Aldo, Casazza Silvano, Mobilia Antonio
- 38. Approccio multidisciplinare per lo sviluppo di un percorso teso alla valorizzazione delle "Food Skills" con donne migranti**
Celenza Francesca, Domina Rosa, Guberti Emilia, Bianco Lauretta

- 39. Mappatura dell'attività ambulatoriale presso l'ASLTO5, finalizzata alla determinazione del fabbisogno e della dotazione organica (infermieristica, Oss e Ostetrica), secondo criteri di appropriatezza ed efficienza evidence-based**

Centofanti Barbara, Malfi Maria Clorinda, Lacchio Tiziana Maria, Messori Ioli Giovanni, Panarisi Pierino, Zardo Luciano, Dore Maurizio
- 40. La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino**

Ceruti Michele, Giacometti Marika, Minniti Davide, Icardi Gianpiero, Gullotta Elisabetta, Deidier Mauro, Pasqualucci Arturo, Cesari Luisella, Pozzo Elvira, Cosenza Gaetano
- 41. Cateterismo Vescicale: da pratica abituale a buona pratica Descrizione del percorso attuato da un UO di Medicina per garantire un utilizzo appropriato del presidio.**

Cesari Gigliola
- 42. Il costo del trasporto sanitario "ex ordinario": sistemi per ottimizzare il servizio ed il suo costo nell'Azienda USL 11 Empoli**

Chelli Paola, Colombai Renato, Detti Paolo, Marconcini Gabriele, Morotti Gabriele, Papalini Francesco, Piovi Monica, Raffaelli Jessica
- 43. Report di HTA: il guadagno multidimensionale della Tecnologia "thrombolysis door to needle" per la riduzione della disabilità post-stroke**

Chiumente Marco, Minniti Davide, Ceruti Michele, Giacometti Marika, Luda Emilio
- 44. Promuovere l'Evidence-Based Practice in riabilitazione: analisi dell'esperienza pregressa e pianificazione di strategie di sviluppo**

Ciavatta Claudio, Del Po Domenico, Lotano Giovanni, Mango Francesco, Santoliquido Donato
- 45. Percorso di tirocinio pratico per gli studenti del corso di laurea in infermieristica: esperienza del blocco operatorio dell'ospedale "G.B. Morgagni" dell'ausl di Forlì**

Ciocca P. Donatella, Prati Linda, Signani Raffaella
- 46. Conoscenze e attitudini degli infermieri dell'area Emergenza nella gestione del paziente psichiatrico.**

Comparcini Dania, Pelusi Gilda, Simonetti Valentina, Francia Federica, Cicolini Giancarlo
- 47. "Progetto Luce". Un esempio di governance con pazienti in stato vegetativo persistente e le loro famiglie.**

Coppola Paola, Cinchini Elisabetta, Maura Fedozzi, Paola Barbiero, Rossi Claudia, Martucci Alessia, Valencia Serna Hilda Zoraya, Borghi Stefania, Fantini Letizia
- 48. Gestione informatizzata della farmacoterapia, in regime di degenza e ambulatoriale, centralizzazione e automazione delle preparazioni chemioterapiche**

Corrao Vito, Galmozzi Gustavo, Saibene Gabriella, Cerati Maria Cristina, Roli Anna, Rosito Giuseppe
- 49. La qualità percepita dal paziente ricoverato nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: le azioni di miglioramento**

Corsini Alba, Canello Alessia, Fabris Fabiola

50. La Telemedicina: sperimentazione di un nuovo modello di integrazione ospedale - territorio

Cosenza Gaetano, Pozzo Elvira, Cesari Luisella, Minniti Davide, Ceruti Michele, Giacometti Marika, Salerno Dominga, Lazzerò Alberto, Siliquini Roberta

51. Un nuovo percorso assistenziale che coniuga l'assistenza al paziente ed il risparmio economico nell'ASL CN2 di Alba-Bra: l'ambulatorio farmaceutico

Dal Canton Arianna, Mittone Elena, Alfonso Alice, Garbarino Elena, Minasso Daniela, Boffa Sara, Luino Valeria, Castellino Loredana, Recalenda Valeria, Riella Felice

52. Il Lavoro in rete nell'Ambito Sociale XXIV della Regione Marche. Collaborazione tra DSM, Ambito sociale, Ospedale di Amandola e medici di medicina generale

Damiani Tiberio, Concetti Giuseppina, Nespeca Maria Teresa, Mariani Giorgio, Pucci Antonietta, Deales Piero, Sacconi Antonio, Vallesi Dario, Raffaelli Noemi, Siliquini Lando

53. La complessità assistenziale del Paziente oncologico: applicazione del Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI) nel setting di Day Hospital

De Luigi Anna Rita, Bertetto Oscar, Franciotti Concetta, Lanteri Daniela, Viale Monica, Maniero Mara

54. L'attesa del parente che accompagna un familiare in DEA: indagine presso un DEA di II livello

De Luigi Anna Rita, Drago Fulvia

55. La qualità della documentazione infermieristica: utilizzo del Q-DIO a seguito dell'implementazione del modello Primary Nursing in un reparto di medicina

De Luigi Anna Rita, Squarcio Elena, Franciotti Concetta, Cappello Serena, D'ascoli Cristina

56. Accoglimento condiviso: servizio virtuale

De Matteis Daniela, Carozzi Sandra Paola

57. I vuoti normativi come opportunità per la crescita professionale. Una proposta per uniformare la validazione dell'autoformazione sul "Vademecum del medico in formazione".

Di Ciommo Maria Luisa, Sgrò Federica, Giandinoto Marina, Angeli Letizia, Magro Valerio Massimo, Belardi Silvia, Le Pera Renzo, Savorani Giandomenico, Vespa Fabio Maria, Curatola Carlo

58. L'uso dell'INR selftesting nella gestione della TAO nel territorio

Di Gianfilippo Giacinto, Festuccia Monica, Lunari Paola, Paciucci Anna, Febbraio Chantal

59. Il Case Manager nella gestione della patologia oncologica: un modello organizzativo multidimensionale - Il GICO

Di Gianfilippo Giacinto, Lunari Paola, Festuccia Monica, Febbraio Chantal, Giannursini Elisabetta

60. Le decisioni mediche di fine vita e il percorso assistenziale del malato morente

Difonzo Marcello, Di Capua Pasquina, Colagrande Giuseppe

61. Infermieri di terapia intensiva e ambiente di lavoro: ostacoli alle prestazioni assistenziali

Difonzo Marcello, Marrocoli Giovanni, Colagrande Giuseppe

62. Lo stress lavoro correlato in area critica: studio comparativo tra medici e infermieri

Difonzo Marcello, Mazzeo Vito, Colagrande Giuseppe

- 63. La formazione dell'infermiere in riabilitazione degenziale: 10 anni di attività dell'Istituto Scientifico di Veruno, Fondazione Salvatore Maugeri I.R.C.C.S.**
Donati Simonetta, Zappia Angela, De Lisa Rosanna, Astolfi Sara, Bacchetta Nicoletta, Seemayer Sabine, Alliata Elisabetta, Giannuzzi Pantaleo
- 64. Valutazione dell'ansia di stato nelle persone in attesa di coronarografia e/o PTCA**
Durante Elena, Brogiato Giorgio, Sartore Giovanni
- 65. Con la coccarda gialla e rossa aumentiamo la sicurezza! Esperienza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia**
Duranti Lorenzo, Caniglia Maurizio, Bernardini Ilaria, Morcellini Rosita, Pioppo Manuela, Bogni Donatella
- 66. Indagine sull'impatto delle infezioni nosocomiali da Staphylococcus Aureus nel contesto Italiano: il caso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi**
Epifani Francesco, Loiacono Idalba, Rossolini Gian Maria, Dinelli Giovanna, Pitrelli Andrea, Gensini Franco
- 67. PNEMoRc. Un camper per "incontrare" la salute**
Fallace Pasquale, Granata Maria Rosaria, Ferone Rosaria, Cristiano Davide, Russo Verrone Palma, Parlato Antonino
- 68. Valutazione del rischio ostetrico e percorsi assistenziali**
Fantoni Giulia, Martini Paola, Bianchi Beatrice, Filippeschi Marco
- 69. Interazioni tra farmaci nel paziente anziano: esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia**
Ferretti Alessandra, Miselli Mauro, Ferretti Tiziano, Bianconi Lina, Gandolfi Alberto, Viaroli Mario, Chiari Corrado, Pellati Morena, Busani Corrado, Riccò Daniela
- 70. Relazione tra utilizzo della preospedalizzazione, percorso diagnostico preoperatorio e complicanze postchirurgiche. L'esperienza della U.O. di Chirurgia Generale e Mininvasiva dell' A.O.U. Federico II di Napoli**
Ferulano Giuseppe P., D'ambra Michele, Mazzitelli Annunziata
- 71. Valutazione dell'impatto della formazione e del supporto alla ricerca infermieristica sulla produttività scientifica in un ospedale dell'Emilia Romagna**
Forni Cristiana, Chiari Paolo, Tremosini Morena, Guarino Lorenza, Trofa Carmela, Dalessandro Fabio, Sabattini Tania, Mini Sandra, Zanotti Enrichetta
- 72. Invecchiamento della popolazione infermieristica: ricadute gestionali e futuri scenari organizzativi**
Fratti Valeria
- 73. Il crisis management della riabilitazione del Policlinico Universitario Umberto I**
Galeoto Giovanni, Roberta Mollica
- 74. Come valutare l'efficacia di un programma di formazione per tutor clinici: un progetto nel Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Bologna**
Gaudenzi Noemi, Macchi Loredana, Di Bari Mauro
- 75. Cultura e formazione manageriale in sanità: un modello di governance in area amministrativa**
Giacometti Marika, Minniti Davide, Ceruti Michele, Bertone Marco, Guarino Anna, Crotti Daniela, Cosola Alda,

Cesari Luisella, Pozzo Elvira, Cosenza Gaetano

76. La Gestione Infermieristica del dolore nei codici bianchi e verdi in Pronto Soccorso: indagine conoscitiva e proposta di un percorso integrato

Giroto Erica, Barin Marzo, Trevisan Federico, Munerato Ilenia, Busato Barbara, Rizzo Maria Donatella, Brasola Marzia, Varotto Elisa

77. Centro Salute Migranti Forzati: tutelare le condizioni vulnerabili

Gnolfo Filippo, Santone Giancarlo

78. La valutazione della qualità percepita dai pazienti ospedalizzati a domicilio

Grosso Marco, Giacometti Marika, Ceruti Michele, Siliquini Roberta, Davini Ottavio, Minniti Davide

79. SBBL: oltre i confini regionali

Galdana Idalia, Formigoni Chiara

80. Lean thinking in Emergenza. Uno studio before - after sugli effetti della riorganizzazione dello staff del Pronto Soccorso di Lavagna sull'overcrowding e altri indici di performance

Iannone Primiano, Cavallero Matteo, Fera Giuseppina, Tredici Simona, Garau Jasmine, Valerio Manlio, Truglio Paola, Moretti Stefania

81. Linea guida italiana sul trattamento dell'epilessia in età pediatrica

Ilvento Lucrezia, De Masi Salvatore, Rosati Anna, Dalla Bernardina Bernardo, Vigevano Federico, Granata Tiziana, Biermann Klaus Peter, Ferrari Anna Rita, Guerrini Renzo, Gruppo Di Lavoro Linee Guida Sull'epilessia

82. Liberamente, un progetto di vita e salute per la dimissione dalla residenzialità psichiatrica

Laratta Lucia, Delalio Alessia

83. Un nuovo ruolo delle Società Medico-chirurgiche nazionali nel modello "Fare Salute Prevenzione: Esperienza della SICM nella Campagna di Prevenzione Nazionale per gli Infortuni alla Mano del Bambino"

Leti Acciaro Andrea, De Leo Anna, Landi Antonio, Battiston Bruno, Pajardi Giorgio

84. Validazione in lingua italiana del questionario Sleep in the Intensive Care Unit (ICU)

Lioia Andrea, Bonetti Loris

85. Progetto per la riduzione della quota di richieste inappropriate in Medicina di Laboratorio.

Lippi Giuseppe, Aloe Rosalia, Bonelli Patrizia, Sircana Luca, Pirola Flavia Simonetta, Campaniello Giovanna, Ventura Antonio

86. L'infermiere di ricerca: realizzazione di una procedura interna alla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

Lo Russo Ilaria, Nicolò Gabriella, Antonacci Giulia, Giardino Felicetta, Bardazza Benedetta, Castano Alessandra, Cerati Cristina

87. La conversione da regime ordinario a regime ambulatoriale/diurno: il riassetto organizzativo di una struttura chirurgica presso un Presidio dell'Azienda Ospedaliera

Lorenzoni Marianna, Pulica Coriolano, Superbi Piero, Zacchioni Maria, Cestari Stellina, Storti Pier Vincenzo

- 88. Progetto “Presto a casa”: valutazione della qualità percepita nell'utilizzo dell'Assistive Technology**
Lucarelli Letizia, Lamprecht Gabriella
- 89. Medicina generale: Anziani che curano anziani? Una provocazione sull'accesso alla professione**
Magro Valerio Massimo, Minciotti Armando, Giuliano Maria Concetta, Fiore Michele, Bucciardini Giuliano, Merone Giovanni, Curatola Carlo, Nardelli Marco
- 90. Dimissione anticipata protetta di pazienti con ictus con seguente terapia occupazionale o interdisciplinare a domicilio. Elaborazione di un percorso clinico interdisciplinare grossolano per il Comprensorio Sanitario di Bolzano e confronto dei costi con la terapia convenzionale**
Malfertheiner Kathrin
- 91. L'Audit Clinico quale strumento di Assessment per la buona pratica Clinico-Assistenziale: un'esperienza ospedaliera**
Malinverno Enrico, Ceconi Fanny, Grippaldi Giuseppe, Gandini Tiziana
- 92. Il Lean Management nell'Azienda Ospedaliera di Padova: analisi dei casi e possibili sinergie con il Clinical Risk Management**
Manfrotto Ettore
- 93. Progetto lettura integrata Carta del Rischio Cardiovascolare Ausl Bologna**
Mara Morini, Emanuele Ciotti, Maria Cristina Pirazzini, Carlo Descovich
- 94. Appropriately, ottimizzazione e qualità in cardiologia nucleare. L'esperienza della Fondazione S. Maugeri, Istituto Scientifico di Veruno**
Marcassa Claudio, Campini Riccardo, Zoccarato Orazio, Calza Paolo
- 95. Uso dell'osservazione breve intensiva in un pronto soccorso pediatrico: utilità correlata alla patologia**
Maretti Michela, Landini Susanna, Forti Sara, Bergamaschi Rosalba, Tassinari Davide, Bernardi Filippo
- 96. Centro residenziale di Cure Palliative - Hospice a gestione infermieristica**
Marzi Annamaria, Manni Antonio, Piacentini Mariangela
- 97. Studio di un metodo per definire l'appropriatezza ed il relativo utilizzo di risorse per il Servizio Sanità Pubblica Veterinaria dell'Azienda USL di Reggio Emilia**
Massirio Ivano, Aldrovandi Aurelio, Bassoli Mirco, Lelli Claudio, Micagni Giorgio, Parisoli Sandro, Cuccurese Antonio
- 98. Governance del sistema persona con disabilità: progetto riabilitativo di struttura basato su ICF, riabilitazione narrativa ed EBM nel S.R.R.F. Andria - ASL BT**
Mastrapasqua Nunzia, Labartino Maria Cristina, Bruno Lorenzo, De Tommasi Vita Maria
- 99. Sistema di misura delle performance del “KazNMU Integrated University Hospital Network”**
Matteo Barollo, Clara Cardillo, Nataliya Kushpeleva, Mihaela Dubinski, Madina Temirkhanova, Sukhrab Zhaparov, Filippo Bartoccioni

- 100. Il Dolore in Pronto Soccorso: valutazione dei dati raccolti nei 3 mesi estivi presso le strutture Ospedaliere di Vergato e Porretta Terme**
Mattioli Anna Maria, Borelli Monica, Brasa Paolo
- 101. La mappatura del rischio e l'identificazione di aree di azione prioritarie attraverso l'analisi dei sinistri: una sperimentazione presso l'ASL TO5 del Piemonte**
Messori Ioli Giovanni, Bo Marco, Leoni Nicolina, Zucca Claudia, Lasagna Roberto, Nebbia Francesco, Dore Maurizio
- 102. Il percorso dell'audit clinico come strumento di Clinical Governance e crescita professionale: l'esperienza dell'ASL TO5 di Chieri nel ciclo di audit e re-audit nell'ambito dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento**
Messori Ioli Giovanni, Centofanti Barbara, Bo Marco, Zardo Luciano, Dore Maurizio
- 103. Analisi HTA di sistemi avanzati per la gestione della appropriatezza prescrittiva nella diagnostica di laboratorio: TSH riflesso**
Michela Davide, Sladojevich Elena, Villani Luciano
- 104. La violenza a danno degli operatori sanitari**
Minarini Andrea, Poluzzi Barbara, Verrina Carmen
- 105. Le buone pratiche nella gestione della terapia endovenosa: percorsi e metodi per prescrivere e somministrare in sicurezza**
Molinari Mirella, Zini Valeriano, Maioli Francesca
- 106. Ottimizzazione del percorso del paziente oncologico affetto da tumore al polmone in Regione Basilicata**
Molinari Sergio Maria, Lequaglie Cosimo, Capobianco Alba Maria Lucia, Fusco Vincenzo, Cammarota Aldo, Marasco Daniela, Cilla Vito, Russo Anna, Nardella Michele, Bevilacqua Vitoantonio
- 107. Dalla formazione al percorso assistenziale: riorganizzazione di un servizio di osservazione breve intensiva in un ps di primo livello**
Montomoli Marcello, Targioni Susanna, Cristiano Pasqualina, Tellini Sabrina, Francesconi Luciano
- 108. Reammissioni a 30 giorni dopo angioplastica percutanea in un centro italiano: incidenza e impatto sulla prognosi**
Moretti Claudio, D'ascenzo Fabrizio, Meynet Ilaria, Quadri Giorgio, Ballocca Flavia, Giordana Francesca, Omedè Pierluigi, Biondi Zoccai Giuseppe, Gaita Fiorenzo
- 109. Reammissioni a 60 giorni da angioplastica coronarica percutanea: incidenza e impatto prognostico**
Moretti Claudio, Meynet Ilaria, D'ascenzo Fabrizio, Barbero Umberto, Cerrato Enrico, Colombo Francesco, Omedè Pierluigi, Biondi Zoccai Giuseppe, Gaita Fiorenzo
- 110. L'utilizzo dell'audit clinico per la valutazione dell'efficacia della formazione nel miglioramento delle skill competence nel calcolo della terapia in pediatria**
Mosci Daniela, Bascelli Emanuele, Biavati Catia, De Rosa Emanuela

111. Sperimentazione programmazione ricoveri in regime di Five days ward urologica

Mulloni Giovanna, Petri Roberto, Basso De Marc Raffaella, Nazzi Cheti

112. Esperienza di audit clinico a livello di cure primarie pediatriche

Nardini Paolo

113. EBP e qualità dell'assistenza: i risultati dell'esperienza presso l'Azienda Socio-sanitaria n. 4 Medio-Friuli

Narduzzi Barbara, Picogna Michele, Persello Vera

114. La piramide tecnologica: uso estensivo delle tecnologie sanitarie

Niccoli Marco, Piovi Monica, Porfido Eugenio, Colombai Renato

115. Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN): proposta di un corso di formazione teorico-pratico per infermieri in Terapia Intensiva Neonatale

Nicolò Gabriella, Lo Russo Ilaria, Suppa Annalisa

116. Progetto radiologia per migliorare la appropriatezza della richiesta, ridurre le liste di attesa e ridurre la mobilità passiva

Oncini Luigi

117. L'implementazione della Checklist per la sicurezza in sala operatoria nell'ASLTO4.

Palermo Vincenza, Rossetto Paola, Basso Della Concordia Luca, Miglietta Loredana, Di Lorenzo Sonia, Frola Giuseppina, Naretto Silvia, Milone Piercarlo

118. Check-list operativa (CLIO): strumento di autoverifica e monitoraggio per la gestione del rischio clinico

Palladino Teresa, Verrina Carmen, Minarini Andrea

119. Strategie aziendali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste per la riduzione degli errori nella terapia farmacologica: Manuale e Procedure sulla triturabilità dei farmaci

Perulli Alfredo, Schincariol Paolo, Parenzan Ketty, Trevisan Maria, Stroili Manuela

120. Ospedale senza Dolore

Petroni Salvatore, Liberati Nicola, Baldascino Giada, Mancini Alessandro, Capuano Simona

121. Condivisione di un percorso per la gestione multidisciplinare dell'attività di instillazioni vescicali con chemioterapici e BCG in Poliambulatorio Ospedaliero

Piccoli Graziella, De Tommasi Annalisa, Nigro Filippo, Modenese Anna, Sist Anna Paola, Zamperetti Nereo

122. Il Case Management psichiatrico. Esperienza di applicazione dei modelli di Chronic Disease Management (CDM) nel trattamento territoriale

Pompili Enrico, Silvestrini Cristiana, Nicolò Giuseppe, Pitino Annalisa, Bernabei Laura

123. Medicina Basata sull'Evidenza EBM nell'ASL11

Porfido Eugenio, Piovi Monica, Colombai Renato, Leonello Guidi, Milandri Carlo, Virgili Gianni, Zipoli Andrea, Lavecchia Rinaldo, Pavone Eleonora, Bini Barbara

- 124. Learning Transfer: misurare la ricaduta degli apprendimenti nell'operatività clinica e organizzativa**
Presutti Michele, Ferro Valentina, Costa Silvia, Gaeta Giovanna, Coppola Mariangela
- 125. Percorso di erogazione di galenici magistrali in farmacia territoriale: esperienza quinquennale nella ASL di Varese**
Punginelli Maurizia, Crenna Paolo, Bellia Tiziana, De Rosa Stefania, Cangelosi Laura, Nistico' Carmela
- 126. Modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva delle terapie destinate a pazienti affetti da malattia rara nell'ASL della provincia di Varese**
Punginelli Maurizia, Crenna Paolo, Cangelosi Laura, Nistico' Carmela, De Rosa Stefania, Bellia Tiziana
- 127. L'implementazione del percorso assistenziale del servizio di Nutrizione Artificiale Domiciliare della ASL di Varese attraverso un gruppo tecnico dedicato**
Punginelli Maurizia, Crenna Paolo, Derosa Stefania, Nistico' Carmela, Cangelosi Laura, Bellia Tiziana
- 128. Distribuzione diretta farmaci per l'emofilia: risparmio calcolato rispetto alla distribuzione per il tramite delle farmacie aperte al pubblico**
Punginelli Maurizia, De Rosa Stefania, Nistico' Carmela, Bellia Tiziana, Crenna Paolo, Cangelosi Laura
- 129. Overdiagnosis in nefrologia: un problema aperto**
Quintaliani Giuseppe, Standoli M Laura, Timio Francesca, Fiorucci Gioia, Patera Francesco, Mattozzi Francesca, Battistoni Sara, Ricci Elisa
- 130. Il rischio clinico nel processo di triage: la valutazione dell'infermiere e la percezione del paziente.**
Ricci Michela
- 131. Il governo clinico: integrazione dei modelli lean six sigma ed audit clinico ed impatto su appropriatezza d'uso dei farmaci e relativi costi**
Ripa Franco, Rocatti Laura, La Valle Giovanni, Daghero Lorella, Boraso Flavio
- 132. Il riordino delle cure primarie: come evolve il Servizio Farmaceutico Aziendale in un processo di accountability. Il modello della Ausl8 di Arezzo**
Roghi Alessandra, D'avella Rosella, Pavone Eleonora, Bilia Anna Rita
- 133. Gestione della lista di attesa per la programmazione dei ricoveri: analisi di un'esperienza**
Romandini Nerisella, Dignani Lucia, Toccaceli Andrea
- 134. La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza attraverso il linguaggio dei colori: una comunicazione**
Rosseti Rossella, Pacciani Cristina, Capanni Patrizia, Mondini Patrizia, Appicciafuoco Alberto, Ciraolo Francesca
- 135. Il corretto conferimento dei rifiuti ospedalieri: una metodica semplice con l'uso dell'alfabeto**
Rosseti Rossella, Pacciani Cristina, Mondini Patrizia, Naldini Simone, Ciraolo Francesca, Appicciafuoco Alberto
- 136. La creazione di reti del valore tra Aziende sanitarie e territorio. Il caso dell'Area Vasta di Pordenone**
Samani Fabio, Brunello Cinzia, Francescutti Carlo, Grizzo Alberto, Pessina Giuliana

137. Vittime di maltrattamento in Pronto Soccorso Ospedaliero Pubblico: Utilità delle tecniche di counselling in emergenza

Schinco Patrizio, Arione Roberto, Arcari Micaela, Levi Stefana, Pipicella Maria Carmela, Platini Maria Maddalena, Vendrame Rosangela

138. Conseguenze della Violenza nelle relazioni intime (IPV) sulla salute delle donne e dei loro figli

Schinco Patrizio, Arione Roberto, Calcagno Dorina, Cibelli Alessandra, Cimini Barbara

139. Stress lavoro-correlato; dalla valutazione alla pianificazione degli interventi per gestire il cambiamento professionale ed organizzativo. Indagine conoscitiva

Sciacca Simona

140. Analisi del corretto utilizzo del monitoraggio EtCO2 nel percorso emergenza/urgenza ed in terapia intensiva

Seganti Nicola

141. Il controllo di un processo multilaboratorio: un cruscotto per il governo e la verifica della appropriatezza delle prestazioni

Setti Monica, Trenti Tommaso, Cecoli Sonia, Garagnani Massimo

142. Competenza culturale degli infermieri e caring percepito dagli utenti stranieri: uno studio cross-sectional

Simonetti Valentina, Troiani Silvano, Comparcini Dania, Tomietto Marco, Donadio Carmen, El Ouechrine Khaoula, Di Nicola Marta, Cicolini Giancarlo

143. La mediazione dei conflitti in sanità: occasione per gestire il cambiamento organizzativo e professionale

Simoni Anna, Palladino Teresa, Nardo Vincenzina, Minarini Andrea

144. Promozione a livello aziendale dell'utilizzo di indicatori di esito

Sist Anna Paola, Tramarin Andrea, Zamperetti Nereo, Zappin Fabio

145. Insegnamento del massaggio neonatale in azienda ospedaliera

Spadini Ennio, Valdarchi Lucia

146. Diagnostica domiciliare dei disturbi respiratori nel sonno

Spagnolatti Liliana, Garuti Giancarlo, Massobrio Monica, Gaioni Claudia, Lusuardi Mirco

147. Il trauma grave: un audit clinico nella realtà del Pronto Soccorso

Stella Sabrina, Monesi Alessandro

148. Proposta di un Set di Indicatori di Performance per monitorare l'attività dei Servizi di Farmacia Ospedaliera

Stroili Manuela

- 149. Come ridurre la somministrazione errata di farmaci, gli infortuni domestici e gli avvelenamenti accidentali con la completa Etichettatura di qualsiasi preparato di Farmacia e dei prodotti velenosi in ambiente domestico e nei luoghi commerciali**
Stroili Manuela
- 150. Esperienza di introduzione di un applicativo per la corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera da parte del medico di reparto**
Triassi Maria, Maccarone Sergio, Egidio Rosanna, De Pascale Teresa , Mazzitelli Annunziata, Passaro Maria
- 151. Implementazione di un bundle per la prevenzione e controllo delle infezioni delle vie urinarie nei dipartimenti medici dell'Ausl di Rimini**
Tura Grazia, Biagetti Carlo, Pedna Federica, Marcatelli Nicol, Arlotti Massimo, Sambri Vittorio
- 152. Efficacia della "Antibiotic Stewardship" nel ridurre il consumo degli antibiotici: il ruolo dell'audit clinico**
Valle Mauro, Moglia Roberta, Toffano Annamaria, Biglino Alberto
- 153. Implementazione all'uso della Cartella Infermieristica**
Venditti Giovanna, Lepore Sonia, Ionata Ilario, Cardaropoli Carmine
- 154. Valutazione e miglioramento dell'appropriatezza dei trattamenti nei pazienti tossicodipendenti cronici afferenti ai Sert di Codigoro e Portomaggiore**
Vitelli Maria Redenta, CATERA Filomena, CAVRINI Laura, ALBERGHINA Giovanna, SIVIERI Roberta, BOTTONI Maria Letizia, RONCAGLI Miranda, SORIO Cristina, GAROFANI Luisa
- 155. Riduzione della contenzione fisica in casa di riposo. Sperimentazione di un protocollo per la valutazione e gestione dei residenti a rischio di caduta**
Zanetti Ermellina, Zani Michele, Negri Eleonora, Trabucchi Marco
- 156. Il risk management e continuità assistenziale: un esempio di sistema integrato**
Zanetti Roberta, Casazza Silvano, Cassavia Galdino
- 157. Prevenzione e gestione dello stravasamento da farmaci antineoplastici e mezzi di contrasto. Report di una esperienza**
Zucconi Marco, Bernardini Ilaria, Bologna Donatella, Morcellini Rosita, Orlandi Walter, Pioppo Manuela, Paglicci Reattelli Laura
- 158. Sportello sulle responsabilità professionali. Progetto sperimentale dell'ASS n. 2 "Isontina" Gorizia**
Zuch Clarissa, Giuricin Gloria, Marin Meri
- 159. Progetto Primary Nursing persone - organizzazione - economicità: una sfida da accogliere attraverso la costruzione di nuove modelli di partnership**
Zulian Gianfranco, Croso Antonella, Galizio Maddalena, Boggio Gilot Chiara, Gatta Claudia

14. Management dei campioni gratuiti di dispositivi medici: sicurezza nella gestione dei dispositivi medici

Iudicello A, Falcone P, Cotti F, Borsari M

Azienda USL Ospedale Maggiore - Bologna

BACKGROUND Dispositivo Medico (DM) è qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, software, sostanza o altro prodotto che non esercita sul corpo un'azione farmacologica. A seconda della complessità e del potenziale rischio per il paziente, i DM vengono classificati in tre classi di rischio: Classe I, Classe IIa/Classe IIb e Classe III. A seguito della nota della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della RER del 19 Novembre 2012, le Aziende Sanitarie hanno dovuto regolamentare l'uso dei campioni gratuiti di DM. La Segreteria Scientifica CADM dell'AUSL di Bologna ha redatto la procedura "Gestione richiesta utilizzo campioni gratuiti di dispositivi medici marcati CE al di fuori di un contesto sperimentale". Obiettivo della procedura è regolamentare l'accesso dei campioni gratuiti di DM in Azienda e garantire una gestione omogenea ed uniforme dell'utilizzo dei campioni in ambito aziendale.

OBIETTIVI Gli obiettivi di questo lavoro sono stati predisporre: -un modulo di "Richiesta utilizzo di campioni gratuiti di DM" mediante il quale i responsabili delle UU. OO., che intendano provare campionatura di DM, informano il Responsabile Aziendale della Vigilanza sui DM (RAV) e la Segreteria Scientifica CADM -un DB aziendale, formato access, articolato per UU.OO., per monitorare la presenza in Azienda dei campioni gratuiti di DM e assicurarne la rintracciabilità.

METODI Il modulo "Richiesta utilizzo di campioni gratuiti di DM" è stato articolato in tre sezioni: -una da compilare a cura dell'utilizzatore -una dedicata alle verifiche da parte della Segreteria Scientifica CADM -una di pertinenza del Direttore Sanitario, il quale deve esprimere formale autorizzazione all'uso di campioni di DM appartenenti alla classe di rischio III. I dati da inserire in ciascuna sezione sono stati individuati con l'obiettivo di assicurare la rintracciabilità dei campioni gratuiti di DM in Azienda, tenendo conto sia delle indicazioni contenute nelle "Linee di indirizzo regionali in materia di vigilanza sui DM", sia dei campi presenti nel modulo aziendale "Richiesta alla CADM per valutazioni su DM/tecnologie". Essi includono: -Identificativo del dispositivo (nome commerciale, nr. di repertorio, classificazione CND, codice prodotto (REF), ragione sociale del fabbricante) -Descrizione del DM e sua destinazione d'uso CE -Indicazioni cliniche d'impiego -U.O. richiedente -N di campioni forniti con relativo n. di lotto e data di scadenza -N di casi in cui si prevede di impiegare i campioni -Data prevista di inizio e termini della fase di campionatura. I dati contenuti nel modulo sono stati utilizzati per alimentare il DB.

RISULTATI Il percorso di gestione dei campioni gratuiti di DM è stato attivato in Azienda a fine gennaio 2013. Esso prevede che nel caso di: -DM SENZA marchio CE o richiesti per uso diverso da quanto indicato in scheda tecnica venga coinvolto il Comitato Etico -DM di classe di rischio I o IIa/b, la Segreteria Scientifica CADM invii al richiedente una notifica di presa d'atto dell'uso del DM oggetto della richiesta -DM di classe di rischio III, la Segreteria Scientifica CADM invii la documentazione acquisita al Direttore Sanitario Aziendale. L'utilizzo di campioni gratuiti di DM di classe III è subordinato a formale autorizzazione del DS, che valuta la compatibilità di quanto proposto con le professionalità ed il contesto clinico assistenziale dell'Azienda. Il parere del DS viene comunicato al richiedente dalla Segreteria Scientifica CADM. Al 15 aprile erano pervenute alla Segreteria Scientifica CADM 9 richieste di utilizzo di campioni gratuiti di DM. A inizio maggio è stata diffusa a tutti i direttori di U.O. e coordinatori infermieristici la Procedura Aziendale, che è stata anche pubblicata sull'intranet. Al 30 settembre erano pervenute 68 richieste di utilizzo di campioni gratuiti di DM, per un totale di 149 DM valutati (con diverso nr. di repertorio), di cui: 16 di classe I (11%), 50 di classe IIa (34%), 43 di classe IIb (29%), 40 di classe III (26%). Hanno fatto richiesta di utilizzo di campioni di DM 5 dei 9 presidi ospedalieri che costituiscono la AUSL di Bologna, nessuno dei 6 distretti territoriali. Il maggior numero di richieste sono pervenute dalle UU. OO. di Chirurgia (36%), oculistica (14%) e Rianimazione e Terapia Intensiva (9%).

LIMITI Le difficoltà maggiori si riscontrano nel reperire la bolla di trasporto, essendo i campioni consegnati ai reparti. Questo rende problematico assicurare la completa rintracciabilità dei DM ceduti come campionatura gratuita.

CONCLUSIONI L'adozione del modulo e la creazione del DB hanno permesso di avere traccia dei DM ceduti alle UU. OO. come campionatura gratuita. Ciò permetterà di: -dare seguito e diffusione alle segnalazioni di DV, ai reclami e ad ogni informazione in materia di sicurezza che riguardi i DM provati in Azienda come campionatura gratuita; -raccogliere dati per l'elaborazione di istruttorie; -individuare/valutare le nuove tipologie di DM di interesse da parte dei clinici.

Indirizzo per la corrispondenza

Iudicello Antonio,
Ospedale di Bologna - Maggiore C.A. Pizzardi - Servizio Farmaceutico
Largo Nigrisoli, 2 - 40133 - Bologna
Email: antoiudi@tiscali.it

15. Modello gestionale sperimentale per le endocrinopatie croniche (MIEC): dai piani individuali di cura all'assistenza in accesso remoto (dati preliminari)

Agrimi D¹, De Marco A¹, Romano P², Lenzi P², Mazzotta AM¹, Morgillo M¹, Di Bella G¹, Ciannamea P¹, Aquilino A³

¹ASL BR, ²GAT, ³ARES

BACKGROUND Il Chronic Care Model (CCM) è il più accreditato modello di gestione e trattamento delle patologie croniche non trasmissibili, che garantisce un approccio centrato sul paziente a sostegno di una sanità d'iniziativa. Il modello propone, infatti, una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari orientati a una forte integrazione tra il paziente e il team degli operatori sanitari attraverso dinamiche "proattive". Nel modello è fortemente valorizzato il ruolo della comunità per il miglioramento degli esiti.

OBIETTIVI Le patologie endocrine, di fatto, per il loro carattere cronico-evolutivo e la complessità medio-bassa, si prestano all'adozione di modelli di cura che integrino le attività dell'equipe ambulatoriale (endocrinologo, infermiere) con le competenze del medico di medicina generale (MMG) e, soprattutto, del paziente. A tal fine è stato sviluppato un modello organizzativo di presa in carico che include il paziente nel processo assistenziale (modello integrato per le endocrinopatie croniche, MIEC).

METODI Il MIEC è adottato dall'ASL BR in via sperimentale per un anno e declinato nel microsistema di un ambulatorio distrettuale di endocrinologia. Esso si inserisce in un processo contiguo e condiviso con il Modello che l'Agenzia Regionale Sanitaria sta promuovendo in Puglia per la riqualificazione dell'assistenza primaria, attraverso l'implementazione del CCM, a partire da quelle realtà ove si è realizzata la disattivazione dei piccoli ospedali, per garantire la presa in carico e la gestione dei PDT delle patologie croniche prevalenti. Ispirato ai criteri del CCM, il modello prevede, quando completato il percorso diagnostico-terapeutico, la definizione di un Piano individuale di cura (PIC) con fasi di management a domicilio a intervalli predefiniti (da 4-6 settimane a 12 mesi) e un controllo endocrinologico ambulatoriale programmato con quattro criteri temporali: da breve a lungo termine (PIC-4 a PIC-1). Con il contributo di volontari esperti, sui pazienti che quanti ne abbiano dato il consenso, è svolto un processo attivo di recall telefonico relativo alla conduzione del PIC. Nelle fasi di self-management l'equipe ambulatoriale sostiene il paziente nel processo decisionale a domicilio attraverso un'interfaccia telematica e/o telefonica (assistenza in accesso remoto). Ai fini della continuità assistenziale l'equipe ambulatoriale all'arrivo di una richiesta di parere o aggiornamento (advice), ne attiva il triage cui segue o un adeguamento del PIC (counselling) o la programmazione di una visita endocrinologica di controllo (VEC). Consideriamo pazienti in manutenzione (PIC-5), quanti stiano completando il percorso diagnostico-terapeutico, e quindi non abbiano ancora un PIC, o presentino una instabilità clinica che non permetta di proseguire il PIC assegnato. Gli indicatori di processo sono stati definiti attraverso la stima degli indici advice, counselling e VEC per gli anni 2009, 2010 e 2011 (advice 20%, 26%, 25%; counselling 12%, 17.9%, 18%; VEC 7.7%, 8.1%, 7%).

RISULTATI I dati preliminari proposti sono relativi al primo semestre di sperimentazione. L'utenza con accesso ambulatoriale (UAA) è stata pari a 826. Il 92.5% degli UAA ha ricevuto un PIC (obiettivo, min 75%-max 85%), con un incremento del 2% nel corso del programma (obiettivo, min 1% - max 5%). Il 53.5% dell'UAA ha ricevuto un PIC-5, il 46.3% un PIC da 1 a 4. L'utenza con accesso remoto è stata di 757 (UAR), pari al 47.82% dell'utenza totale (obiettivo, min 15%-max 25%); la percentuale di utenza eligibile corrisponde al 90.22% (obiettivo, min 75%- max 85%), con un incremento pari al 5.85% (obiettivo, min 5%- max 10%). Il 58.12% è stato evaso con counselling (obiettivo, min 15%- max 25%), con un incremento del 1.64% (obiettivo, min 5%-max 10%). Il 21.96% degli advices ha richiesto una visita endocrinologica di controllo (obiettivo, min 5%- max 10%), con un incremento del 5.29% (obiettivo, min 1%- max 5%). Complessivamente la classe di manutenzione (PIC-5) supera gli obiettivi in premessa, essendo pari a 49,63% (min 15%- max 25%). L'utilizzo dei sistemi elettronici per la continuità assistenziale (e-care) è stato del 38.21% (obiettivi, min 5% - max 20%), con un incremento del 11.36% (obiettivo, min 5%- max 10%). Il recall telefonico proposto a 154 utenti è stato accordato da 119.

LIMITI La gestione delle malattie endocrine trova nuovi campi di applicazione nell'innovazione tecnologica (e-care) e nella valorizzazione del capitale sociale (co-production). In attesa di dati conclusivi che comprendano gli indicatori di esito, è possibile affermare che i sistemi di comunicazione telematici possono essere un'interfaccia a supporto di appropriate risposte sanitarie, poiché consentono agli operatori di analizzare i bisogni e di ponderare la domanda (trriage), nonché di sostenere i pazienti nei processi di autocura e self management (counselling). L'assistenza in accesso remoto si configura come applicazione strategica del CCM, nonché risorsa per lo sviluppo di competenze professionali e di cittadinanza in ambito socio-sanitario.

CONCLUSIONI Applicabilità dal micro al meso livello del sistema sanitario.

Indirizzo per la corrispondenza

Agrimi Daniela, Medico Chirurgo
Stabilimento Ospedaliero di S. Pietro Vernotico - N. Melli - Ambulatorio di Endocrinologia
Via Lecce, 246 - 72027 - San Pietro Vernotico
Email: dr.agrimi@libero.it

16. Nuovo ospedale ASLTO5 - analisi di prefattibilità

Alpe Valter, Dore Maurizio, Messori Ioli Giovanni, Zardo Luciano

ASL TO5

BACKGROUND La progettazione di un nuovo ospedale per acuti rappresenta una sfida impegnativa e complessa, poiché articolata tra numerose variabili (bisogni di salute della popolazione, integrazione con strutture ospedaliere già esistenti sul territorio, costi di edificazione e vincoli regionali) e subordinata ad esigenze economico-gestionali basate sull'efficienza allocativa delle risorse. Il documento è frutto di un lavoro pluriennale, iniziato nell'anno 2011, sviluppato concettualmente nel 2012 e giunto alla fase attuale nel corso del 2013; il progetto ha utilizzato metodi propri della Joint Commission e del Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA). La mission del nuovo presidio sarà quella di assicurare la cura più appropriata ad ogni paziente, attraverso la pratica clinica integrata, la ricerca e la formazione continua. Si sono analizzati i trend demografici previsti per i prossimi decenni e si è poi considerata l'evoluzione dei bisogni di salute dei residenti: da queste considerazioni si sono quantificati i posti letto per specialità necessari e sufficienti ad assicurare un livello di assistenza proporzionato ai bisogni della popolazione. Il principio fondamentale risulta quello della flessibilità, sia a livello architettonico/ingegneristico che a livello organizzativo, al fine di poter variare i contenuti di funzioni e attività e per potersi conformare alla domanda dei cittadini e della collettività. Il modello del futuro ospedale si caratterizzerà quindi principalmente per: alta complessità di prestazioni, articolazione per intensità di cura, maggior efficienza produttiva (riduzione della durata di degenza, ottimizzazione del personale dedicato), sicurezza e gestione integrata del rischio clinico, coordinamento in rete con le altre strutture del SSN.

OBIETTIVI L'azienda sanitaria To5 è articolata su 4 distretti, 310000 abitanti, tre presidi ospedalieri, distanti tra loro circa 25 km, per un totale di circa 500 letti, la dispersione dei servizi sul territorio rende estremamente diseconomica la gestione delle attività, che nelle specialità cardine (medicina interna, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria) presenta una situazione di sostanziale triplicazione che non è sostenuta da dati di attività che ne giustificano la presenza sui territori, per tale motivo si è ritenuto di dover iniziare a ragionare sulla possibilità di progettare un ospedale unico di ASL.

METODI In collaborazione con l'ARESS, il politecnico di Torino e l'ASLto5 si è provveduto a identificare dapprima quali fossero i fabbisogni in termini di salute del territorio afferente, verificando i flussi dei pazienti sia all'interno dell'azienda che esaminando la mobilità, successivamente è stata identificata un'area che rispondesse a requisiti di baricentricità rispetto al territorio, esaminandone la situazione rispetto ai requisiti ambientali, successivamente si è provveduto a definirne il dimensionamento, con una progettualità per intensità di cure e quindi il quadro economico.

RISULTATI Elaborazione di un progetto definito "studio di prefattibilità" per un nuovo ospedale che contenesse tutti gli item previsti, il tutto concentrato in un elaborato che contiene le analisi di contesto, le relazioni con il territorio, i dati di attività, la mobilità, i rapporti con gli erogatori privati, il dimensionamento, il quadro economico, e i risparmi che potrebbero essere conseguiti, conservando anzi potenziando sia qualità che efficienza stabilendo un limite di congruità rispetto alle esigenze di circa 400 posti letto.

LIMITI Si è avviata una analisi di prefattibilità che, dal punto di vista dei presupposti progettuali ha più punti di forza che punti di debolezza, crediamo che si possa anzi si debba realizzare, perché avrebbe ricadute positive sia sulla qualità che sull'efficienza e sull'efficacia dei servizi sanitari del territorio di riferimento.

CONCLUSIONI I limiti sono rappresentati dalla scarsa compliance dei territori che sono attaccati al piccolo ospedale di prossimità, e quindi poco disposti a rinunciare all'ospedale sotto casa, anche se i dati di mobilità ci dicono che la tendenza della popolazione è quella di rivolgersi per oltre il 50% del fabbisogno a strutture ospedaliere al di fuori del territorio di riferimento, per quanto riguarda invece il reperimento delle risorse queste verrebbero trovate attraverso un percorso di Project financing.

Indirizzo per la corrispondenza

Dore Maurizio, Altro
ASL TO5 - Direzione Generale
Via San Domenico, 21 - 10023 - Chieri
Email: dore.m@iol.it

17. Approvvigionamento farmaci esteri: una sfida per la cura delle malattie neglette in paesi non endemici - la malattia di Chagas e il Benznidazolo

Appolloni Lucia¹, Martelli Giulia², Vocale Caterina², Di Girolamo Chiara², Fini Marco², Guerra Brunella², Puggioli Cristina¹, Ricci Giampaolo², Viale Pierluigi², Verucchi Gabriella²

¹policlinico S.Orsola-Malpighi- Bologna, ²Università di Bologna

BACKGROUND Le malattie neglette (NTD) sono un gruppo di malattie che colpiscono la popolazione più povera del pianeta ed il loro studio e trattamento risultano trascurati dall'agenda internazionale. La tripanosomiasi americana o più comunemente malattia di Chagas, colpisce 8 milioni di persone al mondo con una mortalità di circa 50.000 casi/ anno ed è endemica in America Latina. La trasmissione congenita e attraverso sangue ed organi infetti associata all'aumento dei fenomeni migratori ha permesso che la malattia si sviluppasse anche in un contesto non endemico come l'Italia. La malattia può essere acuta o cronica e, in quest'ultimo caso, il 30%-40% degli affetti presenta un coinvolgimento d'organo (interessamento cardiaco, del tubo digerente o più raramente del sistema nervoso periferico). Benznidazolo e nifurtimox sono gli unici farmaci oggi disponibili per il trattamento eziologico della malattia di Chagas. La loro somministrazione durante la fase acuta determina, nella quasi totalità dei casi, una completa guarigione; mentre nella fase cronica si ottiene un rallentamento di progressione della malattia. Entrambi i farmaci non sono in commercio in Italia e, seppur inseriti nella lista dei farmaci essenziali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, risultano difficilmente reperibili nei paesi non endemici.

OBIETTIVI Lo studio nasce dall'esigenza di valutare la prevalenza della sieropositività per *Trypanosoma cruzi*, le caratteristiche socio-demografiche della popolazione immigrata latinoamericana della nostra area e dalla necessità di individuare una strategia per ottimizzare l'approvvigionamento di farmaci per le malattie neglette.

METODI Presso la clinica di Malattie Infettive del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna è stato eseguito uno screening sierologico e un'analisi multidisciplinare della malattia di Chagas e del fenomeno migratorio, con lo scopo di valutare la prevalenza della sieropositività di *Trypanosoma cruzi* e di studiare le caratteristiche socio demografiche della popolazione emigrata latino americana nella nostra area.

RISULTATI Su 151 soggetti arruolati, 12 sono risultati positivi al test sierologico (9 donne e 3 uomini). Gli esami di stadiazione hanno mostrato coinvolgimento cardiaco compatibile con iniziale cardiopatia chagastica (blocco atrioventricolare di 1° grado) in un paziente e coinvolgimento intestinale (megacolon) in un altro. Attualmente 9 pazienti sono stati trattati con benznidazolo; è in programma il trattamento dei restanti 3. 4 dei 9 pazienti hanno avuto effetti collaterali non gravi (rash cutaneo) che non hanno comportato la sospensione della terapia. Il benznidazolo è stato richiesto ottemperando alla normativa vigente per l'approvvigionamento dei farmaci esteri (DM 11/02/1997) tramite un depositario ministeriale ed è stato ricevuto circa 40 giorni dopo la richiesta. Tale ritardo non avrebbe permesso il trattamento di pazienti in condizione di urgenza.

LIMITI L'attuale normativa per l'approvvigionamento dei farmaci esteri non è efficace in caso di urgenza e non esiste una rete ufficiale di distribuzione.

CONCLUSIONI I dati di questo studio hanno mostrato una prevalenza di malattia di Chagas indubbiamente elevata, considerando il contesto non endemico in cui si è svolto. Questi risultati evidenziano come sia indispensabile individuare una strategia per ottimizzare l'approvvigionamento di farmaci per le malattie neglette che, sebbene non frequenti, possono presentare un'evoluzione cronica con conseguenze gravi per il singolo paziente e gravose per il sistema sanitario. È importante sottolineare infine come il prezzo esiguo di tali farmaci (se confrontato con la maggior parte dei farmaci di uso comune) fa sì che la procedura di approvvigionamento del farmaco sia più dispendiosa del farmaco stesso.

Indirizzo per la corrispondenza

Appolloni Lucia, Farmacista
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi - Direzione Farmacia
Via Albertoni, 15 - 40138 - Bologna
Email: lucia.appolloni@aosp.bo.it

18. Sperimentare la narrazione nell'accertamento infermieristico: un progetto di formazione e ricerca presso l'U.O. Lungodegenza integrata a direzione infermieristica

Artioli Giovanna, Foà Chiara, Taffurelli Chiara

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

BACKGROUND L'U.O. di Lungodegenza integrata a direzione infermieristica (L.I.D.I.) dell'AOU di Parma prende in carico pazienti lungodegenti anziani, caratterizzati da complicanze e comorbidità invalidanti che, superata la fase della acuzie e un percorso diagnostico e terapeutico intra-aziendale, necessitano di un intervento terapeutico globale e prolungato e necessitano di assistenza infermieristica di elevata intensità, finalizzata al completamento di un iter terapeutico/riabilitativo personalizzato definito dall'equipe medica trasferente. Al momento dell'ingresso in L.I.D.I. l'Infermiere Case Manager (ICM) attiva una cartella contenente le diagnosi infermieristiche e il piano assistenziale individualizzato. La ricerca per l'elaborazione delle diagnosi infermieristiche utilizza tuttavia, ad oggi, strumenti che forniscono dati misurabili e oggettivi, ma non prende in considerazione i valori del paziente e i suoi vissuti di malattia. La ricerca qualitativa per l'elaborazione delle diagnosi infermieristiche è più orientata alla scoperta dei significati allo scopo di comprendere più approfonditamente il paziente e la sua storia. Come sottolineato da numerosi studi (ad es. Artioli, Amaducci 2007; Marcadelli e Artioli, 2010) l'evoluzione del sistema delle cure e dell'assistenza ha evidenziato la necessità di un approccio più globale nei confronti dei problemi di salute, che va intesa sia dal punto di vista del disease, della illness e della sickness. Le illness narratives dei pazienti integrano così l'approccio Evidence Based Nursing con il Narrative Based Nursing, nella costruzione di nuovi approcci relazionali, in linea con le esigenze di salute (Artioli, 2007). Questa metodologia introduce notevoli cambiamenti nel modo in cui i professionisti sanitari possono guardare alla loro pratica assistenziale nelle interazioni con i pazienti lungodegenti.

OBIETTIVI Il Settore Formazione e Aggiornamento in collaborazione con la U.O. L.I.D.I. dell'AOU di Parma hanno implementato e valutato l'efficacia e la ricaduta di un Percorso Formativo (PF) dedicato a infermieri e case-manager nell'utilizzo della narrazione come strumento di raccolta dati, nella fase dell'accertamento infermieristico, per l'elaborazione delle diagnosi infermieristiche riportate all'interno della cartella infermieristica dell'U.O. Obiettivi specifici: Formazione degli infermieri e dei case-manager nell'utilizzazione della narrazione come strumento di raccolta dati, nella fase dell'accertamento infermieristico (Fase 1); Sperimentazione effettiva dell'accertamento attraverso la narrazione: comprendere l'esperienza di malattia del paziente per l'elaborazione di diagnosi infermieristiche (Fase 2); Progettare interventi individualizzati sulla base delle diagnosi effettuate (Fase 2).

METODI FASE 1 - Implementare il PF nel periodo compreso fra novembre 2011 gennaio 2012. I contenuti degli incontri 'Come raccogliere dati narrativi' e 'Come analizzare i dati narrativi' erano finalizzati alla costruzione di uno strumento di raccolta delle narrazioni da inserire all'interno della cartella infermieristica. Hanno partecipato al PF 10 Infermieri, 6 Operatori Socio-Sanitari e 2 ICM della L.I.D.I. FASE 2 - Utilizzo dell'intervista narrativa, condotta in via sperimentale dai ICM, nella fase di accertamento. I pazienti lungodegenti erano 7 (4 uomini) afferenti alla L.I.D.I. dell'AOU di Parma. L'analisi delle narrazioni è servita alla formulazione di diagnosi infermieristiche secondo una prospettiva bio-psico-sociale attraverso il modello Gordon (1992), che prende in esame 11 modelli funzionali della salute e che orienta la formulazione degli interventi.

RISULTATI La descrizione e la valutazione dei modelli di salute ha permesso al ICM di identificare, in primis, nei pazienti lungodegenti i modelli funzionali (punti di forza) e quelli disfunzionali (diagnosi infermieristiche; Gordon, 1994). Questo ha permesso, in secondo luogo, di progettare interventi altamente individualizzati per tali pazienti. Le narrazioni sono divenute centrali per la comprensione per la progettazione e per l'attuazione di interventi individualizzati.

LIMITI Lo strumento narrativo dovrebbe essere sperimentato non solo nella fase di accertamento, ma anche nella fase di educazione, nel delicato momento della pre-dimissione del paziente. Infine l'efficacia del PF andrebbe testata mettendo a confronto i modelli assistenziali di professionisti sanitari che sono stati formati all'utilizzo di una diagnosi quali-quantitativa, con quelli di professionisti che utilizzano una diagnosi infermieristica tradizionale.

CONCLUSIONI Attraverso l'analisi e l'interpretazione di casi clinici e di storie si è dimostrato come l'approccio narrativo consenta una più precisa e approfondita definizione diagnostica (Artioli, 2010), orientando la personalizzazione dell'intervento assistenziale. Tra le implicazioni citiamo il miglioramento della qualità delle cure, il miglioramento della qualità del ricovero e l'incremento di aderenza del paziente al piano assistenziale.

Indirizzo per la corrispondenza

Foà Chiara, Psicologo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Formazione
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: chiara.foa@unipr.it

19. Il Dossier Formativo di Gruppo: il modello dipartimentale

Artioli Giovanna, Boniburini Monia, Delsante Simona, Dicembrino Rita Bruna, Morelli Cecilia, Tonarelli Annalisa

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

BACKGROUND L'Accordo Stato-Regioni del 1 Agosto 2007 ha introdotto il dossier formativo (DF) individuale e di gruppo come strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (equipe o network professionale). Il DF si avvale di tre specifiche attività documentabili: l'individuazione del piano formativo, in cui sono indicati gli obiettivi formativi declinati in funzione delle aree e dei campi di apprendimento e degli indirizzi prioritari ovvero quelli rispondenti a bisogni individuali; la periodica e sistematica attività di verifica e di acquisizione della documentazione relativa alle attività di formazione continua svolte dai professionisti accreditati all'ECM, con indicazione delle specifiche tipologie, che verrà sostenuta attraverso gli organismi preposti alla registrazione e certificazione dei crediti; la valutazione periodica (triennale) dell'andamento e dei risultati del percorso, da parte degli organi tecnico professionali preposti alle verifiche delle attività. Nel corso dell'anno 2012, è stata avviata l'informatizzazione del Dossier Formativo Dipartimentale (in linea con le disposizioni regionali che hanno previsto la scelta del dossier di gruppo) attraverso l'applicazione del modello di Dossier Formativo sperimentato all'interno del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) Geriatrico Riabilitativo nel periodo 2009-2010. In via sperimentale il settore Formazione ed Aggiornamento ha realizzato due Dossier formativi informatizzati relativi ai Dipartimenti Geriatrico-riabilitativo e Patologia e Medicina di Laboratorio utilizzato un specifico applicativo, che è l'estensione del sistema informativo già utilizzato per gestire il processo formativo aziendale.

OBIETTIVI Il Dossier Formativo Dipartimentale informatizzato prevede le seguenti sezioni: obiettivi formativi di dipartimento, individuati attraverso l'analisi di fabbisogno e dal bilancio di competenze del gruppo; le aree di competenze previste sono quelle tecnico-professionale, organizzativo-gestionale, comunicativo-relazionale e formazione-ricerca-innovazione. Gli obiettivi della formazione aziendale coniugano gli orientamenti sovraziendali derivanti da: Accordo Governo-Regioni 1/08/2007; Piano Sanitario Nazionale e Regionale; Linee di sviluppo contenute nel PAL; Linee di indirizzo al Piano Formativo Aziendale Il fabbisogno espresso dai professionisti. Nello specifico: definire il percorso per la compilazione e l'aggiornamento del Dossier Formativo dipartimentale, al fine di effettuare la programmazione e la valutazione delle attività formative, in coerenza con le linee di indirizzo triennali della Formazione, approvate dal Collegio di Direzione aziendale. Promuovere una migliore integrazione dei singoli professionisti nei contesti lavorativi in funzione degli obiettivi di sviluppo e delle necessità delle Unità Operative/Equipe e in armonia con le priorità dell'Azienda; individuare le competenze di ruolo di ogni professionista al fine di progettare percorsi formativi funzionali alla gestione ed all'organizzazione del dipartimento attraverso l'analisi delle capacità e dei comportamenti caratterizzanti le competenze stesse.

METODI 1) Individuazione a livello dipartimentale degli obiettivi prioritari annuali, dei risultati attesi, degli strumenti (indicatori) e delle modalità di valutazione. In fase di programmazione del Piano Formativo Annuale, il Settore Formazione e Aggiornamento coinvolge in una riunione di Dipartimento per la definizione degli obiettivi prioritari per l'anno il Direttore di Dipartimento, il RAD e il RDF. Durante la riunione vengono condivisi gli obiettivi dipartimentali della Formazione, risultanti dall'analisi triennale del fabbisogno formativo e autorizzati dal Collegio di Direzione. Ad ogni obiettivo viene assegnato un peso, gli obiettivi con maggior peso (altissimo, alto, medio, basso) saranno quelli prioritari nella progettazione di iniziative formative. Nella formulazione delle proposte formative i responsabili dei corsi, in collaborazione con gli RDF, dovranno definire risultati, indicatori e modalità di valutazione per le aree di competenze previste (tecnico-professionale, organizzativo-gestionale, comunicativo-relazionale e formazione-ricerca-innovazione). Tali aree sono state evinte dall'elaborazione dell'analisi di contenuto di focus group a cui hanno partecipato tutti i diversi ruoli che afferiscono all'Azienda. 2) A tale scopo il Settore Formazione ha predisposto apposite schede progetto. 3) Compilazione ed invio delle schede progetto La compilazione del Dossier Formativo segue il processo di redazione del Piano Formativo Annuale, in quanto le schede progetto del PAF prevedono anche gli elementi per la costruzione del DF. 4) Inserimento delle schede dal punto di vista informatico Le schede progetto sono inserite dai Referenti amministrativi ECM nel sistema informativo che gestisce il processo ECM. Il DF si aggiorna automaticamente con l'aggiornamento dello stato di avanzamento dei corsi da parte dei Referenti amministrativi ECM. 5) Visualizzazione del Dossier Formativo Il programma genera una stampa del Dossier Formativo Dipartimentale in pdf. Il Dossier Formativo viene inviato periodicamente per posta elettronica ai Direttori di Dipartimento, RAD e RDF. E' previsto un progetto di miglioramento per aprire la visualizzazione del DF ai RAD ai Direttori di Dipartimento e agli RDF. Il settore Formazione e Aggiornamento in collaborazione con gli RDF e Rdf di U.O. ha elaborato uno strumento di rilevazione del fabbisogno formativo costituito da un questionario. Per l'elaborazione del questionario si è tenuto conto delle aree di sviluppo di competenza dei professionisti, oltre che agli obiettivi indicati dai documenti sopraccitati. I referenti della Formazione del dipartimento, si sono occupati della somministrazione e della raccolta dei questionari. Il settore Formazione e Aggiornamento ha provveduto alla codifica e all'elaborazione dei dati.

RISULTATI Oltre alla progettazione del Dossier Formativo è stato previsto l'aspetto della valutazione della ricaduta formativa approfondita nel 2013 attraverso un dettagliato lavoro di analisi delle competenze in azienda. Infatti, in relazione a quest'ultimo punto, a fine 2012 è stato costituito un gruppo di lavoro finalizzato a mappare le competenze con il fine di mettere in contesto la formazione e favorire lo sviluppo per preparare i professionisti a sviluppare professionalità specifiche nonché sostenere alcune innovazioni tecnologiche o di organizzazione dei servizi. Nel corso dell'ultimo anno, è stato realizzato per ogni DAI un DF in versione informatizzata. Per favorire tale processo, la visualizzazione del dossier formativo sarà estesa ai referenti dipartimentali della formazione, ai direttori di dipartimento, ai responsabile assistenziale di dipartimento al fine del monitoraggio dell'attività formativa non solo dal punto di vista della programmazione da anche in termini di realizzazione dei progetti formativi nonché di coerenza di quest'ultimi con le aree che identificano gli obiettivi formativi individuati nelle linee di indirizzo.

LIMITI Allo stato attuale il grado di informatizzazione e le difficoltà di interfaccia del sistema informativo del settore con il sito intranet aziendale non permettono il coinvolgimento nello sviluppo dello strumento di tutti i professionisti afferenti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al fine di promuovere ulteriormente i bisogni formativi individuali con le priorità aziendali.

CONCLUSIONI Si ritiene che i dati emersi dalla ricerca costituiscano una risorsa indispensabile per un riallineamento tra gli obiettivi aziendali/regionali/nazionali e i bisogni formativi del personale sanitario.

Indirizzo per la corrispondenza

Boniburini Monia, Personale amministrativo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Formazione
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: mboniburini@ao.pr.it

20. La Carta dei Servizi della Formazione

Artioli Giovanna, Boniburini Monia, Fanti Anna, Galante Emma, Monaco Federico, Tonarelli Annalisa

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

BACKGROUND La Giunta della Regione Emilia Romagna, sulla base dell'Accordo Stato-Regioni del 1 Agosto 2007, ha deliberato la check-list dei requisiti per l'accreditamento della Funzione di Provider ECM, ossia il riconoscimento pubblico, sulla base di un sistema di requisiti minimi, di un soggetto attivo nel campo della formazione continua in sanità, che lo abilita a realizzare attività didattiche per l'ECM e ad assegnare direttamente crediti ai partecipanti. I Provider agiscono garantendo la coerenza dei piani formativi, la qualità scientifica e formativa dei programmi proposti, la trasparenza dei finanziamenti, l'assenza di pubblicità a prodotti sanitari e l'impegno del rispetto delle indicazioni programmatiche nazionali. Tra i requisiti relativi alla Comunicazione si chiede l'"utilizzo di una "Carta dei Servizi" o altro documento analogo che dia evidenza delle caratteristiche dell'offerta e degli impegni/garanzie verso committenti/utenti." La Carta dei servizi della Formazione è un patto tra il Settore Formazione e Aggiornamento e i suoi utenti, i quali vengono preventivamente informati sui servizi offerti, sulle modalità di svolgimento delle prestazioni e sui "livelli minimi di qualità" o di standard di servizi misurabili.

OBIETTIVI Obiettivo della Carta dei Servizi della Formazione è porre gli utenti "nella condizione di controllare la qualità del servizio". La "Carta" è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie all'utente, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati.

METODI Fasi del progetto 1. Il gruppo di lavoro per la costruzione della Carta dei Servizi Si è individuato un gruppo di lavoro per la progettazione e la costruzione della Carta dei Servizi che potesse essere rappresentativo dei diversi processi in cui è strutturato il Settore Formazione. Il gruppo si è inizialmente concentrato: sulla natura giuridica della Carta dei Servizi; su quali dovessero esserne i contenuti; sulle caratteristiche del documento: sintetico, ma esaustivo e scritto con un linguaggio appropriato, chiaro e semplice. 2. Costruzione della Carta dei Servizi della Formazione Descrizione del documento: Cos'è la Carta dei Servizi; Perché la Carta dei Servizi; Validità della Carta dei Servizi; Principali riferimenti normativi. Unità erogatrice del servizio: Organizzazione del Settore; Attività del Settore; Soggetti coinvolti; Target. I servizi erogati: Descrizione del servizio; A chi è rivolto; Quando viene erogato; Modalità di erogazione del servizio. Gli standard di qualità Informazioni utili 3. Ascolto dell'utenza Creazione di un questionario di soddisfazione dell'utenza da distribuire ad un campione ragionato; Creazione di uno spazio in Intranet ed Internet per eventuali segnalazioni, reclami, proposte di miglioramento.

RISULTATI il questionario è stato somministrato a 186 professionisti di categorie professionali diverse: responsabili scientifici e tutor di iniziative formative. referenti dipartimentali della Formazione. 83 sono state le risposte. I pareri sono più che soddisfatti per tutti i quesiti posti. il 63% è soddisfatto della capacità del Settore di far fronte ad eventuali problematiche e/o reclami; il 62% è soddisfatto sulla velocità di risposta del Settore ad eventuali problematiche e/o reclami; 68% è la percentuale dei soddisfatti sul livello globale di soddisfazione nei confronti dei servizi offerti dal Settore.

LIMITI L'indagine è ancora in corso d'opera e i dati del questionario saranno elaborati a breve. L'esigua numerosità del campione del questionario sulla soddisfazione dell'utenza farebbe supporre ulteriori indagini.

CONCLUSIONI La Carta dei Servizi costituisce in primo luogo un importante strumento di trasparenza ed informazione, sintetica ma completa, per orientare gli utenti nelle diverse attività e nei servizi offerti; funzione della carta è agevolare l'utente nell'uso corretto dei servizi messi a disposizione dal Settore Formazione e Aggiornamento. All'utente non vengono solo offerte garanzie, ma gli viene attribuito potere di controllo sulla qualità dei servizi, secondo gli indicatori/standard dichiarati nella Carta. La Carta dei Servizi è un documento in continua evoluzione e viene aggiornato quando intervengono variazioni a quanto indicato. Gli aggiornamenti saranno divulgati attraverso schede annuali che specificheranno: RENDICONTAZIONE del livello di raggiungimento degli standard garantiti nella Carta dei Servizi; delle indagini di soddisfazione dell'utenza; dei reclami; dei progetti di miglioramento. MIGLIORAMENTO i progetti di miglioramento in programma per l'anno nuovo; l'aggiornamento degli standard di qualità per l'anno nuovo. AGGIORNAMENTO gli aggiornamenti del testo della Carta; gli aggiornamenti relativi ai servizi e alle modalità di erogazione dei servizi.

Indirizzo per la corrispondenza

Fanti Anna, Personale amministrativo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Formazione
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: afanti@ao.pr.it

21. Adozione e impatto dell'eLearning presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con ricadute sui processi formativi ed esplicitazione dei saperi condivisi

Artioli Giovanna, Fanti Anna, La Sala Rachele, Marletta Giuseppe, Monaco Federico, Taffurelli Chiara, Tonarelli Annalisa

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

BACKGROUND L'innovazione rappresentata dalle ITC e dalla vertiginosa crescita dei social network e comunità virtuali può rappresentare per la Sanità tanto materia d'interesse nei rapporti di cure & cure quanto per la replicazione e trasferimento dei saperi all'interno di nuovi paradigmi e con nuovi strumenti.

OBIETTIVI In meno di un anno e con un numero -tra professionisti e studenti- di 387 utenti della neo piattaforma e-Learning dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è avuto sia uno sviluppo di forme sperimentali di apprendimento che di condivisione dei saperi specialistici e di relazione di cura. Tale sviluppo è avvenuto attraverso due fasi: testing e buying in che erano state fissate all'inizio insieme alla rappresentazione che l'infrastruttura e-Learning aziendale doveva avere.

METODI I plug-ins e add-ons del Virtual Learning Environment hanno consentito di elaborare in tempo reale prospetti statistici per effettuare forme di valutazione formative e in itinere; a tale proposito sono stati costruiti frames di valutazione multidimensionale per rilevare elementi e processi utili tanto per i partecipanti quanto per i docenti e formatori. Si è tenuto conto non solo di valori relativi al gradimento e apprendimento, ma usability, frequenza e modalità d'uso delle risorse elettroniche e delle attività online (18 è il numero medio di partecipanti per corso o attività) sempre comunque in integrazione alla formazione ed incontri in presenza.

RISULTATI Nel testing l'impegno di docenti e formatori è già risultato poter essere delegato in parte alla ubiquità d'accesso e all'asincronicità delle attività in remoto sulla piattaforma. I 34 corsi tra quelli già attivi e quelli in progettazione presentano un numero medio di attività per corso attivo di 271 tra letture e modifiche al fine di favorire l'aumento della qualità e efficacia degli incontri in presenza. Il corso con numero massimo di e-tivities dei partecipanti ha registrato 1889 clicks nei percorsi creati al suo interno (1725 letture e 164 interventi) con un numero medio di 60 click per utente. Partecipanti di comunità di pratica -inclusi knowledge workers e collaboratori del Settore Formazione e Aggiornamento- hanno integrato attività formative in presenza con risorse sulla piattaforma e attività quali laboratori e meta corsi. Gli studenti di corsi di laurea e master hanno potuto incrementare e rinnovare i processi di collaborazione previsti, attuati come cooperative learning e lo sviluppo di diversi project work.

LIMITI Non da ultimo le attività sulla piattaforma (5 risulta il numero medio di moduli nei corsi) hanno rappresentato per gli utenti forme di collaborazione, ma anche di competizione, coping e di sviluppo di strategie meta cognitive in relazione all'impatto stesso dell'e-Learning quale novità per metodi e modalità. Non tutti gli utenti registrati in piattaforma hanno partecipato e non tutti i corsi sono stati attivati anche online. La modalità online per le attività formative ha bisogno di tempi di incubazione ancora in via di definizione e di un orientamento istituzionale ancora giovane nella Sanità e nel resto dei servizi pubblici.

CONCLUSIONI Ciò sta rappresentando comunque in azienda una esperienza collettiva di apprendimento problem based learning e adozione (si sono distinte due categorie early adopters e late adopters) delle nuove tecnologie partecipative della comunicazione e informazione. L'impatto dell'eLearning necessita di un lasso temporale superiore a quello finora utilizzato per introdurre pratiche e metodi che integrano le ITC nei processi formativi e d'aggiornamento.

Indirizzo per la corrispondenza

Monaco Federico, Altro
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Formazione
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: monaco.federico@gmail.com

22. Prevenzione cardiovascolare dei pazienti con sindrome coronarica acuta: criteri di efficacia e valutazione di ricaduta di un percorso formativo multidisciplinare integrato di educazione alla salute

Artioli Giovanna¹, Foà Chiara¹, La Sala Rachele¹, Mancini Tiziana²

¹Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, ²Università degli Studi di Parma

BACKGROUND Le misure di prevenzione secondaria cardiovascolare non sono ad oggi adeguatamente implementate e un importante numero di pazienti con SCA (Sindrome Coronarica Acuta) non è arruolato nei programmi riabilitativi (EUROASPIRE, 2009). Lo studio GOSPEL (2008) ha messo in rilievo l'importanza e l'efficacia di programmi strutturati di educazione sanitaria coordinati da personale infermieristico. Non si evincono, tuttavia, il modello assistenziale proposto, i cambiamenti delle attività assistenziali generati dalla formazione attuata e neppure le fasi del processo nursing (accertamento, assistenza ed educazione) in cui sviluppare il programma formativo. Lo studio RESPONSE (2010), pur mostrando l'efficacia di un programma gestito dal personale infermieristico e la sua concreta fattibilità in un certo numero di sistemi di assistenza sanitaria, non specifica se i professionisti sanitari avessero o meno seguito un percorso formativo, quali i contenuti eventuali e la metodologia assistenziale utilizzata. Anche lo studio EUROACTION (2012), nell'ambito della prevenzione secondaria cardiovascolare nurse-directed, pur mostrando un miglioramento rispetto alle cure abituali, non fa accenno alla formazione, al modello assistenziale infermieristico utilizzato, nonché ai cambiamenti dei comportamenti degli infermieri nel loro agito professionale.

OBIETTIVI Il Settore Formazione e Aggiornamento e la U.O. di Cardiologia dell'AOU di Parma hanno implementato e valutato la ricaduta di un Percorso Formativo Multidisciplinare Integrato (PFMI), destinato agli infermieri dell'U.T.I.C. dell'AOU di Parma (N = 17), orientato a sviluppare competenze circa l'educazione alla salute dei pazienti con SCA. Obiettivi specifici: 1. analizzare il tipo di modello assistenziale di tipo bio-clinico, psico-sociale o integrato prevalente in U.T.I.C. (Fase 1); 2. progettare un PFMI basato sul fabbisogno formativo degli infermieri impegnati nell'assistenza di pazienti con SCA e sull'analisi del modello assistenziale prevalente in U.T.I.C. (Fase 2); 3. verificare se la partecipazione PFMI modificasse l'agito dei professionisti, attraverso un confronto fra infermieri della stessa UO che hanno partecipato e non hanno partecipato al PFMI (Fase 3).

METODI FASE 1 - Per individuare il modello assistenziale sotteso (bioclinico, psico-sociale o integrato) è stato costruito ad hoc un questionario strutturato compilato prima e alla fine dei tre turni di lavoro (mattino, pomeriggio e notte) da tutti gli infermieri (N= 17) che operavano nel 2011 all'interno dell'U.T.I.C.. Essi hanno indicato le attività svolte attraverso una check-list comprendente attività di assistenza di natura bio-clinica (es. esami ematici), psico-sociali (es. umore). FASE 2 - Per individuare i fabbisogni formativi dei 17 infermieri è stata condotta un'intervista narrativa semi-strutturata volta ad approfondire la rappresentazione del paziente con SCA, del modello assistenziale attualmente esistente in U.T.I.C. e l'interesse alla partecipazione ad un PFMI, a cui hanno aderito il 50% dei professionisti. FASE 3 - 9 infermieri che hanno partecipato al PFMI (GS) e 8 infermieri che non hanno partecipato (GC) hanno ricompilato il questionario proposto nella fase 1 a distanza di 1 mese dal termine del PFMI (post-test).

RISULTATI FASE 1[^] Al pre-test (test di Wilcoxon per confronti appaiati) è emerso che gli infermieri U.T.I.C. dedicano più tempo all'assistenza clinica rispetto all'accertamento ($z = 2.805, p = .005$) e soprattutto rispetto all'educazione ($z = 3.345, p = .001$) e si orientano verso attività bio-cliniche piuttosto che psico-sociali ($z = 3.385; p = .000$). FASE 2[^] I professionisti intervistati considerano importante garantire una assistenza multidimensionale, che integri aspetti clinici e psicosociali. Il paziente con SCA è considerato critico dal punto di vista bio-psyco-sociale e il modello assistenziale prevalente in U.T.I.C. è valutato inadeguato, poiché centrato solo sul modello bio-clinico. FASE 3[^] Dopo il PFMI, il test di Mann Whitney per campioni indipendenti ha mostrato che nel GS, rispetto al GC, le attività psicologiche ($z = 3.386, p = .001$) e relazionali ($z = 3.809, p = .000$) erano più praticate, mentre non vi sono differenze rispetto ad attività cliniche ($z = .170, p = .865$).

LIMITI Oltre all'esiguità del campione, il principale limite consiste nella mancanza di valutazione degli outcomes di salute dei pazienti con SCA assistiti da infermieri che adottano un modello integrato (vs tradizionale).

CONCLUSIONI Dall'analisi del fabbisogno formativo e dei modelli assistenziali in U.T.I.C., è emerso che prima del PFMI la pratica era più orientata al cure, seppure nella necessità di potenziare il care. Al termine del PFMI gli infermieri formati hanno dichiarato di utilizzare un modello assistenziale integrato, evidenziando l'importanza degli interventi educativi e dell'attenzione agli aspetti psico-sociali dei pazienti. I risultati suggeriscono l'efficacia modello integrato di assistenza e la sua trasferibilità su altre tipologie di pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Foà Chiara, Psicologo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Formazione
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: chiara.foa@unipr.it

23. Valorizzare e diffondere l'informazione scientifica per migliorare l'attività assistenziale

Artioli Giovanna, Muroi Elena, Sollami Alfonso, Tonarelli Annalisa, Zeli Federica

Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

BACKGROUND La formazione e lo sviluppo delle competenze delle risorse umane, costituiscono una componente essenziale per l'attuazione dei processi di miglioramento e per la gestione delle fasi di cambiamento nelle organizzazioni sanitarie. Al fine di sostenere lo sviluppo della Medicina, l'innovazione tecnologica crescente, i cambiamenti organizzativi e soprattutto le richieste e le esigenze da parte della popolazione afferente al Sistema Sanitario, anche l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha sentito la necessità di promuovere programmi per l'educazione continua dei professionisti sanitari finalizzati a implementare e a potenziare l'expertise caratterizzato da competenza e professionalità (Know-how) attraverso la creazione di un Questionario informatizzato atto a rilevare l'utilizzo delle risorse bibliografiche in formato elettronico (banche dati e periodici scientifici) pubblicate/usufruibili dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e dalla Biblioteca di Medicina e Chirurgia- Università di Parma.

OBIETTIVI Attraverso il seguente progetto l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma in collaborazione con l'Università degli Studi di Parma intende: valorizzare e diffondere l'informazione scientifica per potenziare la formazione permanente e l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari; potenziare l'aggiornamento scientifico dei medici e dei docenti, non solo ai fini didattici e di ricerca, ma anche per il miglioramento dell'attività assistenziale verificare l'utilizzo delle risorse elettroniche per migliorare l'efficienza, l'economicità ed l'efficacia dei servizi.

METODI Per raggiungere tali obiettivi è stato costruito un questionario online "Scheda di utilizzo delle banche dati e riviste scientifiche. Il tuo parere per migliorare il servizio" attraverso la revisione dei questionari utilizzati e pubblicati nei vari siti delle aziende ospedaliere Italiane e Report per indagare strumenti validati. È stato costruito in formato informatizzato attraverso il programma gratuito docs.google.com, dopo avere richiesto un supporto di consulenza informatica presso il Servizio SIA dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. Tale rilevazione ha coinvolto tutti i professionisti afferenti all'Azienda ospedaliero Universitaria di Parma. Il questionario semistrutturato è costituito da diverse aree finalizzate: _ all'esplorazione e all'indagine della conoscenza personale relativa alle banche dati offerte sia dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma che dall'Università degli studi di Parma; _ alla valutazione della frequenza dell'uso e della consultazione delle banche dati; _ all'indagine dei dati socioanagrafici e relativi all'attività professionale (età, genere, professione, afferenza istituzionale, titolo studio conseguito, dipartimento e struttura di appartenenza, anzianità di servizio) Le analisi sono state effettuate attraverso il programma statistico "Predictive Analytics Software And Solutions" (SPSS-19; 2011).

RISULTATI Sono stati elaborati 410 questionari. Dalle prime analisi si evince che il 61,7% dei professionisti giudica molto importante l'utilizzo delle risorse elettroniche. Per l'esercizio della attività professionale i professionisti consultano le banche dati e le riviste scientifiche principalmente con lo scopo di aggiornarsi (50,2%), di revisionare la bibliografia (26,3%), di ricerca (25,1%), di studio (23,4%) e di migliorare l'assistenza (17%).

LIMITI Uno dei limiti di tale ricerca è sicuramente l'esigua numerosità del campione che farebbe supporre ulteriori studi necessari per un maggior approfondimento atto a verificarne maggiormente la validità del questionario e soprattutto sarebbe auspicabile coinvolgere non solo tutto il territorio di Parma (ad esempio Azienda USL di Parma,) ma anche altre Aziende Ospedaliere e Università della regione Emilia Romagna. Infine la ricerca è ancora in corso d'opera e i risultati principali verranno discussi in sede congressuale.

CONCLUSIONI si ritiene che i dati emersi dalla ricerca costituiscano una risorsa indispensabile per migliorare e implementare l'utilizzo delle risorse elettroniche, garantendo l'efficienza, l'economicità e l'efficacia del servizio stesso.

Indirizzo per la corrispondenza

Tonarelli Annalisa, Psicologo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Formazione
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: atonarelli@ao.pr.it

24. Condivisione di un percorso per la presa in carico della persona morente in ospedale

Baldi Francesca, Cischele Giancarlo, Dal Maso Adriana, Fanin Filippo, Mazzucco Gessica, Celegato Rossana, Zamperetti Nereo

Ospedale di Vicenza, ULSS 6

BACKGROUND Verso la fine del 2012, i coordinatori infermieristici delle Unità Operative di Medicina Generale (100 posti letto fra alta, media e bassa intensità di cura) e di Geriatria (60 posti letto) dell'Ospedale di Vicenza (ULSS 6) riferivano una importante sofferenza del personale (soprattutto infermieri e operatori socio-sanitari) nella gestione quotidiana di un numero crescente di decessi. Riunioni con il personale hanno evidenziato che - in un ospedale per acuti - la presa in carico della persona ricoverata rischia di avvenire solo attraverso percorsi per acuti, che portano però, nel caso di una situazione di terminalità, ad un mancato riconoscimento delle priorità di cura, ad una carenza nell'accompagnamento della persona morente e della sua famiglia, ad un eccesso di attività clinica inutile e, non ultimo, ad uno utilizzo inadeguato di risorse umane e strutturali. Tuttavia, la non applicazione di tali percorsi rischia di essere percepita da curanti e familiari come un inaccettabile abbandono terapeutico.

OBIETTIVI Si è ipotizzato che questa situazione potrebbe essere gestita in maniera significativamente migliore attraverso la condivisione di percorsi di cura appositamente pensati per la presa in carico del malato morente.

METODI Si è proceduto per gradi: 1. definizione dell'entità del problema: una ricerca effettuata sui dati del Servizio Controllo Gestione ha permesso di evidenziare che più del 60% dei decessi (62% nel 2010, 61,8% nel 2011) si concentrano in tre UUOO: Medicina e Geriatria dell'Ospedale di Vicenza, e Medicina dell'Ospedale di Noventa (l'altro presidio dell'ULSS). Altro dato degno di nota è la percentuale molto elevata (21.7% nel 2010, 20.1% nel 2011) di persone decedute entro 24 ore dal ricovero. 2. contatti con i responsabili medici ed infermieristici e con i responsabili ospedalieri delle tre UUOO, che - presa visione dei dati - hanno dimostrato grande interesse alla proposta di condividere un percorso di presa in carico della persona morente. 3. confronto con altre realtà già presenti: si è studiata la prospettiva del Liverpool Care Pathway; si è inoltre visitata l'UO di Medicina dell'Ospedale di Castelfranco, dove un percorso per la presa in carico della persona terminale è già in atto. 4. definizione del percorso: a) criteri di ingresso: diagnosi di malattia incurabile, esclusione - per la situazione in atto - di cause trattabili e il cui trattamento sia nell'interesse della persona malata, situazione clinica che indichi l'approccio palliativo come il più adeguato; b) gestione immediata (in emergenza), a breve (24-72 h) o medio-lungo termine; c) quando possibile, decisione condivisa dopo una discussione aperta a tutti i curanti; d) valutazione basata sulla clinica (certezza di diagnosi e prognosi), i soggetti coinvolti (identificazione delle persone, definizione della loro comprensione della situazione, identificazione dei bisogni) e la definizione degli obiettivi di cura che si intendono raggiungere e dei mezzi terapeutici adeguati; e) condivisione delle decisioni con la persona morente (se possibile) e con i familiari e su a esplicitazione in un piano di assistenza personalizzato; f) decisioni ufficializzate e motivate in cartella clinica 5. stesura dei piani di assistenza ed elaborazione di una scheda di rilevazione dei dati che permetta una verifica a posteriori dell'efficacia di quanto fatto all'interno del percorso stesso, sia per quanto riguarda la rilevazione di parametri importanti nella cura della persona terminale (dolore, agitazione, secrezioni respiratorie, nausea/vomito, dispnea), e sia per quanto concerne l'efficacia degli interventi messi in campo per alleviare tali sintomi. 6. formazione specifica di tutto il personale per la condivisione del percorso e dello spirito che lo anima. 7. impegno ad una revisione continua del percorso - nel tempo - a livello di ogni UO per verificarne efficacia ed efficienza (ciclo di Deming).

RISULTATI Si è condiviso il percorso ed è concluso il percorso di formazione (con il contributo del Comitato Aziendale di Etica per la Pratica Clinica e della UO Psicologia Ospedaliera), in cui è stato formato il personale (250 persone) delle tre UUOO coinvolte; la formazione ha incontrato grande interesse ed elevato gradimento. Si è iniziato ad implementare il percorso.

LIMITI L'implementazione è iniziata da poco e non abbiamo al momento dati significativi; i primi saranno presentati nel corso della Conferenza.

CONCLUSIONI Il percorso prevede una discussione allargata all'interno dell'équipe per giungere alla condivisione della diagnosi e della prognosi e soprattutto delle conseguenti decisioni, e una loro ulteriore condivisione con i familiari. In questo senso, permette un contenimento del rischio clinico ma soprattutto una maggiore soddisfazione professionale, un minor livello di stress e una minore incidenza di burn-out altrimenti inevitabile in un team che debba confrontarsi quotidianamente con la terminalità e la gestione del lutto.

Indirizzo per la corrispondenza

Zamperetti Nereo, Medico Chirurgo
Ospedale San Bortolo di Vicenza - U.O. Rianimazione
Viale Ferdinando Rodolfi, 37 - 36100 - Vicenza
Email: nereo.zamperetti@ulssvicenza.it

25. Safety Walkaround e SBAR.: strumenti per la gestione del rischio e non solo! Esperienze dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia

Bernardini Ilaria, Bogni Donatella, Ontari Gianluca, Pioda Isabella, Torroni Daniele, Zucconi Marco, Pioppo Manuela
Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia

BACKGROUND La promozione della qualità delle cure e conseguentemente della sicurezza del paziente richiede un approccio di sistema e l'adozione di metodi e strumenti diversificati in relazione agli scopi specifici e al contesto socioculturale ed organizzativo. Un aspetto fondamentale è che tutti gli operatori del sistema siano direttamente coinvolti e possano interagire in forma sinergica. L'AOU di Perugia si è dotata di due strumenti per la gestione del rischio clinico di limitato impegno economico che si sono dimostrati efficaci non solo nell'implementazione della sicurezza dei pazienti ma anche come strumenti di valutazione delle vulnerabilità del sistema. Il Safety Walkaround (SWR) è una tecnica di risk assessment che prevede visite ed interviste strutturate mentre la SBAR si struttura come una breve checklist secondo la strategia che l'OMS ha indicato come fondamentale per la sicurezza.

OBIETTIVI L'uso dei SWR ha per obiettivo l'individuazione della vulnerabilità del sistema mettendo in primo piano gli operatori nell'individuare soluzioni appropriate alle osservazioni e non conformità rilevate. 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 Lo strumento del SWR è stato perfezionato presso l'AOU di Perugia poiché oltre alle domande proposte dal Ministero squisitamente legate al rischio clinico sono stati integrati quesiti relativi al processo di accreditamento, all'emergenza ospedaliera, al servizio prevenzione e protezione e alla corretta tenuta dei farmaci. Un gruppo costituito da 7-8 persone adeguatamente formate (medici di direzione, coordinatori del dipartimento delle professioni sanitarie, dirigenti della farmacia ospedaliera) si reca nella unità operativa con una check list che viene compilata intervistando il personale e visionando direttamente le cartelle, i presidi, l'ambiente, gli armadi farmaceutici e degli stupefacenti e i frigoriferi di reparto. L'approccio tramite SBAR invece è stato strutturato nel percorso del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico ortopedico traumatologico. Tale percorso ha visto la formazione di circa 120 persone tra medici ortopedici ed infermieri del Pronto Soccorso.

RISULTATI Nei primi sei mesi del 2013 sono stati effettuati 19 SWR in diverse strutture seguendo una particolare check list che ha approfondito diversi ambiti per ciascuno dei quali sono state individuate non conformità (32 in totale), raccomandazioni (12 in totale) e 4 osservazioni cui si è risposto con specifiche azioni correttive. 1) Ambito sicurezza dei luoghi di lavoro: interventi con l'ufficio tecnico patrimoniale; interventi sulla corretta gestione delle bombole di ossigeno e registrazione; armadio a norma per la conservazione dei reagenti in laboratorio; azione con la ditta di appalto delle pulizie per sgombero delle aree comuni al fine di favorire la fuga in caso di emergenza. 2) Ambito Clima interno: intervento con la psicologa nelle Terapie Intensive "aperte" al fine di favorire il miglioramento del clima. 3) Ambito Diritti dell'utente: presenza del medico referente nell'ambulatorio pre-ricovero; spostamento in altri reparti del personale in burn-out; revisione del percorso del paziente chirurgico programmato; creazione del materiale informativo per le donne con patologia mammaria e day-surgery. 4) Ambito Farmaci e Stupefacenti: formazione sul campo per scadenza farmaci; corretto magazzino per farmaci "look alike sound alike"; giusti presidi per cateterismo vescicale a circuito chiuso; corretta registrazione stupefacenti. Per la SBAR riportiamo gli indicatori analizzati per il percorso del paziente traumatologico: n° spostamenti subito dai pazienti/totale pazienti (31% vs 10% standard), n° SBAR compilate e presenti in cartella/cartelle (98% vs 100%), n° azioni SBAR complete/totale azioni riportate (75% vs 100%), n° errori intercorsi/totale delle azioni indicate nella SBAR (1.5% vs 0.5%).

LIMITI I SWR non riescono ad approfondire le tematiche oggetto in una rapida valutazione. La SBAR ancora rimane cartacea e non applicata in tutte le realtà in cui ci sono passaggi di consegna.

CONCLUSIONI Il metodo applicato per i SWR consente a dirigenti ed operatori di confrontarsi, sia durante le visite che nelle fasi successive di discussione sui dati raccolti, nonché durante l'implementazione delle azioni, favorendo i processi comunicativi. Il SWR consente la valutazione delle vulnerabilità del sistema attraverso il contributo degli operatori stessi e l'adozione, in tempi brevi, di misure preventive. Nello stesso tempo favorisce l'impegno degli operatori e dei dirigenti nell'attuare miglioramenti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza per i pazienti, per gli operatori e per l'ambiente, basata anche sull'incremento della qualità dell'assistenza e delle cure erogate. L'approccio SBAR scelto si è rivelato particolarmente efficace e ci auspichiamo che il principio trovi applicazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Bernardini Ilaria, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera di Perugia - Direzione Sanitaria
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia
Email: ilaria.bernardini@ospedale.perugia.it

26. Le fonti di conoscenza nella pratica clinica degli infermieri: studio pilota presso i Servizi dell'ASL TO4

Bertazzi Alfonso, Milanese Erika

Corso di Laurea in Infermieristica - Università di Torino

BACKGROUND I saperi che l'infermiere applica quotidianamente alla sua attività assistenziale derivano da una molteplicità di fonti e includono non solo ciò che proviene dalla ricerca scientifica, ma anche altri tipi di conoscenza. Con lo sviluppo dell'EBP gli infermieri devono confrontarsi con l'utilizzazione delle evidenze e in particolare con la necessità di colmare il divario, ampiamente documentato in letteratura, tra produzione scientifica e sua applicazione professionale. Come tuttavia attestato da numerosi studi, più che attraverso le pubblicazioni scientifiche, gli infermieri preferiscono rivolgersi a fonti di natura relazionale ed esperienziale.

OBIETTIVI Individuare le fonti di conoscenza più utilizzate dagli infermieri della realtà indagata; verificare se ci sono particolari modelli di utilizzo delle fonti, in particolare di quelle basate sulla ricerca, associati alle variabili demografiche, di istruzione e professionali rilevate; identificare le modalità prevalenti con cui gli infermieri accedono alla letteratura scientifica.

METODI Nel maggio 2013 è stato distribuito un questionario cartaceo in autosomministrazione presso i 18 reparti di degenza di 3 presidi ospedalieri della provincia di Torino. I criteri di inclusione sono stati: essere infermieri dipendenti dell'ASL di riferimento e svolgere esclusivamente attività clinico-assistenziale. Sono stati esclusi gli infermieri interinali e i coordinatori infermieristici. Il questionario, derivato dal "Sources of Knowledge Questionnaire", ha rilevato le frequenze di utilizzo delle varie fonti di conoscenza, le fonti percepite dagli infermieri come più importanti e le modalità di accesso alla letteratura scientifica. Per la misurazione delle frequenze è stata utilizzata una scala Likert a 4 valori, poi convertita in punteggi per le analisi quantitative. Le differenze fra gruppi sono state investigate con Test t di student e ANOVA (IC = 95%).

RISULTATI Hanno risposto al questionario 216 infermieri (80%). Il 72% del campione ha il diploma professionale, mentre circa il 10% ha un titolo post-base. Il 60% afferma di saper navigare in Rete a livello almeno discreto; il 70% dichiara una scarsa o mediocre comprensione dell'inglese scientifico scritto. Il 36% è formato in materia di EBN e tecniche di ricerca bibliografica. Le fonti di conoscenza più utilizzate sono: esperienza clinica e formazione di base, seguite da protocolli e linee guida, condivisione con i colleghi infermieri, corsi e conferenze. Tra le meno utilizzate ci sono le preferenze del paziente e le riviste mediche e infermieristiche. Circa la metà dei 24 titoli consultati abitualmente sono riviste di associazione o collegio; solo 4 risultano indicizzati su banche dati biomediche. La modalità di accesso prevalente alle riviste è il formato cartaceo, mentre il 40% degli infermieri dichiara di non accedere mai alle Banche Dati. $r = 0,77$). Fra le fonti ritenute sovrautilizzate ci sono la formazione e l'esperienza clinica; fra quelle sottoutilizzate le preferenze del paziente e le riviste infermieristiche. Associazioni statisticamente significative sono state riscontrate fra maggior uso delle riviste infermieristiche ed età = 40 anni, elevate competenze in inglese e Internet, formazione su EBN; queste due ultime caratteristiche, insieme all'essere tutor clinici e a un'anzianità professionale = 10 anni sono associate ad un maggiore utilizzo delle banche dati; i diplomati fanno maggior ricorso all'esperienza clinica e all'intuizione rispetto ai loro colleghi con istruzione universitaria; Protocolli e LG (la fonte percepita dal campione come più importante) sono utilizzati in misura significativamente maggiore da chi ha un'anzianità di servizio > 10 anni.

LIMITI I principali limiti sono legati alla metodologia di ricerca, in particolare bias di selezione a causa del campione di convenienza e di desiderabilità sociale derivante dall'uso di un questionario. Altri limiti sono legati al campo di indagine, caratterizzato da penuria di strumenti condivisi e validati, scarsa chiarezza concettuale e difficoltà nel confrontare sistematicamente le ricerche prodotte. Le modifiche apportate alla traduzione del questionario, pur sottoposte al vaglio di esperti in metodologia della ricerca, non sono state validate (Indice di Cronbach = 0,69).

CONCLUSIONI I risultati ricalcano quelli della letteratura prevalente sull'argomento, relativamente alle forme di conoscenza più utilizzate e allo scarso ricorso alle fonti primarie basate sulla ricerca. Le preferenze del paziente sono poco considerate come fonte informativa e ciò suggerisce l'idea che il paziente non sia ancora ritenuto un elemento determinante nell'attuale pratica assistenziale. Inoltre, si pone il problema dell'obsolescenza dei saperi derivanti da una fonte massicciamente utilizzata come la formazione di base, da parte di una popolazione infermieristica in via di progressivo invecchiamento.

Indirizzo per la corrispondenza

Bertazzi Alfonso, Infermiere
Università degli Studi di Torino – Facoltà di Infermieristica
Via Verdi, 8 - 10124 Torino
Email: alfo.bertazzi@gmail.com

27. La sinergia fra ricerca e prassi nell'utilizzo dei cateteri venosi centrali a inserimento periferico (PICC) all'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana

Bianchi Monica, Lussu Simone, Pedrazzani Carla, Valcarenghi Dario

Istituto Oncologico della Svizzera Italiana

BACKGROUND Da circa sei anni, il Servizio Infermieristico dell'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) è impegnato in un progetto di sviluppo dell'area professionale, per offrire un servizio sempre migliore ai propri assistiti. Per prima cosa si è costituito un Ufficio per lo Sviluppo e la Ricerca Infermieristica (abstract n° 66, GIMBE 2011) con la finalità di effettuare ricerche, supportare le innovazioni nelle cure infermieristiche e stimolare lo sviluppo del pensiero critico fra i colleghi (abstract n°95, GIMBE 2013). Un esempio di sinergia fra gestione operativa e ricerca infermieristica si è avuto con l'iniziativa della Direzione infermieristica di costituire un PICC Team. La decisione è stata condivisa dalla Direzione IOSI e i primi PICC sono stati posizionati a maggio del 2011, con una stretta collaborazione fra il team operativo e l'ufficio ricerca. Ai primi, è stata affidata la responsabilità di gestire le fasi principali del processo; al secondo, quella di raccogliere e valutare i dati di attività ed effettuare un continuo confronto con i dati di letteratura.

OBIETTIVI - Offrire ad alcuni pazienti un device vascolare a loro più indicato, in condizioni di massima qualità e sicurezza; - Migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo dei presidi vascolari centrali utilizzati fino a quel momento negli altri pazienti in alternativa ai PICC; - Consentire agli infermieri un'opportunità di sviluppo professionale; - Definire le modalità operative per avere il controllo del processo.

METODI Per il governo del processo, sono stati seguiti i seguenti criteri: - un'adeguata preparazione tecnico-teorica dei componenti il PICC team operativo e il loro continuo aggiornamento; - il periodico feed-back sui dati di attività del team e l'approfondimento di ogni complicazione maggiore riscontrata (trombosi, batteriemie); - la progressiva preparazione dei colleghi (e dei familiari) che si sarebbero trovati a gestire un PICC; - il confronto costante con i dati di letteratura per poter eventualmente riorientare il processo; - la raccolta sistematica dei pareri dei pazienti, con un questionario allegato alla brochure informativa data a ognuno di loro dopo il posizionamento del PICC. Il PICC team operativo si ritrova una volta al mese per discutere i problemi inerenti alle sue funzioni; una volta ogni due mesi vi è la riunione allargata a tutti coloro che coadiuvano il processo da un punto di vista organizzativo, formativo o di ricerca. Circa tre volte l'anno vi è poi la riunione con il Primario di Oncologia, con il quale si definiscono i criteri d'inclusione dei pazienti e si fa una valutazione complessiva del progetto.

RISULTATI Alcuni infermieri (n. 5) sono stati formati a eseguire la tecnica specifica e due medici sono stati individuati per gestire le eventuali problematiche cliniche correlate ai PICC. Inizialmente, si è deciso di non utilizzare i PICC con i pazienti ematologici (maggiore rischio di complicazioni), ma in seguito, visti i buoni risultati ottenuti e l'affidabilità del team, questa decisione è stata cambiata. Su quasi tutti i pazienti, durante il loro percorso, si rilevano dati oggettivi e soggettivi che si fanno poi confluire in un unico archivio gestito dall'Ufficio ricerca. Sono stati fatti finora 21 corsi di formazione (con oltre 250 partecipanti totali) per formare gli operatori che all'interno o all'esterno dell'ospedale si sarebbero trovati a gestire questi pazienti. A fine novembre 2013, 166 PICC erano stati inseriti e rimossi, su un totale di 217 posizionamenti. In media ogni PICC è rimasto in sito 88,7 giorni (range 2 - 417), con una mediana di 72. Sono stati rilevati 9 casi di trombosi venosa sintomatica (0.61/1000 cath.days) e 5 casi di batteriemia (0.34/1000 cath.days), ma con esame colturale negativo della punta del catetere. Il gradimento dei pazienti (76 risposte) è stato alto (media di 8.5 su 10, con mediana = 9).

LIMITI Non si è avuto un feed-back su circa 25 pazienti (circa 11,5%) persi nella fase di follow-up.

CONCLUSIONI Con l'introduzione del sistema PICC allo IOSI, i pazienti hanno ora una maggiore probabilità di ricevere il presidio vascolare a loro più indicato e gli infermieri hanno ampliato le loro competenze professionali. Il progetto è stato avviato dalla Direzione Infermieristica, avendo una visione sistemica e favorendo una sinergia fra l'area della ricerca e l'area manageriale. Oltre agli aspetti tecnico-scientifici, una costante attenzione vi è stata nella formazione e coinvolgimento di tutti coloro che avrebbero avuto a che fare con la gestione dei PICC. Il confronto con la letteratura e l'analisi costante dei dati, discussi durante gli incontri, hanno consentito il controllo e il continuo riallineamento dell'esperienza. Quest'approccio multifattoriale e dinamico riteniamo possa essere stato uno dei principali fattori che ha consentito di mantenere finora il processo su elevati standard di qualità, sicurezza e gradimento per i pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Valcarenghi Dario, Infermiere
Ospedale Regionale Bellinzona e Valli - Ufficio Sviluppo e Ricerca Infermieristica
San Giovanni - 6501 -
Email: dario.valcarenghi@eoc.ch

28. Analisi delle barriere del paziente diabetico per il miglioramento della performance - Studio VeDiClis Audit Clinico sulla gestione del Diabete Mellito tipo 2 in Medicina Generale

Bianchi Annalisa, Rigon Giulio, Girotto Sandro, Del Zotti Francesco, Vaona Alberto

ULSS20

BACKGROUND Il Diabete Mellito tipo 2, per la sua prevalenza e complessità, può essere considerato il paradigma delle patologie croniche e richiede la presa in carico integrata da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) e dei Diabetologi, ma l'"empowerment" del paziente ha un ruolo fondamentale.

OBIETTIVI Nell'ambito di un audit sulla performance del MMG su indicatori di esito intermedio (VeDiClis), l'obiettivo di questa fase (fase 4) è stato quello di sperimentare un sistema di analisi delle barriere incontrate dal paziente nel seguire le raccomandazioni fornitegli per affrontare la sua patologia.

METODI È stato elaborato un questionario incentrato sulle raccomandazioni che i pazienti dovrebbero ricevere secondo le Linee Guida SIGN 2011 (scelte dopo valutazione formale delle LG disponibili). Sono state analizzate le seguenti aree: alimentazione (16 barriere), attività fisica (18 barriere), abbandono del fumo (8 barriere), assunzione della terapia orale (10 barriere), assunzione della terapia insulinica (15 barriere), automonitoraggio glicemico (8 barriere) e follow-up (14 barriere). Sono stati raccolti 60 questionari, somministrati ai diabetici dei 30 medici di medicina generale in occasione di un qualsiasi accesso ambulatoriale.

RISULTATI Sono state indagate le barriere di conoscenza, opinione, abitudine e dotazione relative alle raccomandazioni sulle seguenti aree: alimentazione (16 barriere), attività fisica (18 barriere), abbandono del fumo (8 barriere), follow-up della malattia (14 barriere), assunzione della terapia orale (10 barriere), assunzione della terapia insulinica (qualora prevista, 15 barriere), automonitoraggio della glicemia (qualora previsto, 8 barriere). Il calcolo per ciascuna di queste aree di un coefficiente di difficoltà ha consentito di individuare le aree più meritevoli di intervento. All'interno di ciascuna area è stato rilevato un coefficiente di peso per ogni barriera esaminata in modo da evidenziare le barriere con maggior impatto, ovvero quelle che necessariamente devono essere affrontate per perseguire il miglioramento della adesione alle raccomandazioni per quell'area. Di tutti i partecipanti, 36 (60%) erano uomini e 24 (40%) erano donne; il range di età variava dai 40 ai 98 anni, con una media di 68 anni. Gli anni dal momento della diagnosi sono in media 11. Le raccomandazioni dietetiche sono una delle barriere di conoscenza maggiore, infatti il 28% non li ritiene particolarmente importanti e il 18% ritiene che l'assunzione della terapia lo svincoli dal rispetto di una dieta. L'automonitoraggio domiciliare è considerato necessario dall'81% dei diabetici, anche se il 40% degli intervistati non è a conoscenza del fatto che questa procedura vada eseguita in momenti specifici. La conoscenza delle complicanze della malattia diabetica è piuttosto scarsa, soprattutto per quelle di maggiore rilevanza, in particolare le complicanze oculari sono note solo al 50% dei pazienti e quelle renali al 26%.

LIMITI Pur essendo il modello concettuale utilizzato per l'individuazione e la valutazione delle barriere esportabile in altri contesti più ampi, i risultati, invece, non possono essere generalizzati. I pazienti, infatti, non sono rappresentativi della popolazione e la loro numerosità permette solo una prima valutazione dello strumento.

CONCLUSIONI Il sistema di analisi delle barriere incontrate dal paziente diabetico nel seguire le raccomandazioni previste dalle Linee Guida, costruito con il contributo dei pazienti diabetici "esperti", consente di individuare con precisione le barriere da affrontare, stabilire quali di queste hanno un peso maggiore e permettendo quindi di indirizzare la strategia di miglioramento verso l'implementazione di interventi mirati su di esse. Da quest'analisi emerge che solo attraverso un approccio multifattoriale e multidisciplinare centrato sul paziente, nell'ambito di una visione olistica e di un rapporto fiduciario si potranno migliorare e superare numerose barriere che ostacolano la cura di questa malattia. L'efficacia di questo approccio deve essere in futuro verificata nel suo impatto sul reale miglioramento delle performance prevista dagli indicatori di esito intermedio.

Indirizzo per la corrispondenza

Rigon Giulio, Medico Chirurgo
Azienda ULSS 20 Verona - Raggruppamento MMG
Via Valverde, 42 - 37122 - Verona
Email: giuliorigon@gmail.com

29. Garantire la sicurezza trasfusionale: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia

Bogni Donatella, Albi Nicola, Bernardini Ilaria, Marchesi Mauro, Morcellini Rosita, Orlandi Walter, Pasqua Luciani Barbara, Pioppo Manuela, Paglicci Reattelli Laura, Zucconi Marco

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND In medicina trasfusionale si distinguono diversi tipi di eventi avversi, classificabili in base al tempo di insorgenza, alla gravità dell'evento o al meccanismo patogenetico. Vi è però una categoria di eventi avversi dovuta quasi esclusivamente all'errore umano: la reazione emolitica acuta da trasfusione di sangue AB 0 incompatibile, che in oltre il 6% dei casi porta alla morte del paziente. L'assenza o la mancata applicazione di procedure specifiche rappresenta un importante fattore di rischio che può determinare il verificarsi dell'evento durante una delle diverse fasi del processo di gestione degli emoderivati.

OBIETTIVI Il progetto ha la finalità di aumentare la sicurezza della trasfusione di emocomponenti, sia attraverso l'implementazione della specifica procedura elaborata da un panel di esperti (basata sulle vigenti disposizioni di legge e sulla Raccomandazione ministeriale n. 5), che attraverso l'impiego di mezzi informatizzati e automatizzati. Obiettivi specifici sono: - appropriatezza della richiesta di sangue, - corretta identificazione del paziente, - corretta assegnazione degli emocomponenti, - sorveglianza nella somministrazione, - tracciabilità totale del processo.

METODI È stata realizzata e si sta implementando una specifica procedura sulla sicurezza trasfusionale che prevede l'utilizzo di un sistema di identificazione univoco mediante braccialetto dotato di bar-code. Attraverso il sistema di incident reporting aziendale è emerso che i near misses segnalati nella gestione del processo degli emoderivati originavano principalmente da erronee o mancate identificazioni del paziente. Da novembre 2009 a dicembre 2012 a livello aziendale si sono verificati 17 scambi di identità all'atto del prelievo di gruppo e compatibilità (intercettati mediante la metodica del doppio prelievo a distanza temporale e basandosi sui dati storici) e 3 parziali somministrazioni di sangue a pazienti diversi dal destinatario, fortunatamente tutte senza danni. Il percorso è iniziato attraverso una esperienza pilota condotta presso la Struttura Complessa di Ematologia e TMO e si sta diffondendo grazie al contemporaneo utilizzo del sistema di gestione informatizzata della terapia, che prevede anch'esso il braccialetto identificativo. Per favorire l'adesione alla procedura nel corso dell'anno 2013 è stato effettuato uno specifico progetto formativo che ha coinvolto circa 400 operatori sanitari medici, infermieri ed ostetriche. Nel primo semestre 2014 saranno formati ulteriori 600 operatori. Il progetto formativo prevede una parte residenziale ed un cospicuo percorso on the job con tutoraggio.

RISULTATI Oltre due anni di monitoraggio del processo trasfusionale effettuati durante l'esperienza pilota che ha coinvolto la SC di Ematologia TMO non hanno evidenziato incidenti trasfusionali, nonostante la mole di trasfusioni effettuate (2011 = somministrate 2273 sacche di globuli rossi a 499 ricoverati, 2012 = somministrate 2390 sacche di globuli rossi a 620 ricoverati, oltre ad un cospicuo numero di sacche di piastrine ed anche plasma). Unica criticità rilevata sono state 13 richieste (7 nel 2011, 4 nel 2012, 2 nel 2013) in cui non veniva specificato il tipo di trattamento che dovevano subire gli emocomponenti (come ad esempio l'irradiazione) o la richiesta non era congruente con lo storico; tali non conformità sono state prontamente corrette dal Servizio Immunotrasfusionale. I dati di più ampia scala sono in corso di rilevazione e verranno diffusi con cadenza semestrale. Durante la formazione il personale coinvolto ha però espresso particolare apprezzamento per la procedura ed è emerso che la percezione della sicurezza operativa è notevolmente aumentata, come si è potuto evincere dai questionari somministrati (ad esempio l'84% degli operatori ha risposto "molto rilevante" riguardo la tematica del corso per la propria formazione).

LIMITI Esperienze internazionali e nazionali hanno dimostrato che esistono strategie efficaci di prevenzione, basate soprattutto sul controllo di processo effettuato in regime di sistema di qualità e sull'adozione di soluzioni tecnologiche che impediscono di commettere errori nelle fasi critiche, come quella primaria dell'identificazione univoca del paziente mediante braccialetto bar-code. Sebbene l'implementazione di tali strategie sia lenta e caratterizzata anche da impegno economico, la contestuale adozione di metodi applicabili non solo al processo trasfusionale, ma anche ad altre procedure a maggior rischio clinico, quale la somministrazione di farmaci, ha consentito all'Azienda Ospedaliera di Perugia di ridurre i costi e l'impegno formativo del personale sanitario.

CONCLUSIONI Si sono verificate alcune difficoltà all'applicazione capillare della procedura, soprattutto per quanto riguarda la consapevolezza degli operatori sui rischi legati al processo trasfusionale e anche una certa resistenza al cambiamento verso le procedure informatizzate.

Indirizzo per la corrispondenza

Bogni Donatella, Medico Chirurgo
Ospedale Santa Maria della Misericordia - Direzione Medica
Piazzale Giorgio Menghini - 06156 - Perugia
Email: donatella.bogni@ospedale.perugia.it

30. Medicina Ambientale: l'esperienza della ASL della Provincia di Varese

Bulgheroni Paolo, Tettamanzi Elena, Passaro Paola, Neri Daniela, Redaelli Massimo, Montani Fernando, Cassani Riccardo

ASL della Provincia di Varese

BACKGROUND E' noto come numerose patologie umane riconoscano quali fattori di rischio agenti di differente natura presenti nelle matrici ambientali, quali inquinanti aerodispersi, contaminanti delle acque e del suolo, rifiuti, radiazioni. A seguito dei mutamenti legislativi intercorsi negli anni novanta, che hanno attribuito alle ARPA il diretto controllo dell'inquinamento ambientale, le ASL hanno in parte ridotto il livello di competenza nei confronti delle complesse problematiche riguardanti il rapporto fra salute e ambiente. Da alcuni anni, tuttavia, una maggiore consapevolezza si sta diffondendo all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL nei confronti delle tematiche relative alla prevenzione e al controllo delle patologie che riconoscono nell'inquinamento dell'ambiente fisico un elemento di rilevante importanza.

OBIETTIVI Presso la ASL della Provincia di Varese, all'interno della Unità Operativa Complessa (UOC) Igiene e Sanità Pubblica, afferente al Dipartimento di Prevenzione Medico, è attiva dall'anno 2006, una Unità Operativa Semplice (UOS) denominata "Medicina Ambientale". Obiettivo del presente lavoro è di descrivere le principali attività svolte da tale struttura operativa, con specifico riferimento a risorse, assetto organizzativo e aree di intervento.

METODI Caratterizzazione delle attività della UOS Medicina Ambientale della ASL della Provincia di Varese, in relazione a quanto previsto dal vigente Piano di Organizzazione Aziendale, dai documenti di programmazione delle attività aziendali e dalla registrazione dei dati di attività.

RISULTATI L'organigramma della UOS Medicina Ambientale è composto da un Dirigente medico responsabile appartenente alla disciplina di igiene, epidemiologia e sanità pubblica, gerarchicamente dipendente dal Direttore della UOC Igiene e Sanità Pubblica. L'organigramma si completa con due ulteriori Dirigenti e con un Tecnico della prevenzione specificatamente dedicati alle attività della UOS; collaborano in maniera trasversale, in relazione a specifiche tematiche o linee di attività, altri due Dirigenti e tre Tecnici della prevenzione della UOC Igiene e Sanità Pubblica. Le competenze rappresentate a livello dirigenziale attengono alla prevenzione medica, alla biologia e alla tossicologia. Fra le risorse strumentali, si segnala la disponibilità di programmi informatici per georeferenziazione e di valutazione tossicologica. La UOS non ha un budget proprio, ma rappresenta specifico Centro di Costo per la UOC Igiene e Sanità Pubblica. Le principali linee di attività presidiate riguardano: 1) prevenzione degli effetti sanitari dell'inquinamento atmosferico mediante supporto epidemiologico e tecnico-scientifico alle Amministrazioni locali, in stretta collaborazione con ARPA; 2) valutazioni di Piani e Programmi di sviluppo territoriale, con specifico riferimento alle procedure di Valutazione Ambientale Strategica e Valutazione di Impatto Ambientale; 3) prevenzione degli effetti sanitari da esposizione a gas radon negli ambienti confinati; 4) assistenza alle Amministrazioni competenti nelle procedure di bonifica dei siti contaminati; 5) controllo della qualità delle acque di balneazione; 6) educazione sanitaria e informazione della popolazione su differenti tematiche riguardanti il rapporto salute-ambiente, quali allergopatie da agenti pollinici, prevenzione degli effetti sanitari da agenti inquinanti aerodispersi e da ozono, inquinamento elettromagnetico; 7) prevenzione del rischio amianto negli ambienti di vita aperti e confinati; 8) valutazioni su nuovi impianti di gestione rifiuti, a supporto della Amministrazione Provinciale; 9) valutazioni sanitarie in ordine a problematiche territoriali di inquinamento da agenti fisici e chimici (es., rumore, agenti tossici dispersi in matrici ambientali); 10) valutazioni sanitarie in ambito radioprotezionistico. Nel periodo di attività 2006-2013, il numero complessivo delle attività erogate si attesta su valori compresi fra 200-300 interventi di prevenzione e controllo per anno, suddivisi fra valutazioni documentali (70%), indagini ispettive e di verifica sul campo (20%) e attività comunicative/informative (10%). La struttura Medicina Ambientale lavora in stretto contatto con la UOC Epidemiologia della ASL, che supporta le attività della UOS attraverso il flusso di dati sanitari correnti o rilevati con indagini ad hoc di natura statistico-epidemiologica, e con il Dipartimento ARPA provinciale, attraverso la condivisione del programma di attività annuale e un sistematico confronto sulle differenti problematiche puntuali di interesse comune.

LIMITI La costante formazione del personale coinvolto nelle attività rappresenta un elemento critico per l'erogazione di un servizio sempre più qualificato.

CONCLUSIONI Le attività svolte in questi anni dalla UOS Medicina Ambientale documentano un significativo livello di attenzione dell'organizzazione aziendale nei confronti delle rilevanti problematiche relative al rapporto salute-ambiente, che devono essere proseguite in un'ottica evidence based.

Indirizzo per la corrispondenza

Bulgheroni Paolo, Medico Chirurgo
Distretto di Varese - U.O. Igiene e Sanità Pubblica
Viale Monte Rosa, 28 - 21100 - Varese
Email: bulgheronip@asl.varese.it

31. La simulazione come momento di acquisizione e valutazione delle abilità non tecniche (NTS) del personale infermieristico impegnato in emergenza

Caforio Maria Chiara¹, Talamelli Sara², Monesi Alessandro³, Stefanelli Annalisa³

1Istituto Ortopedico Rizzoli Bologna, 2Asur Marche Area Vasta1, 3Ospedale Maggiore Bologna

BACKGROUND Il danno non intenzionale in sanità è molto comune; correnti evidenze mostrano che la moderna sanità è causa di danno non intenzionale valutabile tra il 3 e il 16% degli utenti ospedalizzati. I fattori implicati includono complessità organizzativa, potenziale pericolosità derivante dalle attrezzature ad alta tecnologia, ambienti di lavoro percepiti particolarmente stressanti dallo staff con conseguente difficoltà e imperfezione nella comunicazione tra i membri del team e la mancanza di una formazione adeguata del personale. In riferimento a quest'ultimo fattore, risultati di ricerche su eventi avversi hanno suggerito che molte cause sottostanti sono originati da una predominanza di carenze negli aspetti comportamentali e di natura non tecnica, piuttosto che da una mancanza di competenze tecniche.

OBIETTIVI Scopo di questa relazione è quello di verificare se la simulazione sia utile a migliorare il lavoro di squadra e a ridurre il rischio nel gruppo di lavoro attraverso l'acquisizione di competenze tecniche e non. Inoltre proponiamo uno studio di tipo osservazionale-prospettico, risultato di un lavoro multicentrico del personale infermieristico e medico dell'U.O. di Rianimazione e Pronto soccorso dell'Ospedale Maggiore di Bologna, già coinvolto in passato in corsi di team management con metodologia CRM, che focalizzerà la sua attenzione sulla rilevazione delle NTS su casi reali di Trauma e non-Trauma Tale studio presenta come obiettivi: - valutare l'affidabilità dello strumento nel rilevare competenze o criticità non tecniche - verificare la capacità di autovalutazione dell'infermiere - monitorare eventuale rischi relativi a carenza di competenze non tecniche ed eventualmente proporre correttivi - verificare se vi è correlazione tra i corsi di tipo "CRM" e la performance non tecnica.

METODI E' stata condotta una ricerca bibliografica nelle banche dati CINHAL, PUBMED, TRIPDATABASE e COCHRANE delle revisioni sistematiche, revisioni della letteratura, articoli descrittivi di studi comparati, pubblicati in inglese dopo il 2000. Sono stati analizzati 40 articoli dopo essere stati sottoposti a diversi filtri d'esclusione. Per la realizzazione del progetto è stato somministrato un questionario anonimo per evidenziare le caratteristiche della popolazione che compilerà la scheda di valutazione. Le schede di autovalutazione sono state compilate al termine di ogni intervento eseguito in situazione di urgenza/criticità presentatesi in sala emergenza di pronto soccorso o durante degenza in rianimazione che abbia la caratteristica di un codice 3.

RISULTATI I dati indicano che la simulazione sia un valido elemento per aumentare la qualità delle prestazioni, ridurre il rischio di errore, aumentare la sicurezza personale, perfezionare e sperimentare competenze tecniche e non tecniche. Ad oggi sono stati compilati 14 questionari, 10 dei quali riferibili a Trauma e 4 al non Trauma con una buona risposta da parte del personale infermieristico rispetto alla componente medica in proporzione di 2 questionari compilati a 1.

LIMITI La simulazione si è rivelata una tecnica fondamentale nella formazione del personale sanitario nell'apprendimento delle competenze non tecniche. E' stata dimostrata la maggiore coesione del team, con un miglioramento delle prestazioni di squadra, aumento della reciproca fiducia e perfezionamento dei ruoli. Il debriefing, deve essere utilizzato nella discussione dei casi clinici, portando benefici non solo pratici ma anche mentali, sia al singolo che all'intero gruppo. La simulazione, in un modello di sanità basato sull'ottimizzazione della sicurezza e della qualità, dovrà diventare una tecnica chiave di routine per educare il personale e l'equipe, come già avviene in aviazione. Lo studio ha avuto, inoltre, l'approvazione di 6 mesi, quindi i dati verranno aggiornati a fine studio, cioè a Febbraio e da ciò ci auspichiamo che da questo piccolo punto di partenza, si possa arrivare ad organizzare sulla scia dei principi del CRM e della simulazione High Fidelity corsi di formazione e miglioramento che abbiano come obiettivo non solo le competenze tecniche, ma soprattutto le NTS in un contesto ormai sempre più dedicato alla personalizzazione dell'assistenza infermieristica e medica, al lavoro di squadra e alla costante presenza della variabile errore rappresentata dal fattore umano.

CONCLUSIONI Un grosso limite riscontrato durante la revisione dei dati è che la quantità di prove che dimostrano che la qualità delle cure del paziente aumenta, come conseguenza diretta di un apprendimento basato sulla simulazione, è molto bassa. Inoltre è impossibile valutare i fattori di stress e le variabili che intervengono negativamente sulla realtà, rispetto alla simulazione, perché ogni individuo risponde in un dato modo ad una determinata situazione e sappiamo che lo scenario in area critica può evolvere con molteplici modalità.

Indirizzo per la corrispondenza

Caforio Maria Chiara, Infermiere
Istituto Ortopedico Rizzoli
Via di Barbiano, 1/10 - 40136 - Bologna
Email: caforio.mariachiara@live.it

32. Dalla ricognizione alla riconciliazione farmacologica: una scheda per la sicurezza

Campaniello Giovanna, Dovani Antonella, Fontechiari Simona, Zuccheri Anna, Nardelli Anna, Zanardi Alessandra, Sircana Luca, Montali Francesca

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

BACKGROUND La complessa articolazione dei percorsi assistenziali, soprattutto per i pazienti cronici, e il conseguente coinvolgimento di un accresciuto numero di professionisti sanitari con accentuazione delle criticità di raccordo tra gli uni e gli altri, con rischio di imprecisioni, incompletezza nella lista dei farmaci correnti che possono portare a duplicazioni, interazioni farmacologiche, omissioni, errori di posologia. I professionisti ospedalieri, possono non essere in grado di accedere facilmente all'elenco completo di tutti i farmaci assunti dai pazienti, o possono non essere a conoscenza delle variazioni farmacologiche più recenti. Di conseguenza, il nuovo regime di farmaci prescritti, in fase di ricovero, trasferimento o dimissione, potrebbe inavvertitamente omettere i farmaci necessari, duplicare inutilmente terapie esistenti, o contenere dosaggi errati. Alcuni studi hanno approfondito le tipologie di errore più frequenti relative alla fase di ricognizione-prescrizione farmacologica. Il 37% degli errori farmacologici prevenibili riguarda errori di dosaggio. Il 22% degli errori prevenibili relativi alla riconciliazione farmacologica si verificano in fase di ricovero, il 66% invece in fase di trasferimento, ed il 12% in fase di dimissione. Più di metà dei pazienti al momento del ricovero subisce una o più discrepanze non previste nella propria terapia farmacologica. La conoscenza puntuale della terapia farmacologica in uso dal paziente all'ingresso delle Strutture è un passaggio fondamentale per la sicurezza e l'appropriatezza del processo farmacologico. Dal 2010 la Regione Emilia-Romagna ha fornito alle Aziende indicazioni sulla sicurezza del processo di ricognizione-riconciliazione; nel 2011 è stata diffusa la Raccomandazione n. 2 "Sicurezza nella terapia farmacologica: processo di ricognizione e di riconciliazione".

OBIETTIVI - conoscere modalità e strumenti in uso all'interno l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOUPR) inerenti il processo di ricognizione farmacologica; - migliorare e uniformare la qualità della documentazione sanitaria - verificare lo scostamento dalle Raccomandazioni Regionali.

METODI - indagine mediante un questionario ad hoc rivolto a n=74 Coordinatori - restituzione dei risultati a tutti i Responsabili/Coordinatori, mediante evento formativo aziendale - costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale (medico-infermieristico) - definizione di una scheda aziendale di ricognizione-riconciliazione - validazione e diffusione della scheda - Audit Clinico sull'appropriatezza dell'utilizzo della scheda.

RISULTATI L'indagine ha evidenziato che molte informazioni erano rilevate, ma non in modo omogeneo. Gli strumenti utilizzati per la ricognizione erano numerosi e non strutturati; la ricognizione era svolta prevalentemente da più operatori con l'utilizzo di più di uno strumento, determinando sovrapposizioni, ridondanze e rischi. A partire dal 2011 una nuova scheda aziendale è stata diffusa in tutta l'Azienda. Da aprile 2013, in occasione del "Programma AUDIT Clinici nell'ambito della Sicurezza nella Gestione Clinica dei Farmaci", promosso dalla ASSR Emilia Romagna, l'AOUPR ha condiviso con i professionisti del Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo un progetto di verifica del processo di ricognizione-riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura. L'Audit ha verificato che l'89,2% del totale delle Cartelle Cliniche (CC) analizzate (n=232) dispone della scheda: tutte le CC in cui manca la scheda provengono dalla stessa UO. Il 72,8% delle schede inserite nelle CC è compilato nei campi in esame, con solo un 5,6% di schede non compilate nella sezione "Alert".

LIMITI I professionisti dell'AOUPR, dopo aver collaborato alla redazione e diffusione di una scheda unica aziendale per la ricognizione-riconciliazione si sono appropriati della metodica Audit Clinico che ha dato evidenza della sua corretta applicazione ed ha reso possibili ulteriori azioni di miglioramento; nel 2014 l'esperienza potrà essere estesa ai professionisti di altri Dipartimenti. L'esperienza dell'Azienda è stata presentata in occasione del Workshop Internazionale, promosso dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, "Per la sicurezza dei pazienti - Patient Safety Practices" tenutosi a Bologna il 9 settembre 2013.

CONCLUSIONI La scheda di ricognizione-riconciliazione, adottata in tutta l'Azienda, è in formato cartaceo e fa parte integrante della cartella clinica. Il monitoraggio del suo utilizzo, per dare evidenza del livello di applicazione, può avvenire attualmente esclusivamente mediante l'analisi delle cartelle cliniche. L'informatizzazione di tale strumento, nell'ambito del percorso di gestione dei farmaci, potrà permettere di rilevare le non conformità rispetto al processo delineato.

Indirizzo per la corrispondenza

Montali Francesca, Psicologo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: fmontali@ao.pr.it

33. La sicurezza del passaggio di consegne infermieristico nel Dipartimento Geriatrico - Riabilitativo: L'opinione dei professionisti

Campaniello Giovanna, Dovani Antonella, Marino Filomena, Dellapina Monalda, Sircana Luca, Montali Francesca
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

BACKGROUND Da uno studio svolto su emerge che la% degli infermieri insoddisfatta del passaggio di consegne (PdC) varia dal 22% al 61%, soprattutto perché spesso il PdC avviene con troppe interruzioni e in poco tempo. La letteratura italiana e internazionale indica che il PdC costituisce inoltre un momento critico per la sicurezza del pazienti. Il Dip. Geriatrico-Riabilitativo è stato scelto per esplorare l'opinione di tutti i professionisti rispetto alla fase del PdC.

OBIETTIVI Esplorare la percezione dei partecipanti rispetto a: a) tempo in cui il PdC viene svolto; b) fattori di rischio (situazionali e professionali); c) comunicazione/segnalazione dei "quasi eventi" (QE) e degli "eventi" (E) relativi al PdC; d) sviluppo e azioni di miglioramento.

METODI Il questionario, volto a misurare le opinioni dei professionisti (n=112) sul PdC, è stato somministrato a tutti i professionisti (5% Coordinatori, 55% Infermieri, 39% OSS e 3% mancante) del Dip. Geriatrico-Riabilitativo (settembre 2013). il campione di partecipanti può pertanto dirsi statisticamente significativo (CI 95%), rispetto alla popolazione di riferimento (n=149).

RISULTATI a) Il PdC nel Dipartimento ha una durata media di 15' per il cambio turno delle 14.00, e di 14' per le 7.00 e le 22.00. Il tempo generalmente dedicato dall'équipe (infermieri e oss) al PdC (M=13,9 e DS=3,7) risulta essere differente per le diverse Strutture in modo statisticamente significativo ($p<.05$); ciò non si verifica per il tempo medio aggiuntivo dedicato dai singoli professionisti (M=10,9 e DS=4,8) appartenenti alle diverse Strutture. Non emergono differenze fra Infermieri e Oss rispetto al tempo dedicato in équipe e individualmente al PdC. b) Il 71% del campione ha dichiarato che sono le troppe interruzioni e/o mancanza di attenzione a rendere il PdC una fase critica. Il 55% ha invece dichiarato che l'attività del reparto particolarmente intensa è un fattore situazionale critico; anche il rumore in reparto è considerato un fattore di rischio (43%). Fra i fattori di rischio professionali più indicati vi sono la comunicazione fatta non in équipe (38%) e il non fare domande di chiarimento (30%). c) Il 47% del campione ha dichiarato di aver intercettato un "QE" nel il PdC delle ore 14.00 ed il 35% invece lo ha intercettato in un PdC svolto non in momenti prestabiliti. Solo il 27% ha intercettato un QE per il cambio turno delle ore 7.00 e l'11% per il cambio turno delle ore 22.00. Nel corso del Trasferimento del Paziente l'11% del campione ha dichiarato di aver intercettato un QE. Tutti i professionisti appartenenti alle diverse Strutture hanno intercettato un numero simile di QE. L'81% del campione ha parlato del QE intercettato con un collega del reparto mentre il 43% ne ha parlato con il coordinatore ed il 17% con un medico dell'équipe. Il 4,5% del campione ne ha parlato con un amico o con un collega di un altro reparto. Solo per il 18% del campione per il QE indicato è stato redatto un IR, infatti la maggioranza del campione ha indicato che non è stato redatto (46%) o di non esserne a conoscenza (21%); il 15% non ha fornito risposta al quesito. Non emergono differenze significative fra le diverse professioni e Strutture rispetto alla compilazione dell'IR. Gli E riferiti e correlati al PdC hanno riguardato i bisogni di evacuazione del paziente (30%), una caduta (26%), la mobilitazione del paziente (25%). Circa il 33% dei rispondenti ha dichiarato che l'esito dell'ultimo E, dovuto al PdC, poteva essere moderato (21,4%) o tra moderato e significativo (11,6%). La maggioranza del campione (61%) ha dichiarato che il l'E non ha avuto alcun esito (32%) o lo ha avuto minore (29%). Infine il 2,7% del campione ha indicato per l'E un esito significativo anche se nessuno ha riferito un esito severo. Solo il 26% ha indicato che per l'ultimo E è stato redatto un IR, infatti una buona parte del campione ha indicato che non è stato redatto (37%) o di non esserne a conoscenza (21%); il 17% non ha fornito risposta al quesito. d) Al crescere del tempo medio impiegato dall'équipe (TME) al PdC cresce anche il tempo aggiuntivo dedicato individualmente (TMI) ($p<.01$). Possibili azioni di miglioramento proposte sono: limitare le interruzioni del PdC (87%) e le attività assistenziali nel corso del PdC (63%); modificare lo strumento del PdC (43%); prevedere un piano di attività in Reparto integrato e multiprofessionale (27%); standardizzare uno strumento valido per tutto il Dipartimento (35%).

LIMITI Il questionario è stato costruito ad hoc. L'uso di uno strumento self-report non consente la rilevazione dei rischi ma solo dati percepiti.

CONCLUSIONI I dati ottenuti confermano la letteratura: i professionisti ritengono il PdC un tema rilevante per la gestione del rischio; le azioni di miglioramento individuate sono realizzabili, mediante interventi organizzativi, anche nel breve periodo.

Indirizzo per la corrispondenza

Montali Francesca, Psicologo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: fmontali@ao.pr.it

34. La valutazione del rischio di caduta nel Dipartimento di Riabilitazione dell'Azienda USL di Reggio Emilia

Campanini Isabella, Merlo Andrea, Mastrangelo Stefano, Bargellini Annalisa

Azienda USL Reggio Emilia

BACKGROUND Secondo l'OMS, le cadute e i danni correlati sono un problema prioritario per i sistemi sanitari di tutto il mondo, considerando che l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della durata media di vita si associano a maggiore fragilità degli anziani e ad una maggiore presenza di malattie cronico degenerative. I dati nazionali di letteratura, evidenziano incidenza di cadute tra 0,86-4% dei pazienti ricoverati. Nella AUSL di Reggio Emilia è attivo dal 2007 un progetto di miglioramento della qualità assistenziale e della sicurezza dei pazienti, che comprende un programma di monitoraggio e prevenzione delle cadute. L'implementazione del progetto, con la creazione di un database informatizzato per la segnalazione cadute, di una linea guida per la loro prevenzione, una brochure informativa ed eventi formativi, ha contribuito ad aumentare il numero delle segnalazioni passando da 0,61 a 1,33% (2012) di cadute sui ricoveri. In una logica di governo clinico, stante l'attuale indisponibilità di strumenti con efficace livello predittivo, la valutazione del rischio di caduta rappresenta una criticità. Nel 2013, il progetto ha previsto lo sviluppo, da parte del Laboratorio Analisi del Movimento, di una scheda in grado di analizzare congiuntamente fattori di rischio clinici, infermieristici e connessi a limitazioni funzionali e la successiva verifica delle sue capacità predittive.

OBIETTIVI Valutare applicabilità, tempi di somministrazione e capacità predittiva della scheda sviluppata 1) in pazienti ricoverati presso tutti i reparti afferenti al Dipartimento di Riabilitazione di un ospedale aziendale e 2) negli stessi pazienti nei 6 mesi successivi alla dimissione.

METODI La scheda per la determinazione del rischio di caduta con la migliore sensibilità e specificità, costruita per le geriatrie, medicine, lungodegenze (Hendrich 2003) e validata in studi indipendenti, è stata ampliata includendo ulteriori fattori di rischio clinico e funzionale, quantificati in letteratura per pazienti con patologie neurologiche ed ortopediche, i quali hanno consentito la definizione di punteggi omogenei e sommabili. La scheda è stata somministrata a tutti i pazienti ricoverati presso i reparti di riabilitazione ortopedica, polmonare, neurologica dell'Ospedale di Correggio, al momento del ricovero, per un periodo di 6 mesi, monitorando le cadute. La valutazione è stata ripetuta alla dimissione e, a distanza di sei mesi, è stato effettuato un follow-up telefonico per conoscere la quota di pazienti caduti al domicilio, le caratteristiche e gli effetti delle cadute. Si sono valutati: applicabilità della scheda, tempo di somministrazione, numero di cadute, area della curva ROC (AUC), cut-off ottimale sulla base dell'Indice di Youden (IY), sensibilità (Se), specificità (Sp), valore predittivo positivo (VPP) e negativo (VPN) sia per le cadute durante il ricovero sia per le cadute a domicilio

RISULTATI Sono stati valutati al ricovero 191 pazienti. L'applicabilità media della scheda è stata del 76% (range 37%-97%) ed il tempo di somministrazione medio pari a 7 minuti. Sulla base dei punteggi della scheda e delle cadute registrate durante il ricovero (9%) si è ottenuta una curva ROC con AUC=0,797 (95%IC=0,680-0,914). Il cut-off ottimale (14, IY=0.523) definito a partire dalla curva ROC con risultato: Se=70%, Sp=75%, VPP=21%, VPN=96%. I pazienti dimessi (122) sono stati rivalutati alla dimissione. A sei mesi sono risultati contattabili 97 soggetti: 89 autonomi, dei quali 18 caduti (20%) con 5 fratture e 8 non autonomi o allettati e non caduti dopo la dimissione. Si è ottenuta una curva ROC con AUC=0,715 (95%IC=0,589-0,840). L'indice di Youden presentava due massimi distinti e di uguale valore, suggerendo una stratificazione a doppia soglia dei pazienti in "Rossi" per punteggi della scheda superiori a 11 (28 soggetti, VPP=36%), "Verdi" per punteggi inferiori a 7 (42 soggetti, VPN=90%) e "Gialli" per punteggi intermedi (19 soggetti), passibili di ulteriori accertamenti.

LIMITI Principale limite dello studio è costituito dal campione ridotto. Un ulteriore limite (recall bias) intrinseco alla metodologia utilizzata è stato minimizzato con l'intervista strutturata.

CONCLUSIONI L'alta percentuale di cadute registrate sia in ospedale che dopo dimissione evidenzia la necessità di implementare una procedura di screening del rischio di caduta in pazienti riabilitativi. La scheda, applicabile dagli infermieri e dai fisioterapisti, risulta adeguata allo scopo per semplicità d'uso, tempo di somministrazione ed elevate performances rilevate. L'analisi degli item che portano sopra soglia il punteggio della scheda (es. uso di farmaci specifici, evacuazione alterata, alzata dalla sedia difficoltosa) può permettere di valutare programmi clinici, assistenziali o riabilitativi mirati. L'elevato VPN, il VPP compreso tra il 20% ed il 30% e la procedura di classificazione definita (Verdi,Gialli,Rossi) possono consentire di agire programmi di prevenzione ottimizzati rispetto alle risorse disponibili.

Indirizzo per la corrispondenza

Mastrangelo Stefano, Infermiere
Azienda USL di Reggio Emilia - Direzione Infermieristica e tecnica
Via Amendola, 2 - 42122 - Reggio nell'Emilia
Email: stefano.mastrangelo@ausl.re.it

35. Organizzazione e gestione della prescrizione ed erogazione dei farmaci inibitori della proteasi per il trattamento dell'epatite C secondo un modello HUB e SPOKE

Cartabellotta Fabio

Coordinamento Rete Regionale Epatite C - Regione Sicilia

BACKGROUND L'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) è stata negli ultimi due decenni e continua ad essere ancora oggi un problema di salute pubblica rilevante in Sicilia. I dati epidemiologici indicano una prevalenza dell'infezione da HCV di circa il 2% nella popolazione residente in Sicilia e circa il 75% dei pazienti sono infetti con il genotipo virale 1 (1-4). Si può stimare che in Sicilia risiedono circa 100.000 cittadini con un'epatite cronica da HCV e 75.000 di questi hanno un'infezione da genotipo 1 (in prevalenza sottotipo 1b). La definizione del genotipo virale è clinicamente rilevante perché la risposta alla terapia con Peg-IFN e ribavirina è meno frequente nei pazienti con infezione da genotipo 1 e perché i protocolli terapeutici che includono i nuovi farmaci con azione antivirale diretta (DAAs) sono applicabili solo per i pazienti con genotipo 1. Con l'introduzione dei nuovi farmaci inibitori delle proteasi del virus C, i benefici e i rischi risultano modificati. Da una parte c'è un miglioramento dell'efficacia terapeutica (la letteratura ha dimostrato che l'associazione di boceprevir o telaprevir a Peg-IFN e ribavirina nei pazienti naïve di genotipo 1 aumenta la percentuale di SVR fino al 63%-75%) e dall'altra parte aumenta in maniera significativa il rischio di effetti collaterali e il rischio di selezionare varianti virali resistenti in caso di non risposta oltre ad un incrementato costo terapia.

OBIETTIVI Alla luce delle conoscenze sull'efficacia, tollerabilità, modalità di gestione e costi dei nuovi farmaci, la terapia dell'epatite cronica da HCV richiede competenza, appropriatezza prescrittiva ed un attento follow-up del paziente. È opportuno che il trattamento sia praticato in centri di provata competenza specifica. Per gestire al meglio le problematiche delle malattie croniche complesse che necessitano di trattamenti farmacologici di difficile gestione, il piano Sanitario Regionale "Piano della Salute 2011-2013" della Regione Sicilia ha previsto e programmato l'assistenza secondo il principio delle reti integrate e l'applicazione del modello Hub & Spoke individuato dal D.A. n.713 del 11.04.2013.

METODI I centri HUB individuati devono essere in grado di gestire dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA) ad elevata intensività per la gestione dei pazienti sottoposti a terapia antivirale con triplice terapia. Il centro SPOKE deve essere in grado di garantire la valutazione virologica e dello stadio della malattia e sia in grado di gestire la terapia duale con PEG-Interferon e Ribavirina per i pazienti con genotipo 1 senza indicazione alla triplice terapia e per i pazienti con altri genotipi. I centri SPOKE che curano pazienti affetti da epatite cronica o cirrosi da HCV eleggibili per la triplice terapia inseriscono pazienti nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) che ha previsto un scheda di comunicazione tra i centri HUB ed i Centri Spoke stessi. Sono stati autorizzati dalla commissione nominata 11 centri HUB per la gestione dei pazienti sottoposti a triplice terapia con inibitori delle proteasi e le caratteristiche individuate hanno seguito sia criteri territoriali che caratteristiche mutate dal documento di indirizzo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF). Centri Spoke sono individuati i 27 centri rimanenti dei 38 individuati dal D.A. 804 del 2011. Il decreto del 2013 del sistema HUB e Spoke ha previsto un Audit di monitoraggio del percorso predisponendo un file che prevedeva indicatori di processo ed indicatori di risultato che valutavano principalmente l'appropriatezza prescrittiva con caratteristiche stabilite nel documento dalla commissione.

RISULTATI Tutti gli 11 centri HUB che per decreto all'art. 6 erano obbligati a farlo hanno inviato al coordinamento dell'Audit il file di monitoraggio con gli indicatori. Sono stati arruolati 272 pazienti ed è stato possibile valutare appropriatezza prescrittiva stabilita dai criteri. L'appropriatezza è stata molto alta ed aderente ai criteri stabiliti dal documento tecnico, non sono state evidenziate inapproprietezze di arruolamento. Uno degli indicatori di processo ovvero il funzionamento del collegamento HUB e Spoke ha evidenziato che soltanto 19 pazienti sono stati inviati dai 27 centri Spoke ai centri HUB. I centri spoke attivi sono soltanto 5 su 27.

LIMITI Uno degli indicatori di processo ovvero il funzionamento del collegamento HUB e Spoke ha evidenziato che soltanto 19 pazienti sono stati inviati dai 27 centri Spoke ai centri HUB. In verità i centri spoke che sono attivi sono soltanto 5 su 27.

CONCLUSIONI Il Sistema HUB e Spoke utilizzato in Sicilia, modello poco utilizzato per la prescrizione di farmaci, rappresenta un buon modello per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni con farmaci ad alto costo ma determina effetto attrazione verso centri HUB ed allontanamento dell'interesse degli altri centri. Per migliorarlo bisogna implementare il modello verso centri periferici ed utilizzare informatizzazione PDTA.

Indirizzo per la corrispondenza

Cartabellotta Fabio, Medico Chirurgo
Ospedale Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli - U.O. Medicina Interna
Via Messina Marine, 197 - 90123 - Palermo
Email: fabiocartabellotta@gmail.com

36. Un URP di sistema socio sanitario: il caso "CIRP" nella ASL Milano 2

Casazza Silvano, Cassavia Galdino, Zanetti Roberta

ASL Milano 2

BACKGROUND Da tempo, in Lombardia, si sta sempre più sviluppando il ruolo della ASL in termini di Programmazione, acquisto e controllo (PAC) delle prestazioni e di tutela dell'utente, sotto la spinta di importanti atti normativi di pianificazione regionale. In questo contesto, la ASL Milano 2 (comprendente 53 comuni a sud - est del capoluogo regionale, per un totale di circa 630.000 residenti) ha avviato nuove forme di integrazione territoriale dei servizi a disposizione dei cittadini, attraverso l'attuazione di un servizio di customer problem solving, il Centro Informazioni e Relazioni con il Pubblico (CIRP).

OBIETTIVI Obiettivo del servizio è il dialogo tra il cittadino, il sistema sanitario e socio sanitario locale, le istituzioni e le associazioni locali cui l'assistito dovesse far riferimento per dare continuità ai bisogni di cura e assistenza.

METODI Il servizio costituisce una vera e propria centrale operativa unica (che risponde ad un numero telefonico verde), in contatto con tutte le strutture e i servizi del territorio, attraverso una rete di relazioni attivabile e concretizzabile in caso di bisogno attorno al cittadino. L'iniziativa è stata realizzata in collaborazione con i medici e i pediatri di famiglia e il coinvolgimento degli enti locali e dei soggetti erogatori in ambito sanitario e socio sanitario. L'esperienza si colloca in un'ottica innovativa nel panorama italiano, riprendendo analoghe iniziative realizzate a livello internazionale. Infatti, questo strumento è stato utilizzato nei primi anni novanta negli Stati Uniti, nell'ambito della managed care e successivamente è stato diffuso ed implementato anche nel Regno Unito come rete dei servizi così detti informali per differenziarli dai servizi sanitari istituzionali. Lo spazio e l'ambito di questo dialogo contempla tutto ciò di cui direttamente o indirettamente (tramite contratti e convenzioni) la ASL "risponde" (Ospedali, strutture specialistiche accreditate, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, strutture e servizi socio sanitari), non solo fornendo corrette informazioni sui servizi ma soprattutto attivandosi per favorire e facilitare la soluzione dei problemi e criticità incontrate dal cittadino alle prese con un bisogno di salute da soddisfare. Il servizio, in cui operano a turno medici della ASL, è attivo dal 2007. Il Cirp prevede una accessibilità per cinque giorni settimanali (dal lunedì al venerdì), per otto ore al giorno (dalle nove alle diciassette). La scelta di impiegare personale medico rappresenta una opportunità in termini di conoscenza della rete dei servizi e di migliore capacità di decodifica del bisogno dei pazienti nella prospettiva di una veloce risoluzione ai problemi.

RISULTATI A titolo esemplificativo si riportano i risultati di tre case history. 1. CRITICITÀ EVIDENZIATA DAL CIRP: difficoltà a contattare i centri vaccinali della ASL per prenotazione e spostamento vaccinazioni, a causa. AZIONI DI SISTEMA ATTUATE: revisione dell'organizzazione dell'attività, introduzione di un numero unico per prenotazione. ESITI: soluzione della criticità e azzeramento delle segnalazioni. 2. CRITICITÀ EVIDENZIATA DAL CIRP: pandemia H1N1: necessità di "fronteggiare" la richiesta di informazioni da parte dei cittadini. AZIONI DI SISTEMA ATTUATE: potenziamento rapido del servizio (gestito comunque da medici). ESITI: soddisfacimento appropriato delle richieste di consulenza e "riduzione" della "pressione" a carico di altri servizi della ASL (centri vaccinali, MMG). 3. CRITICITÀ EVIDENZIATA DAL CIRP: passaggio improvviso da fornitura di presidi ad assorbenza dalle farmacie alla ASL, con criticità nella fase di transizione (carenza di informazioni, modello organizzativo da costruire, canali riservati da individuare) e relative segnalazioni al CIRP. AZIONI DI SISTEMA ATTUATE: consulenza agli utenti, approntamento del modello organizzativo "tarato" sulle necessità via via emergenti, utilizzo del numero di segnalazioni (velocità di decrescita) per monitorare l'efficacia delle azioni intraprese. ESITI: approntamento di un modello organizzativo "su misura" delle necessità degli assistiti.

LIMITI L'esperienza sin qui condotta richiama la necessità di un maggiore utilizzo e integrazione del CIRP con i sistemi informativi del Servizio Sanitario Regionale in modo da offrire servizi che sempre più portano ad una risposta al bisogno presentato dal cittadino.

CONCLUSIONI L'esperienza conferma la positività di una strategia volta a creare: - una integrazione della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari attorno ai cittadini per trovare percorsi più semplici e più efficaci per la soluzione dei problemi posti; - la raccolta e analisi delle criticità del sistema sanitario e socio sanitario locale, che impediscono al cittadino il soddisfacimento appropriato dei propri bisogni, per l'attuazione dei necessari correttivi; - l'implementazione di un sistema di comunicazione con tutti i soggetti del sistema sanitario e socio sanitario nella ricerca di circolarità e feedback.

Indirizzo per la corrispondenza

Casazza Silvano, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 - Servizio Welfare Locale e Innovazione
Via VIII Giugno, 69 - 20077 - Melegnano
Email: silvano.casazza@aslmi2.it

37. Country Hospital Integrato: un modello possibile nel contesto lombardo

Cassavia Galdino, Bellini Aldo, Casazza Silvano, Mobilia Antonio

ASL Milano 2

BACKGROUND Le spinte al cambiamento in atto nel Servizio sanitario nazionale e regionale, impongono di rivedere e sviluppare la medicina del territorio, soprattutto nell'assistenza e gestione della cronicità, in linea con il Piano Socio Sanitario 2010-2014 della Regione Lombardia, che pone la prospettiva di cambiamento nel passaggio dalla cura al prendersi cura. La Legge Balduzzi prevede che "le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini". In questo contesto nasce la proposta di sperimentare nel territorio del distretto di Trezzo sull'Adda e aree limitrofe della ASL Milano 2, un'esperienza di gestione diretta di pazienti cronici e di strutture complesse da parte dei medici di famiglia, integrate con le attività specialistiche dell'Azienda Ospedaliera e i servizi della ASL che, in Lombardia, afferiscono a due aziende diverse. Condizione favorente è rappresentata dalla presenza sul territorio del Presidio Ospedaliero di Vaprio d'Adda, per il quale l'Azienda Ospedaliera di Melegnano prevede azioni di riconversione.

OBIETTIVI Il progetto si propone di: -introdurre modelli di medicina di iniziativa, per sostenere una migliore continuità e qualità globale delle cure; -favorire aggregazioni funzionali di Medici e Pediatri di famiglia, valorizzandone il ruolo nell'ambito delle cure primarie e favorendo l'integrazione con le cure di secondo livello in ambito di distretto; -organizzare percorsi e processi di cura per la cronicità, programmati, standardizzati e valutabili; -favorire l'accesso e la collaborazione dei familiari e delle associazioni di volontariato nei processi assistenziali.

METODI Un gruppo di lavoro costituito da operatori della ASL e dell'azienda Ospedaliera di Melegnano e dai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale (MMG) ha elaborato una proposta progettuale che prevede la presenza nello stabilimento di Vaprio d'Adda delle seguenti strutture, operanti in forte integrazione per la realizzazione degli obiettivi sopra illustrati. Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) -gruppo di cure primarie (minimo 3), in rete con gli altri medici e pediatri di famiglia del Distretto, con forte integrazione con le attività del poliambulatorio specialistico. Tale integrazione sarà ottenuta mediante la condivisione della scheda paziente informatizzata, l'attuazione dei PDT su percorsi di cura del singolo paziente, l'accesso alle agende degli specialisti da parte del medico di famiglia; - postazione di Continuità Assistenziale e inoltre ambulatorio negli orari 20 - 24 dei giorni feriali e 8 - 24 nei giorni festivi e prefestivi; -punto ADI distrettuale; -posti letto del Reparto Subacuti a richiesta dei MMG, per pazienti non gestibili a domicilio e per periodi limitati; - disponibilità di spazi per le organizzazioni di volontariato per i trasporti sanitari; - forma organizzativa e remunerazione secondo l'Accordo Collettivo Nazionale e le sperimentazioni in corso). Unità Operative Ospedaliere - poliambulatorio specialistico, con diagnostica di base e punto prelievi; - reparto per cure subacute; - Week/day Hospital chirurgico/ Chirurgia a Bassa Complessità / Macroattività Ambulatoriali Complesse; - Dialisi /Centro Assistenza Limitata (CAL).

RISULTATI Dalla realizzazione del progetto si prevede il raggiungimento dei seguenti risultati. 1.Una risposta ai bisogni assistenziali imperniata sulla centralità dell'assistito e delle sue necessità di cura organizzate in un percorso continuo, senza interruzioni; 2.Un maggiore coordinamento tra territorio ed ospedale, della Medicina Generale con le attività specialistiche del poliambulatorio ospedaliero, l'ADI e i servizi alla persona (sanitario, socio-sanitario e sociale); 3.una migliore risposta, qualificata e completa, ai bisogni di assistenza, attraverso percorsi dedicati e realmente integrati tra Ospedale e territorio.

LIMITI Possibili criticità potrebbero essere rappresentate da inerzie "culturali" che richiederanno interventi di sensibilizzazione sui soggetti coinvolti. Occorrerà attuare azioni che rendano consapevoli gli "attori" interessati sui vantaggi del lavorare in modo integrato e coordinato, razionalizzando i percorsi di cura, con positive ripercussioni sugli assistiti e sull'intero sistema. Questa consapevolezza potrà ad una nuova operatività e costituirà una solida base su cui costruire un vero cambiamento professionale e organizzativo.

CONCLUSIONI L'attuazione del progetto porterà, complessivamente, ad una forte sinergia tra gli elementi e i soggetti che contribuiscono a definire e ad attuare i percorsi di cura del paziente con patologie croniche. Il valore aggiunto costituito dall'integrazione di MMG, ASL e Azienda Ospedaliera, potrebbe una evoluzione degli attuali modelli in corso di sperimentazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Cassavia Galdino, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 - Dipartimento delle Cure Primarie e Continuità Assistenziale
Via VIII Giugno, 69 - 20077 - Melegnano
Email: galdino.cassavia@aslmi2.it

38. Approccio multidisciplinare per lo sviluppo di un percorso teso alla valorizzazione delle "Food Skills" con donne migranti

Celenza Francesca, Domina Rosa, Guberti Emilia, Bianco Lauletta

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND Sviluppare strategie e politiche di Sanità Pubblica volti a tutelare fragilità e ridurre disuguaglianze sottende la conoscenza di fattori economici, sociali, culturali e ambientali che regolano, anche nella migrazione, l'equilibrio tra salute e malattia. Da qui la necessità di seguire linee di ricerca e sviluppare progetti educativi e di intervento riguardo i vari aspetti che collegano alimentazione, migrazione e salute, valorizzando stili di vita salutari in rapporto alle diverse culture e alle loro trasformazioni: un'integrazione, affiancata ad una valorizzazione delle proprie radici, che ha come canale privilegiato il cibo e la convivialità, elementi di identità culturale, da considerare in relazione al processo migratorio.

OBIETTIVI L'unione e il rafforzamento delle pratiche alimentari tradizionali con la comunità etnica formata nel paese d'accoglienza crea il substrato culturale ideale per un'esperienza collettiva di identificazione culturale attraverso il cibo e di inserimento graduale nel contesto di accoglienza, perché il soggetto visualizzi il proprio percorso di salute. L'insieme delle conoscenze alimentari, sono un bagaglio culturale forte, che può essere assimilato al linguaggio, di conseguenza le modifiche verso un modello più salutare vengono interiorizzate e diffuse come una sorta di linguaggio non verbale che può essere potenziato e rafforzato verso comportamenti protettivi e stili di vita orientati alla prevenzione patologie cardiovascolari.

METODI Il volontariato è alla base di un'ipotesi di welfare riadeguato con costi ottimizzati mediante la creazione di sinergie tra il SIAN AUSL di Bologna, la GDO Coop Adriatica, il Volontariato con le associazioni "Meta" e "le altre voci di Afkar" per un'efficienza del sistema orientato verso sperimentazione e innovazione. Il gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dal SIAN (nutrizionista, medico igienista, Responsabili delle associazioni) ha messo a confronto diverse culture alimentari, in un contesto non giudicante utilizzando il rapporto tra pari per veicolare informazioni/conoscenze relative stili di vita più salutari. Canovaccio su cui costruire il percorso è stato il rispetto delle tradizioni alimentari "altre" potenziandone le food skill per consentire a ciascun soggetto la creazione di strategie proprie per migliorare lo stato di salute. La divulgazione degli incontri anche attraverso volantini multilingua tradotte da alcune partecipanti e l'utilizzo della narrazione ha permesso una partecipazione "attiva" e l'orientamento degli incontri a seconda delle esigenze emerse e delle diversa percezione di "malattia/salute" molto spesso a cavallo tra diverse culture. L'avvicinamento empatico verso e tra il gruppo di donne con analisi e valorizzazione di alcuni piatti tipici della cucina di provenienza e discussione di proposte alternative per migliorarne l'apporto nutrizionale ha generato la strutturazione di proposte di strategie individuali, con uno sguardo sempre attento al risparmio e all'ottimizzazione.

RISULTATI il gruppo di donne è passato da 24 (4 etnie) a 34 (5). L'utilizzo dei questionari sulle conoscenze da 12 a 20 anche per il timore di esporre le proprie domande in un modo non corretto della lingua, superato grazie alla presenza delle volontarie del Centro ha instaurato un dialogo/confronto molto animato e dinamico tra le etnie con scambi e sostegni di strategie interne al gruppo I legami solidali (autoaiuto) si sono rinforzati anche grazie alle difficoltà linguistiche in quanto alcune donne hanno avuto un ruolo più attivo (facilitatore linguistico passate da 3 a 9) fungendo da stimolo al gruppo e da catalizzatore di argomenti (team leader) permettendo a tutte di esprimersi.

LIMITI La valorizzazione della correlazione tra Istituzioni e volontariato per la tutela delle fragilità, in un'ottica di risparmio e ottimizzazione delle risorse riveste un ruolo fondamentale per la creazione di una visione strategica condivisa e comune per la riduzione delle disuguaglianze.

CONCLUSIONI Emerge la necessità di dare continuità del percorso di valorizzazione delle "Food Skills" nell'area della prevenzione con la convinzione che le famiglie sono un punto di snodo cruciale del rapporto dinamico, che inizia nell'area alimentare e si sviluppa verso l'individuo nella sua totalità, in bilico tra salvaguardia delle differenze alimentari, identificazioni minoritarie, tendenze verso l'omologazione nei consumi alimentari, linguaggi, riti e rituali legati a cibo e stili di vita Nel 2014 ci saranno incontri dedicati a diversi temi correlati ad alimentazione e benessere con l'ampliamento del team multidisciplinare.

Indirizzo per la corrispondenza

Domina Rosa, Altro
Azienda USL di Bologna - Dipartimento di Sanità Pubblica
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna
Email: rosa.domina@ausl.bologna.it

39. Mappatura dell'attività ambulatoriale presso l'ASLTO5, finalizzata alla determinazione del fabbisogno e della dotazione organica (infermieristica, Oss e Ostetrica), secondo criteri di appropriatezza ed efficienza evidence-based

Centofanti Barbara, Malfi Maria Clorinda, Lacchio Tiziana Maria, Messori Ioli Giovanni, Panarisi Pierino, Zardo Luciano, Dore Maurizio

ASL TO5, Regione Piemonte

BACKGROUND La conoscenza di consistenza, diversificazione e distribuzione sul territorio dell'offerta di prestazioni ambulatoriali rese ai cittadini, costituisce il presupposto per una valutazione, sia dell'offerta medesima, sia dell'efficienza e dei criteri di appropriatezza dei processi ad essa correlati. A tal scopo, è stato condotto uno studio dei contesti ambulatoriali, territoriali e ospedalieri, al fine di disporre di una base dati oggettiva circa l'offerta e le risorse impiegate. Il modello proposto è un possibile approccio alla pianificazione dell'assistenza specialistica e all'utilizzo appropriato delle risorse disponibili.

OBIETTIVI Descrivere e analizzare l'offerta di assistenza specialistica ambulatoriale a livello ospedaliero e distrettuale. Definire indicatori per monitorare e valutare le attività e gli output prodotti. Definire un modello per la determinazione della dotazione organica delle aree ambulatoriali.

METODI Sono stati individuati, raccolti e categorizzati i dati disponibili correlati all'attività ambulatoriale, riconducibili a tipologia, modalità, volumi delle prestazioni programmabili ed erogate e dell'impegno assistenziale dei professionisti coinvolti, distinti per profilo. L'approccio metodologico si è avvalso dell'osservazione sul campo e di interviste semi strutturate a tutti i Direttori/Coordinatori Sanitari delle strutture di riferimento. Le informazioni raccolte, in strumento elaborato ad hoc, sono state confrontate e integrate con le evidenze documentali disponibili, e poi restituite ai servizi coinvolti per la validazione. Per la definizione del modello utile alla determinazione della dotazione organica, le prestazioni sono state correlate al personale che ha contribuito a produrle; successivamente le stesse sono state distinte e classificate in tre categorie alle quali si è attribuito un coefficiente rappresentativo dell'impegno assistenziale, identificato sperimentalmente in un confronto tra pari. Il confronto tra aree omogenee del contesto aziendale è stato fatto attraverso un set di indicatori condivisi tra cui il n° di risorse impiegate per ora di attività ambulatoriale, la quantità di prestazioni erogate per ora teorica di Postazione Lavoro assegnata e l'andamento giornaliero e settimanale della distribuzione di Postazioni di lavoro (d. standard).

RISULTATI L'indagine, condotta nel secondo semestre 2012, ha coinvolto tutte le strutture ambulatoriali dei quattro distretti e dei tre presidi ospedalieri dell'azienda. Sono state censite 2.435 ore settimanali di apertura al pubblico, di cui il 61% presso le sedi ospedaliere. Le specialità maggiormente rappresentate sono risultate la cardiologia (17%), la diabetologia (13%), la medicina (10%), l'ortopedia (9%), l'ORL (8%), mentre le ore di odontoiatria e oculistica rappresentano il 7% del monte ore totale. Sono state analizzate 228.126 prestazioni, distinte per strutture e tipologia di flussi (flussi C per tutte le realtà ospedaliere e territoriali, C2 e C4 limitatamente ai Presidi Ospedalieri); di queste il 55% viene garantito negli Ospedali. Lo studio ha consentito di rilevare che 79 professionisti a tempo pieno (infermieri Oss e ostetriche) sono dedicati a garantire 116.585 ore annue degli ambulatori ospedalieri, mentre 50 unità sono dedicate a quelle distrettuali. Sono state identificate presso ogni settore le fasce orarie con maggiore e minore concentrazione delle attività, aspetto guida per eventuali revisioni organizzative.

LIMITI Lo studio si è concentrato sugli aspetti dell'"offerta" di servizi ambulatoriali ai cittadini in un determinato periodo di tempo; non include pertanto l'analisi della "domanda", rinviata alla fase II. Le prestazioni erogate sono state correlate alle ore "teoriche" di lavoro; occorre pertanto approfondire la variabile "ore di assenza del personale", in particolare negli ambiti caratterizzati da bassi indici di prestazioni per ora di lavoro. Le prestazioni realmente erogate dai servizi non sempre coincidono con quelle che risultano dai flussi. Successive rilevazioni potranno avvalersi di una classificazione più puntuale.

CONCLUSIONI L'indagine ha consentito, nell'ambito delle aree indagate, di ricondurre in un quadro d'insieme "l'offerta" dei servizi erogati e di documentarne la ricchezza e la diffusione. La capillarità, differenziazione e distribuzione nelle diverse sedi del territorio aziendale se da una parte avvicina i servizi ai cittadini, dall'altra può rappresentare un ostacolo per l'orientamento ai servizi. Dall'analisi delle modalità di assegnazione e utilizzo delle risorse professionali, sono emersi gli aspetti logistico - organizzativi meritevoli di revisione, finalizzata ad un più appropriato, efficiente ed omogeneo utilizzo delle risorse.

Indirizzo per la corrispondenza

Messori Ioli Giovanni, Medico Chirurgo
Ospedale Maggiore di Chieri - Controllo di Gestione
Via Demaria, 1 - 10023 - Chieri
Email: messorioli.giovanni@aslto5.piemonte.it

40. La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino

Ceruti Michele¹, Giacometti Marika¹, Minniti Davide², Icardi Gianpiero³, Gullotta Elisabetta³, Deidier Mauro², Pasqualucci Arturo³, Cesari Luisella³, Pozzo Elvira³, Cosenza Gaetano³

¹Università degli Studi di Torino, ²OO.RR di Rivoli - ASL TO3, ³ASL TO3

BACKGROUND La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere è una priorità scaturita sia da esigenze riorganizzative generali, in linea con tutto il processo di razionalizzazione dei sistemi sanitari in generale, sia dalla necessità di proporre con urgenza azioni di promozione di modelli attuativi e operativi che mantengano gli stessi diritti e principi che da anni caratterizzano la peculiarità riconosciuta a livello mondiale del nostro sistema sanitario. Tuttavia questa necessità valutativa nasce anche da un altro principio altrettanto importante, ma che invece si sta affermando in modo innovativo e senza precedenti, anche se in perfetta linea con principi costituzionale della nostra repubblica: la progressiva partecipazione di diversi attori esterni al mondo sanitario, che possano garantire, sottolineare e promuovere idee, adattamenti e sviluppare modelli innovativi con cui i servizi sanitari vengono erogati all'interno delle strutture ospedaliere.

OBIETTIVI Promuovere la sensibilizzazione di cittadini attraverso forme di "value patient centred".

METODI Secondo la metodologia validata, i cittadini possono essere parte attiva nella gestione dell'intero processo valutativo, esercitando una funzione autonoma di garanzia rispetto alla modalità di accesso al processo, ruolo attivo nella fase di produzione delle informazioni, partecipazione a incontri pubblici relativi all'analisi dei dati sanitari contingenti, con possibilità di esprimere opinioni e proposte di intervento per il miglioramento dei servizi e delle strutture. Le attività di valutazione è rappresentata da una équipe mista composta da operatori designati dalla Direzione dell'Azienda Sanitaria e dai cittadini.

RISULTATI Nel corso del 2013 sono state realizzati numerosi incontri tra l'ASLTO3 e i leader civici, volta a favorire l'implementazione di un modello aziendale di coinvolgimento dei cittadini in tutto il ciclo di Hta aziendale, attraverso la costruzione di una leadership civica consapevole e sufficientemente informata. Sono state analizzati numerosi studi di letteratura relativi alle migliori esperienze internazionali dai quali è emerso che il coinvolgimento degli stakeholder non è solo un mero adempimento da parte delle Aziende Sanitarie, ma è il risultato di strategie di high value health care. Tali azioni si sono concretizzate attraverso: - La realizzazione di una carta etica aziendale - La creazione di un gruppo di studio sugli audit civici - La partecipazione a incontri pubblici con associazioni di volontariato e scientifici - Realizzazione di serate di studio aperte ai cittadini - Condivisione di strategie e processi di riorganizzazione correlati al miglioramento dei servizi erogati - Creazione di specifici comitati di assessment e di appraisal Il valore aggiunto di tali azioni è la possibilità di valorizzare aspetti trascurati dai clinici e dagli operatori in generale. Inoltre dalle analisi multidimensionali e multidisciplinari possono trarsi elementi di efficientizzazione del sistema organizzativo sanitario. Non trascurabile è stata la parte dedicata al miglioramento intraospedaliero delle informazioni relative alla qualità del vissuto dell'utente in ambito ospedaliero: questo è stato possibile grazie alla condivisione di momenti di rappresentazione da parte dei destinatari civici.

LIMITI Studio ancora in fase preliminare.

CONCLUSIONI Emerge come sempre più frequentemente sia indispensabile concordare e concertare le azioni di valorizzazione dei servizi; questo grazie a strumenti quali i registri, le informative sistematiche, depliant/volantini che documentano le trasformazioni organizzative e le variazioni dei servizi, ... Come emerge dai diversi studi analizzati sulla differente valorizzazione del punto di vista dei cittadini, è necessario sviluppare forme di empowerment nei processi di governance e di valutazione dei servizi erogati dall'Azienda. A fronte di una domanda di cambiamento e di una debolezza di risposta da parte delle istituzioni, i cittadini, in partnership con le istituzioni, possono fornire una conoscenza utile per la costruzione di un nuovo modello di relazioni sociali e di governance di problemi complessi. La condivisione dei diversi passi del processo di valutazione crea, pertanto, un valore aggiunto per tutta l'organizzazione sanitaria aziendale.

Indirizzo per la corrispondenza

Giacometti Marika, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: marika.giacometti@unito.it

41. Cateterismo Vescicale: da pratica abituale a buona pratica Descrizione del percorso attuato da un UO di Medicina per garantire un utilizzo appropriato del presidio

Cesari Gigliola

Ospedale Argenta - AUSL Ferrara

BACKGROUND Il contesto operativo esaminato è una UO di MEDICINA di un ospedale territoriale di I° livello che assiste persone generalmente anziane (età media >80 anni), affette da malattia cronica con polipatologia associata, problematiche assistenziali e disabilità. Spesso l'evento acuto causa la comparsa di problemi sociali e rende necessario attivare percorsi territoriali di affidamento perché le rende dipendenti e non più in grado di rientrare al proprio domicilio. L'utilizzo del CV in questo contesto lavorativo presentava due aree di criticità: 1°) uso improprio del cateterismo per la gestione dei pazienti allettati e incontinenti, 2°) mancata rimozione dopo valutazione diuresi nella fase a.

OBIETTIVI Elaborare uno strumento semplice di facile consultazione che rispondesse ai quesiti: A chi deve essere posizionato il CV? Quando deve essere sostituito o rimosso? Come deve essere gestito? Effettuare un audit per verificare se le indicazioni venivano rispettate e l'insorgenza di eventuali complicanze.

METODI L'analisi delle LG e delle schede tecniche dei presidi, ha portato alla stesura nel 2010 di una tabella contenente: caratteristiche, indicazioni per uso appropriato, complicanze, modalità di gestione, tempi di sostituzione e/o rimozione. Un primo audit nel 2011 si è rilevato poco rappresentativo, si è perciò ripetuto nel 2012 aumentando il campione (> 50% dei ricoveri) e ampliando i dati raccolti per risolvere le criticità precedenti.

RISULTATI I risultati dell'audit del 2012 sono stati i seguenti. Campione Esaminato: tutti i pazienti a cui è stato posizionato il CV nel semestre aprile/settembre 2012 che sono risultati essere 192 (26,92% del totale ingressi) Totale ingressi semestre 713, corrispondente al 50,24% del totale annuale dei ricoveri. Esito del ricovero nel semestre di riferimento: Quanti pazienti portatori di CV erano deceduti? Totale 84 di cui 50 con CV (59,52%) Quanti erano stati trasferiti presso altri ospedali per acuti o Lungodegenze o dimessi presso strutture territoriali o affidati all'assistenza domiciliare? Totale 184 di cui 66 portatori di CV (35,87%) I° quesito: fotografia dei pazienti all'ingresso e alla dimissione! All'ingresso: pazienti continenti (53) incontinenti (66) portatori di CV (73) Alla dimissione: pazienti continenti (44) incontinenti (27) portatori di CV (121) Osservando i risultati si registra che alla dimissione vi è una lieve diminuzione dei pazienti continenti (- 9) una diminuzione rilevante dei pazienti incontinenti (-39) ed un aumento considerevole dei pazienti portatori di CV (48). Perché? Se incrociamo questi dati con quelli relativi all'esito del ricovero possiamo vedere che questo aumento corrisponde al totale dei pazienti con CV deceduti nel periodo oggetto di audit (50 decessi). Considerando anche il n° dei pazienti trasferiti possiamo dire che non sono stati effettuati cateterismi impropri, infatti la maggiore parte degli incontinenti all'ingresso erano instabili, con patologie croniche invalidanti e ingravescenti o con patologie acute gravi tali da comportare durante la degenza il peggioramento delle condizioni cliniche richiedendo perciò il posizionamento del CV. II° quesito: appropriatezza della prescrizione Si riportano le patologie e il totale dei pazienti portatori di CV Ritenzione urinaria uguale o >300 cc di diuresi (43); Ictus (6); Scompenso Cardiaco (53); Insufficienza Renale (11); Terminale (18); Lesione Da Pressione di 4°(5); Difficile Gestione (38, di cui 24 già portatori di CV all'ingresso); Sospetta Ritenzione o Anuria con Ristagno.

LIMITI La nostra è un'esperienza; con i limiti della piccola realtà di un'hospice medio con 12 posti-letto.

CONCLUSIONI Per i malati cronici e soprattutto quelli in fase terminale il bisogno prevalente è il "care", il prendersi cura competente per cui si possono evitare eccessivi investimenti medici e tecnologici perché non necessari. Applicare il modello ospedaliero è inappropriato. Condizione di efficacia però è il n° adeguato e la competenza relazionale ed etica degli infermieri, il lavoro di equipe, la formazione continua, audit, e supervisione mensile. Da rilevare la sostenibilità economica del modello basato su meno ore di presenza del medico e più ore del personale socio-sanitario.

Indirizzo per la corrispondenza

Marzi Annamaria, Medico Chirurgo

Casa Madonna dell'Uliveto - Centro Residenziale Cure Palliative - Hospice - Centro di Formazione

Via Oliveto, 37 - Località Montericco di Albinea - 42020 - Albinea

Email: annamaria.marzi@gmail.com

42. Il costo del trasporto sanitario “ex ordinario”: sistemi per ottimizzare il servizio ed il suo costo nell’Azienda USL 11 Empoli

Chelli Paola¹, Colombai Renato¹, Detti Paolo², Marconcini Gabriele¹, Morotti Gabriele¹, Papalini Francesco², Piovi Monica¹, Raffaelli Jessica²

¹Azienda USL 11 Empoli, ²Università degli Studi - Siena

BACKGROUND Il sistema del trasporto sanitario della Regione Toscana, oggi disciplinato dal vigente accordo quadro regionale, richiede, al fine di una tenuta complessiva del sistema, una razionalizzazione delle risorse con l’ottimizzazione della spesa per il trasporto sanitario “ex ordinario” (situazione di non urgenza). L’Azienda USL 11 con la collaborazione dell’Università di Siena ha avviato un progetto al fine di studiare e proporre modelli ed algoritmi per gestire in modo efficiente il sistema del trasporto e della gestione delle relative risorse logistiche.

OBIETTIVI - garantire un servizio centrato sul cittadino che necessita in base alle condizioni cliniche del trasporto sanitario “ex ordinario” - assicurare un sistema di trasporto sanitario con utilizzo ottimizzato di risorse umane, economiche, nel rispetto delle norme previste e degli accordi convenzionali con le AA.VV. e CRI presenti sul territorio aziendale; - minimizzare il costo per il Trasporto Sanitario Ordinario; - ottimizzazione l'utilizzo dei mezzi a disposizione delle associazioni di volontariato.

METODI Nel periodo di studio (oggetto del campione: giugno 2013) sono stati analizzati i dati dei servizi di trasporto sanitario ordinario dei pazienti, (situazione di non urgenza), ai fini dello sviluppo di un metodo di pianificazione e ottimizzazione del sistema di trasporto. Il metodo di studio si basa sui dati relativi alla gestione del trasporto sanitario.,overosia: N° delle associazioni di volontariato presenti sul territorio dell’Azienda USL 11 Empoli La collocazione dell’associazione che ha effettuato il servizio e la sua collocazione sulla mappa territoriale; parco macchine/mezzi a disposizione delle associazioni di volontariato e CRI mezzo utilizzato dall’associazione di volontariato e coorelativamente i limiti per il n° dei pazienti trasportabili le rotte effettuate per il servizio di trasporto, tempo di percorrenza, Km percorsi, tempo per sosta del mezzo (in attesa del paziente), luogo di partenza del servizio di trasporto e destinazione del trasporto stesso e costo del trasporto effettuato. Quest’ultimo elemento è il valore del rimborso per il servizio effettuato determinato da tariffe stabilite dalla Regione Toscana sulla base di variabili dipendenti dai Km percorsi, dalla sosta e dal tempo di percorrenza. Tali dati stati utilizzati per sperimentare lo sviluppo di un modello basato su algoritmi matematici di ottimizzazione dei dati di trasporto attraverso uno specifico linguaggio di programmazione. Tale modello quindi produce un piano di trasporto (in questo caso trasporto sanitario) con i vincoli (esempio se il paziente è barellato l’unico mezzo utilizzabile è l’ambulanza) e gli elementi del sistema attuale del trasporto sanitario ordinario.

RISULTATI Il metodo ha generato delle soluzioni di ottimizzazione sulla gestione e quindi sul costo del trasporto sanitario (non urgente). Sono stati confrontati i risultati ottenuti dalla simulazione effettuata sui dati storici (campione giugno 2013) con l’applicazione di un modello e di un algoritmo matematici. I risultati evidenziano un potenziale risparmio sul costo del trasporto sanitario (non di emergenza) del 21,12% e quindi con una riduzione della spesa per il SSRT per il mantenimento del sistema dell’emergenza urgenza. Inoltre lo studio indica per le Associazioni di Volontariato e CRI che tale modalità di gestione consente una ottimizzazione dei mezzi utilizzati con una riduzione dei costi per l’utilizzo della logistica (mezzi: ambulanze, pulmino..) del 5% (nella simulazione del metodo abbiamo: su un giorno di attività mezzi effettivamente utilizzati 163; mezzi con il metodo basato su algoritmi n. 156 = - 7 mezzi al giorno con riduzione del 4,3%).

LIMITI I risultati generati dal sistema di ottimizzazione evidenziano aspetti rilevanti non solo dal punto di vista economico con la possibilità di minimizzare i costi (-21,12%) ma anche di avere nell’immediato uno strumento di valutazione a supporto della gestione e organizzazione del trasporto sanitario ordinario, overosia consente di mettere a confronto il servizio di trasporto effettuato, con le soluzioni di un servizio di trasporto determinato da piani generati da un sistema matematico di algoritmi di ottimizzazione del costo del trasporto sanitario.

CONCLUSIONI - La necessità di avviare un percorso comune tra azienda, associazioni di volontariato con piena condivisione delle modalità di riorganizzazione - l’integrazione del sistema di ottimizzazione studiato con gli applicativi informatici aziendali (con la “commercializzazione” del sistema oggetto dello studio) - parte dei servizi del trasporto sanitario (anche se non urgente non è programmabile (esempio: richiesta di trasporto per dimissioni da pronto soccorso.).

Indirizzo per la corrispondenza

Chelli Paola, Personale amministrativo
Ospedale di Empoli - San Giuseppe - U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedaliera
Viale Boccaccio - 50053 - Empoli
Email: p.chelli@usl11.toscana.it

43. Report di HTA: il guadagno multidimensionale della Tecnologia "thrombolysis door to needle" per la riduzione della disabilità post-stroke

Chiumente Marco¹, Minniti Davide², Ceruti Michele¹, Giacometti Marika¹, Luda Emilio²

¹Università degli Studi di Torino, ²OO.RR di Rivoli - ASL TO3

BACKGROUND L'ictus è la seconda causa di morte e la principale causa di disabilità nel mondo. In Italia, ci sono circa 200.000 nuovi casi ogni anno, di cui circa l'80% di tipo ischemico. La trombolisi eseguita entro tre ore da un evento ischemico riduce la disabilità. Dal 2005, il personale di emergenza dell'Ospedale di Rivoli, che è anche uno dei centri che partecipano allo studio SITS (Safe Implementation of Treatments in Stroke) è stato addestrato all'utilizzo dei protocolli terapeutici innovativi, promuovendone l'utilizzo per questa tipologia di pazienti.

OBIETTIVI L'obiettivo di questo studio è di effettuare una valutazione di health technology assessment relativo alle dimensioni di efficacia (misurato come riduzione della disabilità) ed efficienza (in termini di riduzione dei costi complessivi) derivanti dall'introduzione della tecnologia "thrombolysis door to needle" valutandone in particolare il beneficio di qualità di vita misurata come disabilità evitabile. Obiettivo specifico è stimare il risparmio potenziale che si sarebbe potuto raggiungere implementando lo stesso modello innovativo a tutta la Regione Piemonte.

METODI Lo studio è stato condotto considerando tutti i pazienti che sono stati trattati per ictus ischemico con tecnologia "thrombolysis door to needle" dal 2005 al 2013. Sono stati considerati in letteratura i trial con numero consistente di pazienti, randomizzati, con anno di pubblicazione non precedente al 2000 e con dati di provenienza multicentrica e internazionale. Per tali motivi è stato considerato, in particolare, lo studio IST-3 che include 3.035 pazienti trattati per stroke ischemico nel mondo con trombolisi, confrontando la terapia trombolitica entro le 6 ore dalla comparsa dei primi sintomi di stroke ischemico verso tutti gli altri possibili trattamenti per la stessa diagnosi. Sono stati applicati i dati dei costi per classi di disabilità del suddetto trial ai dati della ASL TO3 estrapolati attraverso richiesta al centro dello studio SITS. La popolazione afferente all'ospedale in studio è di 364.234 abitanti, identificata attraverso i dati ISTAT disponibili pubblicamente. Per ottenere una stima dei costi derivanti dalla mancata effettuazione della trombolisi, sono stati utilizzati i costi medi per grado di disabilità ricavabili da uno studio italiano e da due studi internazionali. Sono stati considerati i costi sanitari diretti, i costi non sanitari diretti e i costi indiretti maturati a seguito di un evento ischemico. Sono stati considerati, come costo da detrarre dal risparmio, i costi di somministrazione dei farmaci nella coorte dei pazienti trattati con trombolisi.

RISULTATI Dal 2005 al 2013, n. 146 pazienti con ictus hanno ricevuto il trattamento con risultati efficienti grazie ai protocolli di terapia seguiti con professionalità e alta compliance. I risultati di elevata efficacia sono imputabili alla crescente dedizione e all'intensa formazione offerta a tutto il personale dedicato. Oltre al significativo miglioramento della qualità della vita, la riduzione della disabilità osservata nei pazienti dopo il trattamento tempestivo dell'ictus ha portato a un risparmio totale stimato complessivamente in € 217.349,50 dal 2005 al 2013 al netto delle spese sostenute per la terapia. I pazienti che sono stati realmente trattati con trombolisi nel 2011, in tutta la regione, sono stati n.195 contro i n. 424 che sarebbero stati trattati adottando la tecnologia "door to needle"; nel 2012, n.359 pazienti contro i n. 169 reali; nel 2013, n. 490 contro i n. 87 effettivi (dati stimati per proiezione sugli ultimi mesi dell'anno). E' stato stimato che, se lo stesso modello tecnologico fosse stato implementato in tutta la Regione Piemonte, si sarebbe potuto trattare con risultati favorevoli fino al 57% dei pazienti con ictus ischemico. Nel triennio 2011-2013 il risparmio che si sarebbe raggiunto a livello regionale è stato stimato al netto delle spese sostenute per il trattamento, pari a € 311.476.

LIMITI La stima a livello regionale è stata calcolata sulla base dei dati di attività reali di un ospedale di medie dimensioni con la conseguente soggettività alle fisiologiche fluttuazioni annuali.

CONCLUSIONI In questo studio, l'assessment della tecnologia ha permesso di evidenziare risultati significativi sia in termini di efficacia, sia in termini di risparmio di risorse economiche, sia in termini organizzativi. E' stato stimato che l'allargamento della tecnologia come sistema terapeutico e come modello organizzativo su tutto il territorio piemontese permetterebbe una netta valorizzazione del capitale professionale ed economico con un impatto certo anche in termini etici, non solo per i pazienti, ma anche per i familiari e la collettività intera, la cui valutazione sarebbe meritevole di ulteriore approfondimento.

Indirizzo per la corrispondenza

Giacometti Marika, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: marika.giacometti@unito.it

44. Promuovere l'Evidence-Based Practice in riabilitazione: analisi dell'esperienza pregressa e pianificazione di strategie di sviluppo

Ciavatta Claudio, Del Po Domenico, Lotano Giovanni, Mango Francesco, Santoliquido Donato

Centro di Riabilitazione Padri Trinitari

BACKGROUND Le migliori evidenze scientifiche non vengono trasferite in maniera lineare alla pratica professionale. Accanto alla mancata prescrizione di interventi sanitari efficaci, si assiste al continuo utilizzo di interventi inefficaci, inappropriati e, talvolta, dannosi per i pazienti (1). Il Centro di riabilitazione dei Padri Trinitari di Venosa ha già realizzato in passato delle iniziative per promuovere l'utilizzo dell'Evidence-Based Practice (EBP) nella pratica clinica, ma finora non è stato mai indagato il risultato che la formazione ha prodotto sui professionisti e come questi utilizzano le conoscenze apprese. Il progetto, della durata di un anno, è stato condiviso con la Direzione e ha coinvolto tutta l'organizzazione. Inoltre, è stato sottoposto alla valutazione dell'Associazione delle famiglie degli ospiti del Centro. Responsabile del progetto: Claudio Ciavatta, fisioterapista e responsabile qualità. Relazione finale Master in Evidence-Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico-assistenziale, 27 settembre 2011 (1) Nino Cartabellotta: La roulette russa degli incentivi per ridurre il gap tra evidenze scientifiche e pratica clinica. Il Sole 24 ORE Sanità 30 ottobre-5 novembre 2012, pag 18-20.

OBIETTIVI Scopo del presente lavoro è effettuare un'analisi dell'esperienza pregressa e pianificare strategie di sviluppo al fine di implementare interventi adeguati per promuovere l'uso delle evidenze scientifiche nella pratica clinica. Il progetto è stato articolato in cinque fasi: 1. revisione tradizionale per approfondire l'argomento (background); 2. analisi dell'esperienza pregressa dell'organizzazione; 3. progetto di implementazione dell'EBP nella pratica clinica; 4. implementazione e monitoraggio; 5. verifica e riprogettazione. In linea con il tempogramma, ad oggi, sono state concluse le prime tre fasi.

METODI Fase 1: revisione tradizionale per approfondire l'argomento (background) La revisione tradizionale è stata effettuata attraverso la consultazione di testi scientifici e banche dati informatiche (Pubmed e Cocharane) senza nessuna strategia predefinita. Fase 2: analisi dell'esperienza pregressa dell'organizzazione L'analisi ha focalizzato lo stato dell'arte circa l'implementazione dell'EBP nella pratica clinica, attraverso la raccolta di dati oggettivi e soggettivi e un focus group con i responsabili delle funzioni coinvolte. Fase 3: progetto di implementazione dell'EBP nella pratica clinica In seguito all'incontro dell'Equipe, sulla scorta di quanto suggerito nell'analisi, orientata dalla Tassonomia EPOC e condotta attraverso il focus group, circa i punti di forza/debolezza e le iniziative da intraprendere, sono state pianificate le iniziative.

RISULTATI Fase 1: non ci sono evidenze "definitive" sull'efficacia delle differenti strategie per implementare efficacemente l'EBP nella pratica clinica, per cui diventa necessario un lavoro di analisi per individuare gli ostacoli (strutturali, organizzativi, professionali, di interazione) e pianificazione di iniziative adeguate a superare le barriere (2). Fase 2: i risultati hanno evidenziato non solo la mancanza di riferimenti all'EBP o a procedure nei programmi riabilitativi, ma anche il limitato uso di riferimenti di letteratura terziaria e descrizioni narrative; tra tutte le variabili indagate, riguardo alle metodiche più utilizzate per ampliare la propria conoscenza, l'unica variabile statisticamente significativa (P. 0,003) riguarda la propria esperienza; le interviste ai rappresentanti delle tre aree professionali hanno evidenziato, confermando i dati della letteratura (3), l'importanza data alla propria esperienza; il confronto all'interno del focus group ha fatto emergere le relazioni esistenti tra i dati acquisiti attraverso l'analisi precedente e ha consentito di definire in maniera condivisa le iniziative da intraprendere. Fase 3: l'analisi dell'esperienza pregressa ha consentito all'organizzazione di delineare, partendo da dati oggettivi e soggettivi, una serie di outcome organizzativi (baseline), che consentiranno di verificare la reale implementazione delle azioni di miglioramento e di monitorarne nel tempo l'implementazione. (2) Grimshaw et al.: Knowledge translation of research findings. Implementation Science 2012 7:50. (3) Chiari et al.: Come gli infermieri aggiornano le proprie conoscenze: indagine in tre ospedali del nord Italia. Assistenza infermieristica e ricerca 29/03/2012, pp. 124-131.

LIMITI Fino ad ora il progetto, elaborato a medio/lungo termine (un anno), ha concluso le prime tre fasi ed è nella fase di implementazione e monitoraggio.

CONCLUSIONI La cultura dell'EBP, e del Governo clinico in generale, è matura e ricca di strumenti concettuali e metodologici affidabili. Le organizzazioni sanitarie, pur sollecitate a praticare scelte evidence-based, hanno difficoltà, ma la letteratura può orientare processi di cambiamento.

Indirizzo per la corrispondenza

Ciavatta Claudio, Fisioterapista
Istituto Medico Psico-Socio-Pedagogico dei Padri Trinitari Ada Ceschin Pilone di Venosa
Piazza Don Bosco, 3 - 85029 - Venosa
Email: claudiociavatta@tiscali.it

45. Percorso di tirocinio pratico per gli studenti del corso di laurea in infermieristica: esperienza del blocco operatorio dell'ospedale "G.B. Morgagni" dell'AUSL di Forlì

Ciocca P Donatella, Prati Linda, Signani Raffaella

Ospedale "G.B.Morgagni" - Azienda Usl di Forlì

BACKGROUND La complessità organizzativa e gestionale di un Blocco Operatorio può rendere difficoltosa il processo di apprendimento relativo al tirocinio pratico degli studenti infermieri. La legge regionale 29/2004 dell'Emilia Romagna ha riconosciuto alla formazione un ruolo fondamentale nel SNR, introducendo forti modifiche per quanto riguarda la formazione universitaria delle professioni sanitarie. In questi termini diviene indispensabile la progettazione di un percorso di tirocinio, per gli studenti del corso di laurea in infermieristica abilitante la professione sanitaria di infermiere.

OBIETTIVI -Identificare e descrivere le peculiarità specifiche del percorso di tirocinio all'interno di un unità complessa come un Blocco Operatorio. -Favorire le condizioni per un apprendimento e lo sviluppo di una formazione specifica. -Istituzione di un gruppo di Tutor selezionato, fornendo loro la formazione adeguata al nuovo percorso e all'utilizzo corretto di nuovi strumenti. - Presidiare il processo di tutoraggio, favorendo le condizioni organizzative e didattiche allo studente. -Elaborare strumenti di valutazione idonei.

METODI Attraverso l'analisi delle necessità di apprendimento previste dal regolamento didattico e dalla percezione espressa dagli studenti, sono stati rilevati i bisogni formativi del tirocinio pratico all'interno del Blocco Operatorio. Questo è stato possibile rilevando i dati emersi dalle seguenti analisi: questionari "Cles"; questionari di valutazione tutor; focus group tutor; focus group studenti; rielaborazione a conclusione del tirocinio. Definizione chiara e dettagliata del "contratto d'apprendimento" di tirocinio pratico, utilizzando supporti di presentazione che facilitino l'accoglienza nell'U.O. con la descrizione degli obiettivi da raggiungere e le fasi di valutazione intermedia e finale.

RISULTATI L'esperienza ha valutato 3 anni di corsi di laurea in infermieristica (2010-2013) ed ha coinvolto 106 studenti del secondo anno di corso, afferenti al campus di Ravenna sede di Forlì, Università di Bologna. Sulla base dei risultati raccolti è stato riprogettato il percorso di tutoraggio all'interno del Blocco Operatorio, garantendo un rapporto di tutoraggio 2:1 (due tutor e uno studente) istituendo la figura dell'aiuto-tutor, ruolo essenziale a garanzia di una continuità tutoriale in tutto il percorso e una adeguata e completa valutazione allo studente. Creazione di un database e di una mailinglist Tutor per la diffusione di tutto il materiale inerente gli studenti e l'immediatezza nelle comunicazioni. "Fidelizzazione" dello studente all'unità operativa con adesione come tirocinio preferenziale e elaborazione di tesi conclusive al percorso di studio.

LIMITI I limiti dell'esperienza sono riconducibili alla contenuta rappresentatività del campione esplorato. In secondo luogo, contestualmente al percorso di tirocinio dello studente, vanno anche considerati gli elementi definenti e distintivi quali: -i limiti formativi nel contesto assistenziale di unità complessa; -la definizione dei limiti dell'apprendimento clinico e di quello tutoriale; - limiti didattici (monte-ore, frequenza lezioni chirurgiche e anestesia).

CONCLUSIONI All'interno del Blocco Operatorio di Forlì la formazione dello studente trova un forte spazio organizzativo e formativo, proponendosi sia come fonte motivazionale per i tutor sia come consolidamento di un patto fiduciario con lo studente e il polo formativo coinvolto. Implementando la collaborazione e l'integrazione nel percorso della componente infermieristica della centrale di sterilizzazione, di anestesia e della componente medica si è voluto completare il processo del percorso perioperatorio. Le valutazioni con il sistema Cles sono risultate superiori alla media aziendale, con particolare enfasi del gruppo tutor. La valorizzazione del tirocinio pratico all'interno del Blocco Operatorio, ha portato ad un aumento progressivo di adesioni al tutoraggio, inoltre, è chiaramente emersa la volontà di sottoporsi alla critica dello studente rispetto al proprio modo di tutorship con la finalità di miglioramento professionale e di crescita personale.

Indirizzo per la corrispondenza

Signani Raffaella, Infermiere
Ospedale di Forlì - G.B. Morgagni - L. Pierantoni
Via Carlo Forlanini, 34 - 47100 - Forlì
Email: r.signani@gmail.com

46. Conoscenze e attitudini degli infermieri dell'area Emergenza nella gestione del paziente psichiatrico

Comparcini Dania¹, Pelusi Gilda², Simonetti Valentina¹, Francia Federica², Cicolini Giancarlo¹

¹Università "G. D'Annunzio" di Chieti, ²Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND La presa in carico delle persone affette da disturbi psichiatrici che afferiscono all'area dell'emergenza deve garantire non solo un intervento tempestivo orientato alla patologia, ma anche una comprensione globale del vissuto del paziente. Dai risultati di alcuni studi è emerso che gli infermieri che operano nelle Unità Operative di Pronto Soccorso e Centrale Operativa 118 percepiscono di non essere sufficientemente esperti e qualificati per fornire un'assistenza adeguata ai pazienti psichiatrici. Alcuni autori hanno evidenziato che, in questo contesto, le principali criticità nella gestione infermieristica dei pazienti psichiatrici riguardano il momento del Triage, in particolare, la presa in carico delle persone con diagnosi di psicosi, che manifestano atteggiamenti aggressivi e minacciano atti di auto-lesionismo. Di conseguenza, potrebbero determinarsi aumenti nei tempi di attesa e atteggiamenti negativi del personale sanitario verso i pazienti, che inducono gli stessi ad assumere atteggiamenti di rifiuto rispetto alle cure necessarie. Alla luce di tali evidenze, si ipotizza che un'adeguata preparazione del personale infermieristico potrebbe favorire la presa in carico globale delle persone affette da disturbi psichiatrici e che presentano bisogni complessi e specifici. Ad oggi, solo uno studio ha esplorato le conoscenze e le attitudini del personale sanitario afferente all'area dell'emergenza nella gestione dei pazienti psichiatrici. Tuttavia, non sono stati condotti studi nel contesto italiano volti ad esplorare i principali bisogni formativi degli infermieri a partire dalle attitudini personali e dal livello di conoscenze e competenze percepito dagli operatori.

OBIETTIVI Determinare le conoscenze, le competenze e le attitudini degli infermieri dell'area di emergenza, nella gestione del paziente psichiatrico.

METODI Lo studio, osservazionale cross-sectional, è stato condotto da giugno a settembre 2013, presso le Unità Operative di Pronto Soccorso e Centrale Operativa 118 di tre Centri Ospedalieri della Regione Marche. Sono stati reclutati tutti gli infermieri afferenti alle unità operative dei centri partecipanti allo studio, attraverso un campionamento di convenienza. È stato somministrato un questionario ad hoc, realizzato da Sivakumar et al. (2011), costituito da 3 macroaree volte ad esplorare le conoscenze e le competenze (Likert: 1=scarso; 5=eccellente), la sicurezza (Likert: 1=mai sicuro; 5=sempre sicuro) e le opinioni degli infermieri sulla gestione dei pazienti psichiatrici nel proprio contesto lavorativo. I dati sono stati analizzati con il software SPSS versione 19.0.

RISULTATI Hanno risposto all'indagine 51 infermieri su 104 contattati (49%). I partecipanti hanno un'età media di 39.42 anni e sono equamente distribuiti tra maschi (52.9%) e femmine (47.1%). Per quanto riguarda l'esperienza pregressa in ambito psichiatrico, il 29.4% ha lavorato nell'area della Salute Mentale, mentre il 56.9%, nel corso della propria esperienza lavorativa, ha partecipato almeno una volta ad un evento formativo sulle tematiche inerenti l'assistenza al paziente psichiatrico. Le dimensioni del questionario alle quali sono stati assegnati punteggi medi superiori sono quelle della "Conoscenza" (media=2.83±0.84) e "Sicurezza" (media=2.83±0.87), mentre si evidenzia un minor livello di "Competenza" percepita (media=2.66±0.88). In particolare, le maggiori criticità interessano la valutazione dello stato mentale (media=2.25±1.06) e l'implementazione di percorsi di cura efficaci (media=2.27±1.02). In relazione ai bisogni formativi specifici è stato evidenziato un maggiore interesse riguardo: gli effetti collaterali dovuti ai farmaci psichiatrici più comuni (97.6%) e le interazioni dei farmaci utilizzati per la cura delle principali patologie psichiatriche con altre sostanze farmacologiche (95.2%). Inoltre, i partecipanti ritengono che nel proprio contesto lavorativo sia necessario disporre di adeguate aree dedicate alla cura/gestione dei pazienti psichiatrici.

LIMITI La ridotta numerosità campionaria limita la generalizzazione dei risultati. Inoltre, il questionario prevedeva numerose variabili di risposta e la necessità di dedicare un tempo considerevole per la compilazione dello stesso. Questo potrebbe aver determinato una ridotta adesione da parte degli operatori coinvolti nello studio.

CONCLUSIONI Lo studio ha permesso di conoscere le principali lacune inerenti le conoscenze e le competenze degli infermieri dell'area emergenza sulla gestione delle persone affette da disturbi psichiatrici. Le abilità necessarie per gestire situazioni complesse come quelle determinate da urgenze psichiatriche, dovrebbero essere sviluppate integrando un bagaglio di conoscenze teoriche consolidate con il valore dell'esperienza clinica di ogni professionista. In questo contesto, la determinazione dei bisogni formativi specifici si è configurata come un'attività sistematica di ricerca che potrebbe essere utile per favorire lo sviluppo di una formazione orientata al miglioramento della presa in carico di persone affette da patologie psichiatriche.

Indirizzo per la corrispondenza

Comparcini Dania, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi
Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona
Email: danial.comparcini@unich.it

47. "Progetto Luce". Un esempio di governance con pazienti in stato vegetativo persistente e le loro famiglie

Coppola Paola, Cinchini Elisabetta, Maura Fedozzi, Paola Barbiero, Rossi Claudia, Martucci Alessia, Valencia Serna Hilda Zoraya, Borghi Stefania, Fantini Letizia

Ospedale Privato Accreditato Quisisana Ferrara

BACKGROUND Il P.L. si è posto il fine di individuare, testare e trasformare in protocollo un percorso atto ad armonizzare le attività di tutti i professionisti che si occupano di stato vegetativo persistente (svp), ovvero di definire un percorso che conduca all'armonia della cura e dell'assistenza nei diversi interventi in cui esse si articolano.

OBIETTIVI Lo scopo del P.L. non è stato quello di inventare nuovi modelli assistenziali e/o riabilitativi, nè di omologare le procedure in vigore ma armonizzare le diverse modalità di assistenza, cura e riabilitazione. Il principio della governance, declinato in ambito sanitario evoca il concetto di multidisciplinarietà e di approccio globale alla persona sofferente; lo svp allarga questo principio obbligando alla presa in carico anche del sistema-famiglia, attraverso la visione integrata degli interventi clinico-assistenziali.

METODI La metodologia: percorso di action learning, gruppi di lavoro focalizzati sulla mappatura dei processi e sulla individuazione delle criticità cliniche, assistenziali e organizzative. Fasi e strumenti di lavoro: 1) analisi degli steps che la persona e la famiglia percorrono dall'evento traumatico in avanti, attraverso flow chart disegnati dagli stakeholders coinvolti operatori e famigliari 2) analisi dei bisogni espressi attraverso focus group con i caregiver, un campione degli operatori ed interviste strutturate 3) analisi della qualità relazionale e lavorativa percepita dagli operatori e delle criticità rilevate con predisposizione di strumenti o correttivi attraverso un intervento di social Network Analysis 4) definizione del percorso comportamentale ritenuto efficace 5) Tests su questo percorso ed analisi critica degli operatori, condotta attraverso focus group e questionari a risposte multiple. Le dimensioni in oggetto riguardano la qualità della vita esperita dal caregiver, il suo stato di salute, egli eventuali fattori di rischio, la qualità della vita e lo stato di salute dell'operatore, l'analisi del rischio burn out. 6) correzione, monitoraggio e reingenering del percorso 7) individuazione delle best practices 8) monitoraggio attraverso la rievazione di appositi indicatori 9) validazione del protocollo attraverso il consenso allargato 10) predisposizione di una cartella clinico assistenziale rispondente a nuove caratteristiche: apposito modulo che integra la cartella infermieristica permettendo di formulare un piano assistenziale personalizzato e dedicato. Il modello prevede: una revisione periodica dell'assistenza "globale" elaborato in stretta collaborazione fra tutte le figure professionali coinvolte: le sue rivalutazioni possono così essere generate dal settore infermieristico, o da quello assistenziale (oss), dal medico o dal fisioterapista. L'ottica a cui soggiace è così ancora una volta quella del "Sistema Paziente"; 11) Stesura di un manuale di buone prassi ad uso degli operatori di Quisisana e di quelli che operano con tipologie di pazienti simili a quelle del campione.

RISULTATI 1) Riflessione critica sulle modalità di lavoro, sui metodi e sugli strumenti sino ad allora usati. 2) Base metodologica valida di lavoro, che ha permesso la definizione e l'implementazione delle best practices 3) rinforzo delle dinamiche di lavoro di equipe 4) miglioramento delle performance dell'equipe multidisciplinare 5) indicatori di controllo sul proprio operato 6) miglioramento dei sintomi presentati dai caregiver 7) cartella clinica 8) Manuale. La disponibilità di un protocollo di buone prassi ha consentito un cambiamento soprattutto negli operatori che hanno migliorato il loro modo di gestire i rapporti con i famigliari e coi colleghi. Ad 1 anno dal termine del Gruppo, il 93% degli operatori giudica che ci siano stati cambiamenti nel rapporto coi famigliari (73% cambiamenti abbastanza, molto rilevanti; 20% percepisce lievi cambiamenti). I cambiamenti migliorano anche il rapporto con il resto dell'utenza, ovvero con pazienti di altra tipologia e con le loro famiglie. Le variabili prese in considerazione per valutare queste modificazioni si riferiscono all'aumento della disponibilità/capacità di ascolto attivo (36%) degli intervistati, dell'empatia nel 10%, della capacità di decodificare lo stato emotivo dei famigliari nel 21% e di comprenderne le richieste dal punto di vista psicologico nel 10%. Il 98% degli operatori sono concordi nel rilevare l'utilità di un protocollo di buone prassi nel rapporto coi caregiver, poichè limita le situazioni di emasse comunicativo e relazionale, sia perchè determina un'agire condiviso e sinergico.

LIMITI Progetto non replicabile a breve per elevato carico psico-emotivo.

CONCLUSIONI Il P.L. ha ottenuto i risultati previsti ed anche qualcuno di più: una valida base metodologica forte ed autorevole, controllabile, verificabile, esportabile in altri percorsi. La presenza di un protocollo di intervento sul sistema paziente ha dimostrato essere utile nel senso del miglioramento delle performance degli operatori e del clima interno anche in senso di prevenzione del burn out.

Indirizzo per la corrispondenza

Cinchini Elisabetta, Medico Chirurgo
Casa di Cura Quisisana s.r.l.
Viale Cavour, 128 - 44121 - Ferrara
Email: cinchinie@quisisanafe.com

48. Gestione informatizzata della farmacoterapia, in regime di degenza e ambulatoriale, centralizzazione e automazione delle preparazioni chemioterapiche

Corrao Vito, Galmozzi Gustavo, Saibene Gabriella, Cerati Maria Cristina, Roli Anna, Rosito Giuseppe

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori Milano

BACKGROUND Il progetto si pone come elemento di discontinuità per superare le criticità del processo chemioterapico presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, riassumibili in: - Preparazioni decentrate nei reparti (11 punti di preparazione con cappe); - Assenza di un sistema di farmacoterapia a supporto di tutto il processo; - Bassa standardizzazione degli schemi chemioterapici e delle procedure operative. La nuova Farmacia Centralizzata della Fondazione è un laboratorio protetto e controllato con flussi e percorsi accreditabili a norma GMP; consta di 4 camere bianche a preparazione manuale, dotate ciascuna di due punti di preparazione con cappa a flusso laminare, e una camera bianca con due robot per la preparazione automatizzata delle chemioterapie. Il laboratorio, a regime, prevederà oltre alla preparazione di farmaci citotossici, anche l'allestimento di terapie ancillari, antibiotici, farmaci iniettabili e nutrizioni cliniche.

OBIETTIVI Sono formulati i seguenti obiettivi: - definire un modello strutturale, clinico e organizzativo di allestimento delle terapie oncologiche, in un ambiente dedicato, con elevata dotazione tecnologica; - fornire un'integrale documentazione e tracciabilità su supporto informatico del processo di prescrizione, allestimento e somministrazione del farmaco; - aumentare la sicurezza del paziente riducendo i rischi conseguenti a errori nelle fasi di prescrizione, preparazione e somministrazione; - aumentare il controllo sulla sicurezza dei farmaci nella fase di allestimento, riducendo il pericolo di contaminazione ambientale da citotossici e tutelando il personale addetto alla preparazione.

METODI Il progetto prevede una fase sperimentale di tre mesi presso una struttura di degenza e l'implementazione del sistema nelle restanti strutture che somministrano chemioterapici (n. 10) entro 12 mesi dal termine della sperimentazione. La gestione della farmacoterapia è supportata dal nuovo sistema informativo ("Cartella di Terapia") dedicato alla prescrizione, preparazione e somministrazione. Il nuovo processo che verrà implementato è il seguente: Il medico prescrive, via informatica, lo schema chemioterapico. Al termine della prescrizione effettua la conferma firmando digitalmente con carta SISS. Ciò genera in automatico l'invio delle terapie nel Laboratorio di Farmacia e consente agli infermieri dell'unità operativa di avere visibilità sulla terapia da gestire. Il farmacista, attraverso un modulo del sistema dedicato, analizza la prescrizione e decide se validarla o rimandarla al medico per correzioni; nella validazione indica, a fronte del principio attivo prescritto, quale prodotto verrà effettivamente utilizzato e quali dispositivi prevedere. Il sistema produce in automatico delle liste di lavoro. Farmaci e dispositivi, inseriti nella camera bianca via pass-through, sono ulteriormente identificati. Nei 4 punti di preparazione manuale assistita, così come nei 2 robot, ogni passaggio della preparazione viene controllato con pesatura e controllo fotografico. Il preparato viene etichettato (RFID o bar code), inserito nel sacchetto paziente e consegnato al farmacista che, dopo un ultimo controllo, registra il check-out e invia la terapia al reparto, che a sua volta registra il check-in. Per la somministrazione l'infermiere utilizza il palmare RFID o bar code ed effettua il cross-check paziente-chemioterapia. L'applicazione registra in automatico la verifica di associazione al paziente e l'avvio della somministrazione e consente all'infermiere di registrare eventuali sospensioni/riprese, reazioni avverse o la conclusione dell'infusione. Tutte queste informazioni sono automaticamente inviate e registrate nella Cartella di Terapia e quindi condivise in tempo reale con tutti gli attori del processo. Il sistema genera automaticamente il Foglio Unico di Terapia, firmato con carta SISS dai diversi operatori sanitari e archiviato automaticamente sull'Electronic Patient Record aziendale. La documentazione del processo di prescrizione/allestimento/somministrazione è aggiornata in tempo reale e visibile a sistema da tutti gli operatori autorizzati.

RISULTATI I risultati del progetto sono rappresentati dal trasferimento di tutta l'attività di allestimento dei farmaci chemioterapici dalle strutture di degenza e cura al Laboratorio di Farmacia Centralizzata. A tal fine sono stati predisposti una serie di indicatori: - N. Strutture coinvolte nel processo/ n. strutture che prescrivono chemioterapici - Valore atteso: 100% entro 31 dicembre 2014 - N. FUT chemioterapici digitalizzati/ n. FUT (schemi) chemioterapici - Valore atteso: 100% entro 31 dicembre 2014 - N. eventi avversi relativi a: errori di prescrizione, errori di preparazione, errori di somministrazione - Valore atteso = 0.

LIMITI - Costi di realizzazione della struttura - Resistenza al cambiamento organizzativo.

CONCLUSIONI Il progetto a regime permetterà di ridurre il rischio di errori nel processo di prescrizione, preparazione, somministrazione della terapia, razionalizzare i consumi e le scorte di farmaci, diminuendo gli scarti di produzione ed ottimizzando l'impiego delle risorse umane.

Indirizzo per la corrispondenza

Cerati Maria Cristina, Infermiere

Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori - S.I.T.R.A. - Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale

Via Giacomo Venezian, 1 - 20133 - Milano

Email: cristina.cerati@istitutotumori.mi.it

49. La qualità percepita dal paziente ricoverato Nell'azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: le azioni di miglioramento

Corsini Alba, Canello Alessia, Fabris Fabiola

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

BACKGROUND Negli ultimi anni è molto cresciuto l'interesse sulla misurazione del grado di soddisfazione degli utenti dei servizi dell'ambito sanitario e la relativa individuazione di azioni di miglioramento. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI), certificata dal 2002 secondo la ISO 9001:2008, ha inserito, in maniera sistematica, fin dal 2011, tra gli obiettivi di budget quello di coinvolgere l'utente esterno ed interno nel miglioramento continuo. Dal 2011 è iniziata la rilevazione della qualità percepita tramite questionari specifici, tra cui quello, validato dalla Regione Veneto, somministrato per quattro settimane agli utenti ricoverati in regime ordinario.

OBIETTIVI Valutare l'adesione delle Unità Operative (UO) all'analisi e alla valutazione dei dati sui risultati ottenuti e all'individuazione di proposte di azioni di miglioramento della qualità su quanto emerso dalle indagini.

METODI Tra gli obiettivi di budget dati alle UO nel 2012, è stato assegnato quello di individuare le azioni di miglioramento da intraprendere a seguito dei risultati dei questionari e di indicare le considerazioni e le azioni di miglioramento nel riesame della direzione, inviandolo al SMQA. Il SMQA ha predisposto un database nel quale inserire i dati delle singole UO quali: presenza di una risposta con elaborato; valutazione dell'elaborato (distinta in ottima/buona se contenente analisi, valutazioni e individuazione di azioni di miglioramento; sufficiente se presenti alcuni di questi elementi; insufficiente quando non li conteneva); azioni di miglioramento proposte; percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget.

RISULTATI Nel 2011, le UO coinvolte nella rilevazione della qualità percepita esterna sono state 45. In n. 41 UO sono stati raccolti 1963 questionari, n. 2 UO sono state escluse per il numero insufficiente di questionari raccolti (< 5), n. 2 UO sono state accorpate con altre due a seguito dei riassetti organizzativi interni. Nel 2012, delle 41 UO incluse nello studio, 33 UO hanno inviato documenti (14 riesami della direzione, 5 verbali e 14 relazioni riassuntive), contenenti le analisi sui risultati raggiunti e le azioni di miglioramento da attuare. I documenti considerati buoni/ottimi sono stati 22 (67%) quelli sufficienti erano 11 (33%), mentre nessuno è stato ritenuto insufficiente. Hanno quindi raggiunto l'obiettivo assegnato l'80% delle UO (85% considerando anche le due unità in seguito accorpate). Le più rilevanti azioni di miglioramento proposte sono state: a) miglioramento della comunicazione tra medici e pazienti (durante il giro visita, al letto del malato durante il colloquio, discussione dei casi in sala riunioni, modifica delle fasce orarie dedicate ai colloqui, partecipazione a eventi di formazione sull'argomento, riunioni mensili in reparto); b) miglioramento della comunicazione con parenti e infermieri; c) coinvolgimento del paziente nel percorso diagnostico terapeutico; d) studio e controllo della gestione del dolore (tramite gruppi di lavoro e registrazione del parametro in scheda termografica); e) applicazione di adeguate misure di igiene delle mani; f) maggiore attenzione alla pulizia (stanze e servizi) e alla ristorazione (tramite interviste); g) riduzione del rumore notturno per una migliore qualità del sonno; h) sviluppo di un adeguato percorso assistenziale e terapeutico per il malato chirurgico (tramite check list).

LIMITI Dall'indagine sono state escluse le UO dell'area Materno-Infantile, Emergenza e Salute Mentale. Non è stata completata ed è in corso la verifica sull'attuazione di tutte le azioni proposte. Numerose UO hanno inviato relazioni non utilizzando lo strumento richiesto (riesame della direzione).

CONCLUSIONI La rilevazione della qualità percepita esterna ed interna data come obiettivo di budget alle UO ha determinato una crescente sensibilizzazione su questi temi con una conseguente spinta al miglioramento e un aumento del coinvolgimento del personale in queste attività. Infatti, è aumentata la partecipazione attiva del personale, indirizzandolo verso il concetto di empowerment. Le azioni proposte rispecchiano le principali esigenze espresse dagli utenti e sono risultate essere soluzioni attuabili ai problemi percepiti. In pochi anni è aumentata la rete di coloro che, ponendo l'attenzione sull'utente, partecipano all'individuazione e realizzazione di azioni di miglioramento con un innalzamento dei livelli di standard di qualità dei servizi erogati da parte dell'AOUI di Verona. Inoltre è aumentato il numero delle persone che, sentendosi coinvolte, chiedono di diffondere l'utilizzo di questi strumenti in altri settori di attività.

Indirizzo per la corrispondenza

Corsini Alba, Infermiere

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona - Servizio Miglioramento Qualità e Valutazioni Clinico-assistenziali

Piazzale Aristide Stefani, 1 - 37126 - Verona

Email: alba.corsini@ospedaleuniverona.it

50. La Telemedicina: sperimentazione di un nuovo modello di integrazione ospedale - territorio

Cosenza Gaetano¹, Pozzo Elvira¹, Cesari Luisella¹, Minniti Davide², Ceruti Michele³, Giacometti Marika³, Salerno Dominga², Lazzeri Alberto⁴, Siliquini Roberta³

¹ASL TO 3, ²OO.RR di Rivoli - ASL TO3, ³Università degli Studi di Torino, ⁴OO.RR di Pinerolo

BACKGROUND L'epidemiologia evidenzia il crescente problema della cronicità e degli aspetti socioeconomici correlati. Occorre assicurare un'innovazione nei modelli gestionali, per contenere la spesa e migliorare la qualità del servizio offerto, introducendo strumenti innovativi e modalità di trattamento dei dati sanitari e di gestione del rapporto con l'utenza. La telemedicina ha lo scopo di migliorare la qualità di vita del paziente, la qualità del lavoro di medici e infermieri, incrementandone l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza del SSN. Nell'ASLTO3 è stato progettato un modello assistenziale di telemedicina nel distretto della Valle di Susa, che prevede la valutazione di parametri vitali al domicilio di pazienti anziani o fragili, integrando così le attività ospedaliere con quelle già svolte in ambito territoriale.

OBIETTIVI Valutare la fattibilità e l'individuazione di indicatori di efficacia del monitoraggio clinico domiciliare dei pazienti cronici; realizzare un sistema di cure integrate e continuative tra Ospedale e Distretto; migliorare la qualità della vita dei pazienti cronici e dei familiari attraverso il monitoraggio clinico domiciliare.

METODI È stata realizzata una Centrale Operativa di Telemedicina presso l'ex ospedale di Avigliana con la predisposizione di una cartella clinica informatizzata e l'utilizzo di modelli assistenziali già presenti, con l'utilizzo di medici e infermieri già operante in ASL. I parametri clinici sono raccolti presso il domicilio durante le visite ADI e le Cure Domiciliari, utilizzando strumenti elettromedicali collegati "bluetooth" al tablet, che ha un'applicazione Web che permette la selezione del paziente da una lista di lavoro, la raccolta e archiviazione su un Sistema Centrale. Per lo studio è stata predisposta l'identificazione, attraverso il cross-linkage, dei dati demografici relativi ai pazienti >65 anni riguardo alle seguenti dimensioni di efficacia, secondo i dati disponibili in letteratura: scompenso cardiaco, diabete, BPCO, malattie neurologiche degenerative. Sono stati utilizzati i seguenti criteri: prestazioni ambulatoriali in regime di esenzione specifica; accesso ai seguenti esami diagnostici e strumentali: elettrocardiogramma, spirometria, glicemia, emoglobina HbA1c. Il pool di pazienti è paragonato ad un gruppo di pazienti di controllo con caratteristiche anagrafiche, sociali e cliniche sovrapponibili. L'elaborazione statistica è effettuata dall'Università di Torino, andando ad indagare le dimensioni costo-beneficio, secondo i criteri utilizzati dai trial internazionali per la telemedicina e la dimensione costo-utilità, attraverso il Qaly.

RISULTATI Da luglio 2013 sono stati presi in carico n. 32 pazienti anziani, monitorati 3 volte alla settimana, sia a distanza, sia attraverso visita tradizionale al domicilio come modalità di confronto. La fase sperimentale prevede una durata di sei mesi. È previsto l'arruolamento di 60 pazienti in Telemedicina (ed il monitoraggio di altri 60 pazienti di controllo). Dall'analisi dei dati emerge ad oggi: - riduzione delle visite con un risparmio stimato di circa 4000,00 € - riduzione di reingressi ospedalieri con un risparmio stimato di circa 36.000,00 € - riduzione dei reingressi ospedalieri a tre mesi dalla dimissione. - miglioramento significativo ($p < 0,03$) del livello di tensione emotiva dei caregivers.

LIMITI L'analisi dei dati del servizio di telemedicina è riferito ad un periodo temporale di soli 6 mesi. I costi di gestione del servizio risultano comunque di difficile standardizzazione. Cambiamento etico dell'approccio.

CONCLUSIONI La telemedicina offre oggi grandi opportunità, ma viene percepita ancora in maniera differente sia dagli Enti Istituzionali (assenza di un riconoscimento da parte del SSN e conseguente rimborso), sia dalla Comunità (conservatorismo della classe medica e diffidenza degli operatori, oltre che dei pazienti e dei loro care-givers) e presenta problematiche e criticità diverse (mancanza di formazione ed aggiornamento professionale, assenza di una disciplina giuridica): tuttavia se usata correttamente può aiutare a migliorare la situazione sanitaria sia in termini di efficacia, sia in termini di qualità di servizio offerto sia in termini di risparmio. In futuro è prevista l'estensione dell'attività della telemedicina ad altre strutture sanitarie territoriali. È possibile prevedere un ampliamento del numero e della tipologia degli utenti monitorati, estendendo il progetto a casi di maggiore complessità clinico-assistenziale, anche attraverso un'integrazione con il DEA ed un'implementazione del rapporto operatore-utente con strumenti di video-conferenza. Inoltre potrebbe essere sviluppata sperimentalmente una piattaforma (informativo-gestionale) per il monitoraggio in tempo reale e integrato di sistemi di telemonitoraggio open-source (System on a Chip).

Indirizzo per la corrispondenza

Giacometti Marika, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: marika.giacometti@unito.it

51. Un nuovo percorso assistenziale che coniuga l'assistenza al paziente ed il risparmio economico nell'ASL CN2 di ALBA-BRA: l'ambulatorio farmaceutico

Dal Canton Arianna, Mittone Elena, Alfonso Alice, Garbarino Elena, Minasso Daniela, Boffa Sara, Luino Valeria, Castellino Loredana, Recalenda Valeria, Riella Felice

ASL CN2

BACKGROUND A partire da settembre 2011 è stato attivato presso l'ASL CN2 il servizio di fornitura del primo ciclo di terapia dopo dimissione da ricovero o da visita ambulatoriale con l'obiettivo di agevolare la continuità terapeutica ospedale-territorio nel delicato momento della dimissione del paziente. È stato istituito un Ambulatorio Farmaceutico ad hoc presso il presidio San Lazzaro di Alba, mentre a Bra l'attività è svolta nei locali della Farmacia Ospedaliera. La Regione Piemonte ha inoltre inserito questa attività nei Piani di Rientro sia del 2011 che del 2013, per consentire un risparmio economico.

OBIETTIVI - Agevolare l'accesso del paziente alle terapie prescritte in dimissione e fornire contestualmente una corretta educazione per la gestione sicura della terapia a domicilio - Monitorare l'appropriatezza dei consigli terapeutici in dimissione - Individuare nel farmacista ospedaliero la figura sanitaria che si occupa del corretto passaggio di informazioni sulla terapia farmacologica e relativa rimborsabilità SSN tra il medico specialista e il MMG - effettuare un contenimento, seppur minimo, della spesa farmaceutica territoriale

METODI E' stato messo a punto un percorso procedurato: il medico specialista (per via informatica o direttamente tramite il paziente) invia la prescrizione al farmacista, il quale ne valuta la conformità dei formalismi (piani terapeutici, indicazione della nota Aifa) e l'appropriatezza (indicazioni "on label", aderenza al Prontuario Terapeutico Aziendale-PTA). La scelta dei farmaci presenti nel prontuario avviene secondo un criterio di efficacia ed economicità condiviso tra gli operatori sanitari, per garantire le cure adeguate e la salvaguardia del budget, sempre conformemente al Prontuario Terapeutico della Regione Piemonte. All'atto della dispensazione, il farmacista fornisce al paziente le informazioni utili per una corretta e sicura terapia in termini modalità e tempistiche di assunzione e conservazione, anche mediante il supporto di brochure informative elaborate ad hoc. Ogni dispensazione viene registrata su apposito software che consente agevoli elaborazioni dei dati di spesa e di risparmio oltre la rintracciabilità degli accessi.

RISULTATI - L'indice di gradimento del servizio, valutato mediante un apposito questionario, è risultato molto elevato. - L'analisi dell'appropriatezza prescrittiva ha messo in luce come nell'93% dei casi siano stati correttamente indicati le limitazioni alla rimborsabilità SSN previste dalle Note AIFA o dai Piani Terapeutici. L'aderenza al PTA è molto alta (94%). - Dal settembre 2011 sono stati registrati 16249 accessi, dei quali 12427 (76%) nell'ambulatorio di Alba. A fronte di una spesa di 2.470.295 € (di cui 1.765.080 per farmaci in regime di distribuzione diretta esclusiva) si è registrato un risparmio di 955.851 €.

LIMITI Nel calcolo e nella valutazione del risparmio non si è tenuto conto della spesa legata alle risorse umane e ai locali.

CONCLUSIONI E' auspicabile un potenziamento del servizio, in termini di ampiezza e completezza di orario, in modo da venire incontro ad una specifica esigenza dell'utenza promuovendo allo stesso tempo un ragguardevole risparmio economico.

Indirizzo per la corrispondenza

Mittone Elena, Farmacista
Ospedale San Lazzaro - S.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera
Via Pierino Belli, 26 - 12051 - Alba
Email: sagittamaior@yahoo.it

52. Il Lavoro in rete nell'Ambito Sociale XXIV della Regione Marche. Collaborazione tra DSM, Ambito sociale, Ospedale di Amandola e medici di medicina generale

Damiani Tiberio¹, Concetti Giuseppina², Nespeca Maria Teresa¹, Mariani Giorgio², Pucci Antonietta¹, Deales Piero¹, Sacconi Antonio¹, Vallesi Dario¹, Raffaelli Noemi¹, Siliquini Lando¹

¹Asur Marche, ²Ambito sociale territoriale XXIV della Regione Marche

BACKGROUND La collaborazione tra dipartimento di salute mentale, medici di medicina generale, ed istituzioni locali è essenziale per assicurare una rete di ascolto e promozione rivolta al paziente con patologia psichiatrica grave. Sono esposti alcuni risultati raggiunti in questi anni nel lavoro svolto nell'Ambito sociale territoriale XXIV della Regione Marche, grazie alla cooperazione del dipartimento di salute mentale, dell'ospedale di Amandola, dei medici di medicina generale e della rete sociale ed istituzionale. E' stato preso in esame un gruppo di pazienti seguiti per patologia psichiatrica grave (psicosi, ICD 295, 297) e sono stati evidenziati alcuni esiti clinici degli stessi per il periodo 1998-2008. L'osservazione prolungata nel tempo è necessaria nel campo della psicosi, che comporta una lunga spettanza di cure, per la insorgenza precoce e per la gravità degli esiti invalidanti che provoca. Alcuni dei pazienti effettuano le borse lavoro presso le imprese locali e questo avviene anche in un periodo di crisi economica prolungata e particolarmente grave.

OBIETTIVI L'obiettivo del lavoro retrospettivo è di osservare gli esiti clinici (outcomes) dei pazienti in trattamento per la psicosi nell'Ambito sociale territoriale XXIV della Regione Marche, al fine di verificare se il lavoro in rete tra DSM, ospedale di Amandola, medici di medicina generale rete istituzionale e sociale può essere migliorato.

METODI Sono stati scelti alcuni indicatori di esito, tra i molti possibili, ed abbiamo limitato la analisi retrospettiva per la fascia di età compresa tra 18 e 55 anni dei pazienti, che corrisponde con il periodo di vita lavorativa, al fine di limitare fenomeni confusivi per la degenerazione cognitiva.

RISULTATI In primo luogo è stato contenuto il numero dei ricoveri specialistici nel periodo di osservazione, in particolare meno di un terzo dei pazienti presi in considerazione ha avuto più di un ricovero e la maggioranza non è mai stata ricoverata né in spdc né in clinica convenzionata. Nessun paziente è stato ammesso in OPG, non si è verificato incremento della tossicodipendenza o dell'alcolismo tra i pazienti considerati. E' stato anche limitato il numero dei pensionamenti e della perdita di lavoro. Tre pazienti sono stati inseriti in comunità terapeutica ed uno solo è in attesa di rientro. Ai pazienti è stato chiesto di collaborare alla rilevazione della qualità di vita mediante somministrazione del questionario SF36, cui quest'anno abbiamo aggiunto il questionario Eusam. Ai familiari è stato somministrato il questionario Qol-proxy (versione italiana di WHOQOL-100). I dati ottenuti con i due questionari sono stati anche confrontati con la scala Honos. Alla maggior gravità del punteggio di quest'ultima corrisponde un maggior indice di disagio personale e familiare. Attualmente è in corso anche la somministrazione della batteria di test neuropsicologici con cadenza annuale al fine di verificare anche questa dimensione nei pazienti gravi.

LIMITI Si tratta di una esposizione di dati e non di uno studio di valutazione che a rigori dovrebbe essere effettuata da un soggetto diverso dall'erogatore delle cure. Al momento tuttavia ciò non è possibile.

CONCLUSIONI La collaborazione tra DSM, Ospedale di Amandola medici di medicina generale Ambito sociale territoriale e istituzioni locali e sociali consente una migliore aderenza al trattamento complessivo necessario per la psicosi, riducendo costi sociali sanitari e anche personali.

Indirizzo per la corrispondenza

Damiani Tiberio, Medico Chirurgo
ASUR Zona Territoriale 13 Ascoli Piceno - Centro di Salute Mentale
Via Degli Iris, 2 - 63100 - Ascoli Piceno
Email: tiberio_damiani@libero.it

53. La complessità assistenziale del Paziente oncologico: applicazione del Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI) nel setting di Day Hospital

De Luigi Anna Rita, Bertetto Oscar, Franciotti Concetta, Lanteri Daniela, Viale Monica, Maniero Mara
Rete oncologica Piemonte Valle D'Aosta - Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi di Orbassano

BACKGROUND L'introduzione di nuovi protocolli terapeutici e il miglioramento dell'aspettativa di vita nei pazienti sottoposti a chemioterapia determinano un cambiamento organizzativo nella gestione di tali pazienti che si riflette anche sulla complessità assistenziale dei pazienti oncologici. Diventa pertanto fondamentale classificare le persone assistite in livelli di complessità, non solo per valutare il fabbisogno di personale infermieristico, ma soprattutto per identificare le caratteristiche della domanda di assistenza infermieristica che variano in base alla complessità delle cure richieste. In Italia nel 2008 è stato validato uno strumento per la misurazione della complessità assistenziale definito Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI) destinato alla rilevazione dei bisogni di assistenza infermieristica nelle aree di degenza ospedaliera. Questo strumento non è risultato utilizzabile nei setting di Day Hospital (DH) di oncologia poiché i bisogni di assistenza dei pazienti risultano differenti. Si è reso necessario quindi elaborare uno strumento specifico per la rilevazione della complessità assistenziale dei pazienti che afferiscono ai DH Oncologici utilizzando il metodo di elaborazione seguito dal SIPI originale.

OBIETTIVI Elaborare uno strumento per misurare la complessità del paziente oncologico nel setting di DH di oncologia

METODI E' stato organizzato dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta un corso di formazione per la progettazione e sperimentazione dello strumento per la rilevazione della complessità assistenziale nei DH di oncologia destinato ad infermieri operanti presso i DH oncologici della Regione Piemonte. Utilizzando i focus group all'interno del corso, sono state identificate le prestazioni maggiormente significative necessarie a rispondere ai bisogni di assistenza dei pazienti che afferiscono al setting di DH oncologici, utilizzando il modello delle prestazioni infermieristiche di Cantarelli. Ad ogni prestazione individuata è stato assegnato un peso numerico corrispondente al valore di complessità della singola prestazione. Lo strumento elaborato è stato utilizzato dagli infermieri formati su un campione di 50 pazienti nei rispettivi DH. Per l'individuazione del valore limite (cut-off) fra bassa e alta complessità è stata rilevata la complessità percepita dall'infermiere che aveva in carico il paziente. E' stata effettuata l'analisi descrittiva attraverso media, mediana, deviazione standard. Per la determinazione dei profili di complessità è stata utilizzata la percezione dell'infermiere come gold standard. Per definire il cut-off di riferimento fra alta e bassa complessità è stato utilizzato il test di Youden e curva ROC.

RISULTATI La complessità assistenziale è stata rilevata in 16 strutture di DH Oncologici del Piemonte e della Valle d'Aosta, per un totale di 694 schede SIPI compilate. L'80% dei pazienti è percepito dall'infermiere a bassa, medio-bassa complessità. Le prestazioni più frequenti (> 60%) sono relative ad assicurare la funzione cardiocircolatoria, una buona comunicazione, l'effettuazione delle prestazioni diagnostiche e la gestione della terapia. Il valore di complessità media rilevata è di 48,52. Il cut-off generale di riferimento fra bassa e alta complessità è di 42.25 (Se 91,2 - Sp 47,8). La rilevazione dei cut-off specifici per struttura evidenziano che in 11 strutture su 16 i rispettivi cut-off presentano valori di sensibilità e specificità compresi rispettivamente fra 72,7-99% e 82.6-99%.

LIMITI Un limite dello studio è l'utilizzo di un campione di convenienza che potrebbe non essere rappresentativo della complessità dei pazienti che afferiscono al DH di oncologia. Un altro limite è che la rilevazione delle prestazioni erogate presuppone la necessità di avere un'accurata documentazione infermieristica che registri le prestazioni erogate per rispondere ai bisogni di assistenza individuati.

CONCLUSIONI L'applicazione dello strumento SIPI adattato ai bisogni dei pazienti che afferiscono ai DH Oncologici ha dato risultati soddisfacenti. La misurazione della complessità assistenziale nelle strutture di DH di Oncologia attraverso uno strumento condiviso, rende confrontabili i dati raccolti nei vari contesti in modo da poter inserire queste informazioni nell'attuale codifica economica-sanitaria regionale e quindi ottenere una più completa conoscenza dell'assistenza oncologica nella nostra regione.

Indirizzo per la corrispondenza

De Luigi Anna Rita, Infermiere
Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga - Direzione Infermieristica Tecnico-Sanitaria e della Riabilitazione
Regione Gonzole, 10 - 10043 - Orbassano
Email: a.deluigi@sanluigi.piemonte.it

54. L'attesa del parente che accompagna un familiare in DEA: indagine presso un DEA di II livello

De Luigi Anna Rita, Drago Fulvia

Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi di Orbassano

BACKGROUND Per i familiari di un paziente ricoverato in Pronto Soccorso, l'esperienza dell'attesa in sala d'aspetto può essere fonte di apprensione, determinata principalmente dalla preoccupazione per la salute della persona cara. Diversi studi dimostrano che l'esperienza dell'attesa è condizionata da diversi fattori, in particolare dalle modalità di comunicazione che si instaurano tra personale di assistenza e utente. Le attese prive o con scarse informazioni sono quelle peggio tollerate, mentre al contrario la percezione di un'assistenza di buona qualità può avere un effetto rassicurante e induce i familiari a ridurre l'ansia dell'attesa. Gli studi tuttavia si focalizzano sull'esperienza del paziente, pochi prendono in considerazione l'esperienza dei familiari. Conoscere le esperienze degli accompagnatori dei pazienti può facilitare lo sviluppo di interventi di cura, migliorando l'assistenza ricevuta.

OBIETTIVI Obiettivo dello studio è pertanto quello di indagare l'esperienza dei familiari, in termini di percezione della qualità delle cure nel setting dell'emergenza.

METODI L'indagine è stata effettuata presso un DEA di II livello; in sei giornate consecutive, in diverse fasce orarie che comprendevano un periodo dalle ore 7.00 alle ore 23.00, è stato chiesto agli accompagnatori dei pazienti, già presi in carico dall'equipe di assistenza, la disponibilità ad effettuare un'intervista telefonica nei giorni successivi. È stato chiesto un recapito telefonico ed un orario consono per poter effettuare l'intervista, consegnando anche l'informativa dello studio. I dati sono stati raccolti nel mese di luglio 2013. Il campione di convenienza è costituito da 50 accompagnatori; sono state escluse le persone che accompagnavano un paziente con codice rosso o giunto in DEA con l'ambulanza e le badanti. È stato intervistato solo un familiare/accompagnatore per paziente. Per l'intervista si è utilizzato il questionario CECSS (Consumer Emergency Care Satisfaction Scale), nato negli USA come strumento per misurare la soddisfazione del paziente in Pronto Soccorso ma validato in seguito anche per gli accompagnatori. Il CECSS prende in considerazione tre fattori: caring, teaching e clinical competence. I dati sono stati inseriti su EpiInfo ed analizzati con misure di statistica descrittiva

RISULTATI Sono stati contattati 80 accompagnatori ed intervistati i 50 che hanno espresso il proprio consenso all'intervista telefonica. Il 70% era costituito da donne con un'età prevalente (50%) nella fascia 41-60 anni. Il 78% degli intervistati ritiene di essere soddisfatto e l'80% raccomanderebbe ad altri questo Pronto Soccorso o ritornerebbe in questo servizio. Le persone ricoverate erano per il 52% maschi con un'età media di 51 anni; al 52% era stato attribuito un codice triage verde ed il 46% ha atteso da 1 a 3 ore. Il 70% dei pazienti è ritornato al proprio domicilio dopo la dimissione. Relativamente al caring (cura ricevuta) l'accompagnatore esprime un parere positivo per il 70%, mentre per il 40% degli intervistati c'è stata una scarsa attenzione al dolore, all'ansia e alle paure del paziente. L'accompagnatore risulta soddisfatto anche per le spiegazioni fornite, per la delicatezza nelle procedure e per l'ascolto dei problemi del paziente (80,7 e 64%). Rispetto al fattore teaching (ruolo educativo) per il 40% degli intervistati sono state scarse le informazioni circa la continuità della cura a domicilio e sulle capacità dell'infermiere di fornire queste informazioni. Tra il 70 e il 60% degli accompagnatori ritiene che l'infermiere abbia espresso una buona competenza clinica, nell'essere a conoscenza dei problemi del paziente e dei trattamenti necessari. In linea con altri studi l'indagine ha messo in evidenza che gli accompagnatori meno soddisfatti hanno un'età tra i 21 - 40 anni e sono quelli che hanno atteso tra le 2 - 3 ore, in particolare per gli aspetti legati alla gestione del dolore e delle paure della persona ricoverata. Gli accompagnatori di pazienti con urgenza maggiore sono risultati significativamente più soddisfatti. Non sono emerse differenze significative sulla soddisfazione in base al sesso. Sia per i maschi che per le femmine, gli elementi più apprezzati risultano essere gli aspetti correlati all'informazione sul percorso assistenziale e alla gestione delle procedure dolorose. Rispetto al codice triage attribuito, gli accompagnatori meno soddisfatti sono quelli i cui parenti avevano un codice bianco, in particolare relativamente all'informazione per la gestione della dimissione a domicilio.

LIMITI Un limite dello studio è che è monocentrico; inoltre i dati non possono essere generalizzabili poiché strettamente legati al contesto organizzativo locale

CONCLUSIONI La comunicazione è uno dei fattori che maggiormente influenza il livello di soddisfazione degli accompagnatori, unitamente all'informazione sui tempi di attesa e sul codice di gravità attribuito. Illustrare questi aspetti in modo chiaro e puntuale, può contenere l'ansia e ridurre il livello di insoddisfazione.

Indirizzo per la corrispondenza

De Luigi Anna Rita, Infermiere

Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga - Direzione Infermieristica Tecnico-Sanitaria e della Riabilitazione
Regione Gonzole, 10 - 10043 - Orbassano

Email: a.deluigi@sanluigi.piemonte.it

55. La qualità della documentazione infermieristica: utilizzo del Q-DIO a seguito dell'implementazione del modello Primary Nursing in un reparto di medicina

De Luigi Anna Rita, Squarcio Elena, Franciotti Concetta, Cappello Serena, D'ascoli Cristina

Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi di Orbassano

BACKGROUND La documentazione infermieristica e sanitaria riflette lo stato dell'esercizio professionale e della cultura della documentazione presenti nei diversi contesti; infatti, la documentazione infermieristica è uno specchio, non esaustivo ma significativo, degli ambiti di intervento degli infermieri. Importanti misure per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica sono quelle centrate sulle prestazioni o sul processo assistenziale come è espresso nella documentazione infermieristica. I ricercatori hanno raccomandato che le diagnosi infermieristiche (DI) non dovrebbero essere esaminate isolatamente, bensì connesse con obiettivi, interventi e risultati. Sino a qualche anno fa nessuno strumento di ricerca testato misurava la qualità delle DI, degli interventi e dei risultati, rappresentando le relazioni interne tra i tre elementi. Gli strumenti disponibili misuravano solo formalmente la documentazione. Il primo strumento creato per rispondere a tale esigenza è il Q-DIO (Quality of documentation of nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes).

OBIETTIVI Valutare con lo strumento Q-DIO, la qualità delle registrazioni relativamente al processo infermieristico, inserite nella nuova cartella integrata in un reparto di medicina, a seguito dell'implementazione del modello del Primary Nursing.

METODI Lo strumento Q-DIO è stato reperito solo in lingua inglese, pertanto la traduzione è stata sottoposta alla validazione di un'infermiera madre lingua. Lo strumento prevede la compilazione di 4 sezioni per un totale di 29 item: diagnosi come processo che indaga la relazione infermiere-paziente, diagnosi come prodotto che comprende criteri qualitativi sulle DI stabilite secondo il metodo PES (Problem Etiology Sygn), interventi infermieristici secondo il Nursing Intervention Classification [NIC], e risultati secondo il Nursing Outcome Classification [NOC]. Lo strumento è stato applicato a 100 cartelle scelte a caso nel periodo maggio - agosto 2013. L'utenza presa in considerazione è di entrambi i sessi, senza limiti di età. Inizialmente un'infermiera esperta ha affiancato il rilevatore per evitare di attribuire punteggi arbitrari; in seguito il rilevatore ha condotto l'osservazione in modo autonomo, avvalendosi del contributo dell'infermiera solo in caso di dubbi.

RISULTATI Delle 100 cartelle analizzate, il punteggio medio ottenuto è di 33.63 su un massimo raggiungibile di 94. E' presente una scarsa registrazione degli aspetti relativi alla sfera psico-emotiva; in particolare ansia e preoccupazione legata all'ospedalizzazione mancano nel 61% delle cartelle, capacità di coping nel 75%, l'informazione relativa alla situazione che ha portato all'ospedalizzazione è assente nel 67%. Maggiormente registrati risultano gli item relativi alle attività di vita quotidiana (98%), alle priorità infermieristiche (91%), e alla situazione socio familiare (99%). Le DI non sono registrate nel 38% delle cartelle; quando vengono segnalate sono documentate in modo corretto, sono correlate all'eziologia e vengono registrati segni e sintomi (58%). Nel 54% delle cartelle sono riportati interventi secondo il modello NIC; nel 34% gli interventi sono correlati all'eziologia delle DI formulate. Nel 65% della documentazione manca la registrazione dei risultati degli interventi effettuati; solo nel 29% delle cartelle i risultati sono corretti e osservabili/misurabili secondo il modello NOC.

LIMITI L'indagine ha portato risultati discordanti rispetto all'obiettivo per cui era nata la cartella. Il risultato atteso era infatti di una maggior completezza e correttezza di registrazione della documentazione. La disomogeneità degli infermieri nella registrazione della nuova documentazione indica la necessità di ulteriori approfondimenti formativi relativamente al processo diagnostico infermieristico, unitamente alla necessità di revisionare l'intera documentazione.

CONCLUSIONI Delle 100 cartelle esaminate, 39 erano prive di documentazione rispetto ai concetti DI come prodotto, interventi infermieristici e risultati degli interventi. Questo dato ha influenzato la media totale dei punteggi.

Indirizzo per la corrispondenza

De Luigi Anna Rita, Infermiere

Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga - Direzione Infermieristica Tecnico-Sanitaria e della Riabilitazione
Regione Gonzole, 10 - 10043 - Orbassano

Email: a.deluigi@sanluigi.piemonte.it

56. Accoglimento condiviso: servizio virtuale

De Matteis Daniela, Carozzi Sandra Paola

Ospedali Riuniti di Trieste

BACKGROUND Un difficile problema organizzativo è rappresentato dall'accoglienza della persona nelle strutture di Medicina. Medici e Infermieri vengono interrotti continuamente nel loro lavoro con conseguente facilità all'errore. Nasce, così, la necessità di creare un servizio "appendice" delle singole strutture di medicina del DAI che si faccia carico esclusivamente del momento accoglienza dal punto di vista infermieristico, medico e sociale dando la dovuta ed esclusiva attenzione alla persona ricoverata ma anche ai familiari presenti e già così preoccupati. Il servizio sgrava il personale assistenziale delle degenze da un'attività particolarmente impegnativa ed importante, in modo da consentire al personale di struttura di occuparsi esclusivamente delle persone già ricoverate riducendo così il rischio di errore per esempio nella somministrazione della terapia. Il servizio nasce il 18 marzo 2013, con una sperimentazione di 40 giorni, dal 1 maggio è diventato un servizio strategico per l'azienda Ospedaliera Universitaria.

OBIETTIVI L'accoglimento condiviso si pone gli obiettivi: 1. uniformare i protocolli operativi delle varie strutture e di amalgamare il personale sia medico che del comparto che per la prima volta collabora sinergicamente; 2. dimostrare che il servizio ricevuto ed erogato è ben gradito sia da parte dell'utenza che da parte del personale che vi lavora. 3. Valutare con maggiore raziocinio la distribuzione delle persone ricoverate da inviare fuori reparto 4. Ridurre i rischi di errori di somministrazione della terapia. 5. Formare gli studenti di medicina, di infermieristica e ostetricia.

METODI Sperimentazione di un modello organizzativo improntato sul lavoro multidisciplinare. Formazione sul campo di infermieri, OSS e studenti di medicina, di infermieristica, ostetriche. Utilizzo di una flow chart, che descrive il percorso del neoaccolto dal ps al reparto di destinazione. Utilizzo di una scheda access per la registrazione dei dati anagrafici, e clinici. Track and Trigger, priorità di attivazione del medico. Implementazione delle schede di valutazione Sperimentazione di nuove schede (TRICO e BRASS) Utilizzo di una apposita scheda per la razionalizzazione del posto letto disponibile in azienda (rapporti con il PS). Utilizzo di un foglio di lavoro word comune, tra l'accoglimento condiviso e la medicina d'urgenza, al fine di gestire in maniera efficace ed efficiente il trasferimento dei pazienti. Elaborazione grafica della distribuzione mensile dei ricoveri nelle varie scritte, e dell'appropriatezza del ricovero. Elaborazione grafica dei re-ricoveri nei 4 mesi antecedenti la nascita dell'accoglimento condiviso e nei 4 mesi successivi. Ricerca qualitativa della Customer satisfaction, relativo agli utenti ed al personale di assistenza del DAI di Medicina, tramite intervista registrata. Elaborazione di orari condivisi da parte dei Coordinatori del DAI di Medicina.

RISULTATI Customer satisfaction, relativo agli utenti ed al personale infermieristico del DAI di Medicina è ottimale. E' diminuito il numero di re-ingressi nel Dai di Medicina nel periodo 1 maggio 30 agosto 2013 a confronto con il numero di re-ingressi nel periodo 1 gennaio 30 aprile 2013. E' diminuito il numero/giorni di assenza per malattia del personale del Dai di Medicina, a dimostrazione del buon clima lavorativo. Sono stati elaborati degli orari condivisi, con interscambio di personale tra le varie strutture del Dai di Medicina, con l'ottica di lavorare insieme.

LIMITI Resistenza al cambiamento Utilizzo di organico preso dai singoli reparti Competenze non ancora perfettamente standardizzate, Informatizzazione Organizzazione della disponibilità dei posti letto in miglioramento Spazi ristretti Difficoltà di approvvigionamento di materiale.

CONCLUSIONI L'accoglimento condiviso ha messo in evidenza che l'arrivo in ospedale è un momento della vita delle persone molto importante e, tutti gli operatori infermieri, medici e OSS sono d'accordo nell'ammettere che questo momento è fondamentale in quanto è il biglietto da visita dell'azienda, dal quale nasce il rapporto di fiducia che si concluderà con la dimissione della persona. L'accoglimento condiviso è da considerarsi il prolungamento organizzativo ed assistenziale delle varie strutture di medicina e ha l'obiettivo di garantire alle persone la giusta attenzione, il rispetto della privacy e della dignità, che sono alla base di ogni rapporto umano. L'accoglimento condiviso, ha come filosofia portante: lavorare insieme per un obiettivo comune: 'la persona malata'. La multidisciplinarietà si realizza quando le competenze di discipline diverse vengono utilizzate in un'impresa conoscitiva o pratica comune. (Agazzi1994)

Indirizzo per la corrispondenza

Carozzi Sandra Paola, Infermiere
Ospedale Maggiore di Trieste - U.O. III Medica
Via Stuparich, 1 - 34142 - Trieste
Email: sandra.carozzi@aots.sanita.fvg.it

57. I vuoti normativi come opportunità per la crescita professionale. una proposta per uniformare la validazione dell'autoformazione sul "Vademecum del medico in formazione"

Di Ciommo Maria Luisa, Sgrò Federica, Giandinoto Marina, Angeli Letizia, Magro Valerio Massimo, Belardi Silvia, Le Pera Renzo, Savorani Giandomenico, Vespa Fabio Maria, Curatola Carlo

FIMMG

BACKGROUND Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) della Regione Emilia-Romagna prevede che ciascun Medico iscritto svolga, nell'arco del triennio, 400 ore di autoformazione, che devono essere approvate e validate dai Coordinatori dell'Attività Seminariale. Visto il vuoto normativo e la mancanza di linee guida uniformi che regolamentino a livello nazionale e regionale l'attività di autoformazione, abbiamo proposto ai Coordinatori didattici un piano di definizione della suddetta attività, che auspichiamo possa essere condiviso tra tutti i poli dei trienni di corso attivi nella nostra regione.

OBIETTIVI Fornire uno strumento utile al medico in formazione specifica in Medicina Generale della regione Emilia Romagna, ai medici tutor ed ai coordinatori medici ed amministrativi, al fine di colmare alcune "aree grigie" della normativa che regola il corso.

METODI Sono state esaminate le guide regionali dei CFSMG di 10 regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Calabria, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Lazio, Val D'Aosta) con particolare attenzione alle sezioni dedicate alla didattica teorica (seminari, autoformazione, FAD, congressi).

RISULTATI E' stata curata la stesura di un opuscolo di 11 pagine dal titolo "Vademecum del Medico in Formazione" contenente i consigli per il corsista che frequenta il CFSMG dell'Emilia Romagna. L'opuscolo è stato distribuito ai 101 iscritti del CFSMG Emilia Romagna del triennio 2013-2016 (60 borsisti e 41 sovranumerari), durante il seminario di apertura del corso. La prima parte è costituita da consigli experience-based provenienti dall'esperienza di chi ha già affrontato o sta affrontando il corso, tenendo conto della complessa normativa che regola il CFSMG. Sono presenti consigli sulla gestione delle assenze e dell'attività pratica nonché precisazioni sulle attività compatibili ed incompatibili con il corso. La parte centrale dell'opuscolo illustra una proposta di linea guida regionale che potrà essere adottata dai coordinatori medici dei poli didattici e consegna nelle mani del corsista un punto di riferimento in termini di gestione del proprio percorso formativo passando in rassegna le varie modalità per il conseguimento delle stesse: congressi e seminari, FAD (formazione a distanza), elaborazione di tesine e presentazioni in aula, percorsi di attività teorico-pratica, periodi di frequenza all'estero. L'ultima sezione è dedicata alla maternità della corsista.

LIMITI La difforme interpretabilità di alcune normative che regolano il CFSMG a livello nazionale, interregionale ed intraregionale fra i diversi poli didattici sono alla base della poca chiarezza di alcuni aspetti didattici che meritano di essere affrontati con maggior accuratezza.

CONCLUSIONI Riteniamo che la crescita professionale del corsista del CFSMG debba passare per la graduale acquisizione di autonomia decisionale anche in termini di scelta di percorsi didattici al di fuori di quelli obbligatori previsti. La Regione Emilia-Romagna concede al corsista questa possibilità, ma non riesce a garantire uniformità fra i poli didattici nelle modalità di conseguimento dei crediti. Con il "Vademecum del Medico in Formazione" abbiamo cercato di allentare la morsa dettata dalle insicurezze normative che il corsista deve affrontare, cercando di creare un ponte fra regione, medici coordinatori e medici in formazione. Siamo convinti infatti che una maggiore chiarezza e uniformità legislativa relativa al CFSMG rafforzino l'autonomia di scelta e consentano di sviluppare il percorso formativo, plasmandolo sulle esigenze professionali del medico in formazione al fine di rendere così più formativa la frequenza del corso stesso.

Indirizzo per la corrispondenza

Curatola Carlo, Medico Chirurgo
Distretto di Modena - Servizio di Continuità Assistenziale - Sede di Modena
Largo Del Pozzo, 71/b - 41100 - Modena
Email: curatolacarlo@gmail.com

58. L'uso dell'INR selftesting nella gestione della TAO nel territorio

Di Gianfilippo Giacinto, Festuccia Monica, Lunari Paola, Paciucci Anna, Febbraio Chantal

Azienda USL Rieti

BACKGROUND La TAO (trattamento antitrombotico orale) sta assumendo, soprattutto in questi ultimi anni, un'importanza crescente per il costante aumento delle indicazioni al trattamento. Infatti gli anticoagulanti rappresentano i farmaci di maggiore efficacia per il trattamento e la prevenzione delle malattie tromboemboliche tra cui la fibrillazione atriale e le valvulopatie cardiache. In attesa di un più chiaro uso dei nuovi anticoagulanti orali, i farmaci in uso necessitano di un monitoraggio costante dell'INR. L'Azienda USL di Rieti, avendo un unico ospedale di riferimento e gestendo un territorio molto vasto (superficie di 2.749 Km², con una popolazione residente di circa 155.000 abitanti ed un territorio montuoso per il 70%), ha avuto la necessità di implementare capillarmente il monitoraggio del valore dell'INR sul territorio al fine di garantire l'accesso al trattamento a tutti i pazienti, anche quelli in assistenza domiciliare (ADI).

OBIETTIVI Presa in carico dei pazienti necessitanti di TAO su tutto il territorio al fine di garantire il necessario del valore INR al fine di impostare un corretto proseguo della terapia.

METODI L'Azienda ha sviluppato un percorso clinico organizzativo di integrazione ospedale-territorio nel quale la presa in carico è inizialmente affidata al Centro TAO, sito presso l'Ospedale, sul quale ricade anche la gestione delle complicanze e/o delle necessità straordinarie del paziente. L'attività svolta a livello territoriale si divide in base alla tipologia di paziente: - paziente non inserito in ADI - paziente inserito in ADI. Nel primo caso, il paziente si reca presso la sede territoriale più vicina dove effettua la valutazione INR tramite coagulometro. Il dato rilevato viene inviato da un infermiere professionale al Centro TAO tramite applicativo dedicato. Quest'ultimo definisce il piano terapeutico che verrà comunicato direttamente al paziente. Nel secondo caso il Medico di Medicina Generale (MMG) si reca al domicilio del paziente con il coagulometro ed effettua la rilevazione. In caso di valori nei range di normale gestibilità il MMG prescrive direttamente il piano di trattamento, riducendo la necessità di un accesso del paziente presso il Centro TAO; nel caso in cui si verificano valori anomali, lo stesso MMG contatterà il Centro TAO, che definirà le procedure di emergenza da adottare. Il percorso è stato attivato a partire dal Gennaio 2013 e al fine di valutarne l'impatto sono stati monitorati gli eventi avversi correlati alla terapia TAO con particolare riferimento alle emorragie cerebrali e gastrointestinali comparando il primo semestre 2013 con il corrispondente semestre 2012.

RISULTATI I risultati ottenuti dall'Azienda vanno nella direzione dell'allineamento dell'offerta con i bisogni rilevati, evitando al paziente ripetuti accessi presso l'unico Centro TAO presente in azienda. Attualmente il Centro TAO della Azienda USL di Rieti assiste 1.200 utenti, al limite delle proprie risorse. Grazie a tale percorso si è potuto prendere in carico circa 600 pazienti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) saturando così la richiesta dell'utenza. In termini di eventi avversi (complicanze emorragiche maggiori) sono stati riscontrati nel 2013 vs 2012: emorragie cerebrali (ICDIX 431) 29 vs 28, di cui 4 in TAO sia nel 2013 che nel 2012 e tutti in range; emorragia subdurale spontanea (ICD IX 432.1) 11 vs 14, di cui nessuno in TAO nel 2013 e 4 nel 2012 di cui 1 paziente con INR di 4.17; emorragia cerebrale non specificata (ICD IX459.0) 1 vs 0, paziente con INR di 5,95; emorragie gastrointestinali (tutte) 32 vs 29, di cui 6 in TAO nel 2013 e 3 nel 2012, rispettivamente con INR >3,5 4 nel 2013 e 1 nel 2012.

LIMITI L'Azienda tramite lo sviluppo di un percorso integrato fra ospedale e territorio ha potuto dare una risposta alla complessità del trattamento tramite il coinvolgimento di una maggiore gamma di operatori. Ciò ha quindi permesso di ampliare l'offerta di servizi ai cittadini-utenti ottenendo, da un lato, un alleggerimento del carico di lavoro sito in capo al personale del Centro TAO (diminuito considerevolmente negli ultimi anni) e dall'altro ha favorito gli utenti delle zone più disagiate della provincia i quali, salvo casi eccezionali, non hanno più la necessità di recarsi fisicamente presso il Centro TAO. Dai dati di controllo sulla qualità, considerando l'incremento dell'utenza passato da 1200 a circa 1800 casi, non è stato riscontrato un aumento significativo delle complicanze emorragiche maggiori a testimonianza della buona sicurezza del self testing.

CONCLUSIONI Carezza di organico che limita la disponibilità temporale dell'unico referente centro TAO ospedaliero in caso di necessità per anomalie di funzionamento del self testing.

Indirizzo per la corrispondenza

Di Gianfilippo Giacinto, Medico Chirurgo
Azienda USL di Rieti - S.C. Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari
Via del Terminillo, 42 - 02100 - Rieti
Email: g.digianfilippo@asl.rieti.it

59. Il Case Manager nella gestione della patologia oncologica: un modello organizzativo multidimensionale - Il Gico

Di Gianfilippo Giacinto, Lunari Paola, Festuccia Monica, Febbraio Chantal, Giannursini Elisabetta

Azienda USL di Rieti

BACKGROUND Le patologie oncologiche negli ultimi anni hanno assunto una rilevanza sempre maggiore nelle aziende sanitarie sia a livello gestionale che a livello organizzativo. Il contesto in cui le aziende devono operare è caratterizzato sempre più da risorse limitate, nonché da un aumento dell'iperspecialità dei professionisti. Ciò ha scaturito la necessità di dare una risposta organizzativa alla complessità della gestione delle diverse patologie che vede un impegno rilevante per le aziende sia dal punto di vista socio-sanitario che economico.

OBIETTIVI Al fine di rispondere alla necessità di integrazione e coordinamento dei diversi professionisti nell'ambito delle cure oncologiche l'Azienda USL di Rieti ha costituito il Gruppo Interdisciplinare delle Cure Oncologiche (GICO), nel quale i professionisti hanno uno scopo comune che è quello di facilitare i processi di integrazione nella presa in carico del paziente con l'obiettivo di ottimizzare le procedure e le tempistiche. All'interno del GICO il paziente è preso in carico dal Case Manager, figura fondamentale che non attua solo una metodologia managed care, ma è anche autonoma deputata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, che attua logiche di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso le diverse strutture ed organizzazioni del sistema sanitario.

METODI L'Azienda USL di Rieti, al fine di perseguire l'obiettivo di cui sopra ha individuato le figure professionali di riferimento per le diverse patologie oncologiche (radiologo, oncologo, chirurgo, anatomo-patologo, laboratorista, radioterapista, psicologo) coordinate dal Case Manager Infermieristico, il quale fornisce gli strumenti metodologici ed operativi per assicurare al paziente assistenza continua e globale nel tempo attraverso prestazioni personalizzate incentivando l'integrazione tra professionisti, partendo dalla valutazione dei bisogni della persona con disabilità, coordinando e attivando piani operativi di lavoro, avviando i percorsi assistenziali, funzioni di collegamento e di monitoraggio.

RISULTATI Con l'introduzione di questo nuovo modello organizzativo si è definito un metodo di lavoro in grado di analizzare i bisogni di salute del paziente, rispondendo in maniera rapida ed efficace alle necessità dell'assistito e allo stesso tempo superare i confini tra i servizi. I risultati raggiunti possono essere riassunti in tre punti: 1. sviluppo delle capacità di integrazione assistenziale, intesa come coerenza fra ciò che è stato progettato e ciò che viene realizzato; 2. coordinamento dell'assistenza; 3. implementazione della continuità assistenziale; 4. rispetto dei tempi e delle modalità cliniche di presa in carico in totale osservanza delle Evidence Based Medicine e dei percorsi aziendali sviluppati per Carcinoma Mammella, Carcinoma Colon retto, Carcinoma Vescica e Carcinoma Prostata.

LIMITI I limiti riscontrati in Azienda non sono legato alla metodica implementata, ma alla scarsità delle risorse, sia in termini di personale, che dotazione strumentale.

CONCLUSIONI Il Case Manager, consapevole delle dinamiche culturali in atto e delle problematiche, interviene sulla base di una chiara concezione della persona e dei suoi diritti inalienabili, assicurando un servizio multidisciplinare centrato sull'individuo e sulle sue esigenze piuttosto che solo sull'organizzazione ed i bisogni del sistema stesso. L'organizzazione implementata ha fatto sì che il paziente sia protetto durante tutte le fasi dell'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale, avendo al suo fianco una figura professionale che lo accompagna in ogni suo bisogno, sostituendosi a lui nella prenotazione delle visite, facendosi garante del rispetto dei tempi di svolgimento degli esami prescritti e di refertazione, nonché vigilando e segnalando agli organi competenti eventuali mancanze o inadempienze dei professionisti coinvolti nel percorso di cura. Pertanto ad oggi il paziente in Azienda ha un "angelo" al suo fianco che lo tiene per mano alleviando, per quanto possibile, le difficoltà che inevitabilmente si presentano nell'affrontare tali percorsi di cura. Tale attività di totale presa in carico ha inoltre avuto ripercussioni positive sull'attività aziendale determinando una riduzione della mobilità passiva per patologia oncologica stimale in circa il 15% delle attività.

Indirizzo per la corrispondenza

Di Gianfilippo Giacinto, Medico Chirurgo
Azienda USL di Rieti - S.C. Audit Clinico e Sistemi Informativi Sanitari
Via del Terminillo, 42 - 02100 - Rieti
Email: g.digianfilippo@asl.rieti.it

60. Le decisioni mediche di fine vita e il percorso assistenziale del malato morente

Difonzo Marcello¹, Di Capua Pasquina², Colagrande Giuseppe²

¹Università degli Studi di Bari, ²ASL Bari

BACKGROUND Le decisioni mediche di fine vita (end-of-life decisions) sono l'insieme delle azioni o delle omissioni mediche volte ad affrettare una morte inevitabile. Introdurre un limite alle procedure diagnostiche e agli interventi terapeutici ha il significato di evitare l'accanimento terapeutico e riguarda tutte le specialità della medicina. Nel processo decisionale si distinguono due aspetti, la limitazione dei trattamenti intensivi e la cura del paziente in fin di vita, che coinvolgono i medici, gli infermieri, il paziente e la famiglia. Il medico ha il dovere di informare e cercare il consenso del paziente, se competente e capace di comprendere le decisioni; in caso contrario, deve tener conto delle sue volontà espresse con una dichiarazione personale o espresse ai parenti. Inoltre, è auspicabile ricercare e raggiungere un'unanimità di vedute tra i medici e gli infermieri del reparto.

OBIETTIVI Gli scopi dello studio sono indagare gli atteggiamenti e le opinioni di medici e infermieri sulla limitazione di un trattamento medico attivo e valutare gli aspetti riguardanti le cure e il percorso assistenziale del malato morente.

METODI La survey coinvolge i medici e gli infermieri dei reparti di degenza di un ospedale d'insegnamento universitario. Lo strumento d'indagine comprende 20 quesiti sugli atteggiamenti e le opinioni sulle decisioni mediche di fine vita, con una scala di valutazione tipo Likert a cinque punti (1= dissenso fortemente, 5 = concordo fortemente). Punteggi > 3 riflettono un atteggiamento positivo, <= 3 un atteggiamento negativo. I quesiti indagano quattro aspetti: la limitazione di un trattamento medico attivo, gli aspetti comunicativi tra medici e infermieri, le cure e il percorso assistenziale del malato morente. I dati sono espressi come valori medi \pm DS e percentuali. Il confronto tra gruppi è stato realizzato con il test di Mann-Whitney, con valore di $p < 0.05$.

RISULTATI I questionari completati e restituiti sono 70 su 90 distribuiti (tasso di risposta 77,7%). All'affermazione, L'astensione e la sospensione non sono equivalenti dal punto di vista etico: la prima è una misura attiva, la seconda una misura passiva, i medici dimostrano un atteggiamento positivo ($3,66 \pm 1,30$, dissenso 65,71%), gli infermieri un atteggiamento negativo ($2,60 \pm 0,98$, consenso 60%). Medici e infermieri concordano sulla necessità di comunicare le decisioni riguardanti la fine della vita al paziente, se competente, e alla famiglia in caso contrario e sulla necessità della condivisione delle decisioni (medici $3,80 \pm 1,37$ e $3,89 \pm 0,87$, infermieri $4,17 \pm 0,98$ e $3,97 \pm 1,01$). Gli infermieri non sono coinvolti frequentemente dai medici nel processo decisionale ($2,54 \pm 1,29$) e riportano difficoltà comunicative con i medici ($2,66 \pm 1,11$). Medici e infermieri concordano sull'affermazione che la limitazione di un trattamento medico non significa interrompere le cure e abbandonare il malato (medici $3,17 \pm 1,40$, infermieri $4,03 \pm 0,89$). Tuttavia, quando si afferma che il paziente in fin di vita non deve ricevere il supporto nutrizionale e i fluidi per l'idratazione, i medici e gli infermieri hanno un atteggiamento negativo (medici $1,89 \pm 0,99$, infermieri $2,17 \pm 0,92$). Solo il 34,39% dei medici e il 22,86% degli infermieri concordano con l'affermazione che la ventilazione artificiale non invasiva, nel paziente morente, ha solo lo scopo di evitare la dispnea. Un'alta percentuale di medici e infermieri concorda sulla necessità di creare un percorso assistenziale per il malato morente (medici $4,31 \pm 0,83$, infermieri $4,43 \pm 0,56$). La limitazione di un trattamento non dovrebbe essere riportata nella cartella clinica per la minoranza dei rispondenti (dissenso medici 88,57%, infermieri 77,14%). Non si dimostra una differenza statistica significativa tra i due gruppi, medici e infermieri.

LIMITI Lo studio osservazionale include i reparti di degenza ordinaria di un ospedale di III livello, sede d'insegnamento universitario. Tuttavia, i risultati sono poco generalizzabili per il numero limitato di partecipanti.

CONCLUSIONI Nelle cure di fine vita è necessaria una legislazione nazionale per tutelare il comportamento dei professionisti della salute. Diversamente, qualsiasi trattamento, appropriato dal punto di vista bioetico, potrebbe trovare un limite nella vigente normativa. Nel nostro studio, medici e infermieri mostrano un atteggiamento positivo nei confronti di vari aspetti delle cure di fine vita. Tuttavia, in molti casi, si dimostra una conoscenza poco approfondita delle questioni etiche che riguardano i trattamenti di fine vita. Inoltre, le risposte ad alcune affermazioni sono controverse. Si evidenziano un ridotto coinvolgimento degli infermieri nel processo decisionale di fine vita e difficoltà nella comunicazione tra medici e infermieri. Emerge, infine, la necessità di creare un percorso assistenziale specifico per i pazienti morenti.

Indirizzo per la corrispondenza

Difonzo Marcello, Medico Chirurgo
Ospedale di Venere - U.O. Rianimazione e Terapia intensiva
Via Ospedale di Venere - 70012 - Bari
Email: mardif@libero.it

61. Infermieri di terapia intensiva e ambiente di lavoro: ostacoli alle prestazioni assistenziali

Difonzo Marcello¹, Marrocoli Giovanni², Colagrande Giuseppe²

¹Università degli Studi di Bari, ²ASL Bari

BACKGROUND Le variabili da considerare, in ogni modello di assistenza infermieristica, sono la complessità assistenziale e l'intensità del lavoro. Le unità di terapia intensiva sono strutture altamente tecnologiche, dotate di un numero limitato di posti letto, generalmente ottododici, destinate all'assistenza e al monitoraggio di pazienti con instabilità delle loro funzioni vitali. La complessità riguarda sia gli aspetti terapeutici, che richiedono un impegno sistematico e l'interazione con strumentazioni biomediche complesse, sia gli aspetti organizzativi. Nella gestione di un malato critico è necessario un adeguato bilancio tra i suoi bisogni e la disponibilità di risorse umane. La necessità di misurare i carichi di lavoro degli infermieri, in terapia intensiva, deriva dalle conseguenze che un'eccessiva o un'inappropriata attività produce in termini di sicurezza ed efficacia delle cure.

OBIETTIVI L'ambiente di una terapia intensiva può includere una serie di elementi che possono ostacolare o facilitare le prestazioni lavorative degli infermieri, derivanti dalle peculiarità di questo reparto ospedaliero. Lo scopo dello studio è valutare i fattori che possono ostacolare o facilitare le attività assistenziali degli infermieri, in unità di terapia intensiva.

METODI La survey trasversale coinvolge gli infermieri di unità di terapia intensiva generale di due ospedali con 300 posti letto, dell'area metropolitana di Bari. Lo strumento d'indagine è il questionario sugli ostacoli alle performance degli infermieri di terapia intensiva di Gurses et al., modificato e adattato alla realtà dei nostri ospedali. Il questionario include: a) dati demografici dei partecipanti; b) 25 item sui principali ostacoli all'attività assistenziale degli infermieri, con domande a risposta chiusa (sì/no). I dati sono presentati come valori percentuali e confrontati con la statistica Chi quadro (valore di $p < 0.05$).

RISULTATI I questionari completati e restituiti sono 37 su 50 distribuiti (tasso di risposta 74%). Le caratteristiche dell'attività lavorativa, che possono rappresentare un ostacolo, più frequentemente riportate sono l'essere responsabile dell'orientamento d'infermieri con minor esperienza professionale (81%), gli ambienti di lavoro affollati e frenetici (78,3%), l'impiego di tempo per la ricerca di apparecchi elettromedicali (72,9%), gli ambienti di lavoro rumorosi (70,2%), il carico assistenziale non adeguato (68,5%), gli strumenti malfunzionanti (67,5%), le insufficienti informazioni sui malati ricevute dai medici (64,8%), le stanze dei pazienti non ben fornite di materiali di uso quotidiano (59,5%), i farmaci che arrivano in ritardo dalla farmacia (56,7%), il ritardo delle nuove prescrizioni terapeutiche per i pazienti, fornite dai medici (51,3%). Alcuni quesiti presentano una differenza significativa tra gli infermieri dei due ospedali: Molti farmaci arrivano in ritardo dalla farmacia (40% vs 76,4%, ospedale Di Venere e San Paolo, $p = 0.045$), La necessità di utilizzare letti aggiuntivi non aumenta il carico di lavoro (65% vs 23,5%, ospedale Di Venere e San Paolo, $p = 0.013$), La presenza di studenti universitari in reparto aumenta il carico di lavoro per il tempo necessario al loro addestramento (25% vs 58,8%, ospedale Di Venere e San Paolo, $p = 0.049$). Le condizioni che possono facilitare l'attività lavorativa, rilevate con più frequenza, sono assistere al giro visita dei medici (78,3%), ricevere informazioni sui pazienti in modo sufficiente al cambio turno (67,5%).

LIMITI Lo studio osservazionale include le unità terapia intensiva di due ospedali di III livello, sede d'insegnamento universitario. Tuttavia, i risultati sono poco generalizzabili per il numero limitato di partecipanti.

CONCLUSIONI I carichi di lavoro eccessivi possono incidere sulla qualità dei trattamenti prestati, sugli eventi avversi e sulla soddisfazione professionale degli infermieri. In unità di terapia intensiva, nell'analisi dei carichi di lavoro si devono considerare quattro componenti. Il carico di lavoro a livello di unità, con la misura più frequente rappresentata dal rapporto infermiere-paziente. Il carico di lavoro a livello di mansioni può essere utile per raffrontare l'attività degli infermieri di diverse aree. Il carico di lavoro a livello di paziente è legato alle sue peculiari condizioni cliniche. Il carico di lavoro legato all'ambiente di lavoro include una serie di ostacoli o di fattori facilitanti le prestazioni degli infermieri, espressione del reparto di terapia intensiva. Questo studio conferma la necessità, già evidenziata da precedenti ricerche, di considerare tutti quegli elementi che possono diventare un ostacolo per il loro impatto sull'attività lavorativa quotidiana. Questi fattori, legati all'ambiente specifico della terapia intensiva, devono essere minimizzati per evitare la loro influenza sia sulla qualità del lavoro sia sulla qualità delle cure destinate ai malati.

Indirizzo per la corrispondenza

Difonzo Marcello, Medico Chirurgo
Ospedale di Venere - U.O. Rianimazione e Terapia intensiva
Via Ospedale di Venere - 70012 - Bari
Email: mardif@libero.it

62. Lo stress lavoro correlato in area critica: studio comparativo tra medici e infermieri

Difonzo Marcello¹, Mazzeo Vito², Colagrande Giuseppe²

¹Università degli Studi di Bari, ²ASL Bari

BACKGROUND Il lavoro in ambiente ospedaliero può essere fonte di potenziali fattori di rischio per i professionisti della salute, esponendoli all'insorgenza di stress occupazionale. In area critica, la necessità di trattare il malato in condizioni instabili, in modo adeguato e in tempi rapidi, aumenta le situazioni di disagio che possono indurre livelli elevati di stress. Il persistere di situazione a rischio conduce prima a una situazione di adattamento dell'organismo per migliorare le prestazioni, eustress, in seguito a una condizione di disadattamento, distress, sovrapponibile, nei suoi gradi estremi, alla sindrome da burnout.

OBIETTIVI Gli scopi della ricerca sono valutare lo stress correlato al lavoro tra i medici e gli infermieri di area critica e rilevare le differenze tra queste due categorie professionali.

METODI La survey trasversale include i reparti di area critica (unità di terapia intensiva, pronto soccorso, sala operatoria) di un ospedale d'insegnamento universitario, nell'area metropolitana di Bari. Lo strumento d'indagine è la scala proposta da Wolfgang, l'Health Professions Stress Inventory (HPSI). Il questionario, 30 item, misura quattro dimensioni dello stress provato dagli operatori sanitari: la mancanza di riconoscimento professionale, l'incertezza associata alla cura del paziente, le condizioni di lavoro, i conflitti interpersonali. Gli intervistati indicano la frequenza di situazioni stressanti nel proprio lavoro (range da 0, mai/raramente, a 4, molto spesso). Per ogni questionario, per la misura globale dello stress, il punteggio varia da 0 a 120, con assenza di stress (0-30), stress minimo (31-60), stress moderato (61-90), stress elevato (91-120). I dati sono espressi come valori medi \pm DS e percentuali e confrontati con il test di Mann-Whitney e il test Chi quadro (valore di $p < 0.05$).

RISULTATI I questionari completati e restituiti sono 64 (32 medici, 32 infermieri) su 95 distribuiti (tasso di risposta 67,36%). Il 36,6% delle risposte per i medici, il 56,66% per gli infermieri rivela uno score medio > 2 , indice di uno stress moderato. Per i medici e per gli infermieri (score medio > 2 , 87,5% dei quesiti), lo stress è l'espressione di diversi fattori legati all'attività lavorativa in ospedale, descritti nella sottoscala sulle condizioni di lavoro (medici $2,52 \pm 1,24$ vs infermieri $2,20 \pm 1,31$, $p = 0.032$). Per gli infermieri, un fattore specifico di stress (score medio > 2 , 63,3% dei quesiti) deriva dalla mancanza di riconoscimento professionale (medici $1,43 \pm 1,20$ vs infermieri $2,01 \pm 1,34$, $p = 0.014$). Le situazioni maggiormente responsabili di stress, per i medici, sono cercare di soddisfare le attese della società per cure mediche di alta qualità ($2,90 \pm 0,96$), essere interrotto da telefonate o da persone durante il lavoro ($2,87 \pm 1,21$), tenere il passo dei nuovi sviluppi per mantenere la competenza professionale ($2,87 \pm 1,1$). Per gli infermieri, i principali fattori di stress sono provare la sensazione di non essere adeguatamente retribuiti ($2,71 \pm 1,46$), avere tanto lavoro da svolgere da non poter far bene ogni cosa ($2,68 \pm 1,3$), non avere uno staff sufficiente per fornire in modo adeguato i servizi necessari ($2,59 \pm 1,03$). Riguardo al genere, maschile o femminile, sia i medici (83,33% vs 57,14%) sia gli infermieri (53,33% vs 47,06%) mostrano un livello di stress minimo. L'esperienza professionale evidenzia, per i medici, un livello di stress minimo (≤ 10 vs > 10 anni, 70% vs 72,73%), per gli infermieri, un livello di stress minimo (47,06%) e moderato (47,06%) e un livello minimo (53,33%) per l'esperienza professionale ≤ 10 anni e > 10 anni, rispettivamente. Non ci sono differenze statistiche significative, per il genere e l'esperienza professionale dei rispondenti.

LIMITI Lo studio osservazionale coinvolge i medici e gli infermieri di area critica di un ospedale di III livello, includendo un numero limitato di partecipanti.

CONCLUSIONI In questo studio, le categorie più comuni di eventi stressanti sono, per i medici e gli infermieri, le condizioni di lavoro, per gli infermieri la mancanza di riconoscimento professionale. In area critica, numerose situazioni espongono i medici e gli infermieri a un rischio elevato di eventi stressogeni: la peculiarità dei pazienti da trattare, il rapido modificarsi delle loro condizioni cliniche, le situazioni mediche gravi, i traumi, gli eventi che mettono in pericolo vita del malato, l'instabilità dei segni clinici vitali, i rapporti con la famiglia dei pazienti, le relazioni e lo stretto contatto lavorativo con altre categorie professionali. Il riconoscimento dei livelli di stress manifestati dai professionisti sanitari permette di introdurre quelle modifiche che possono garantire la corretta gestione di tutte le situazioni ambientali e lavorative all'origine del problema.

Indirizzo per la corrispondenza

Difonzo Marcello, Medico Chirurgo
Ospedale di Venere - U.O. Rianimazione e Terapia intensiva
Via Ospedale di Venere - 70012 - Bari
Email: mardif@libero.it

63. La formazione dell'infermiere in riabilitazione degenziale: 10 anni di attività dell'Istituto Scientifico di Veruno, Fondazione Salvatore Maugeri I.R.C.C.S.

Donati Simonetta, Zappia Angela, De Lisa Rosanna, Astolfi Sara, Bacchetta Nicoletta, Seemayer Sabine, Alliata Elisabetta, Giannuzzi Pantaleo

Fondazione S. Maugeri - IRCCS - Istituto Scientifico di Veruno

BACKGROUND Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha definito la formazione come: "strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo", considerando la formazione uno strumento per la attuazione della strategia aziendale e un processo attraverso cui si intende favorire nel tempo l'interpretazione e il controllo di fenomeni complessi alla base del cambiamento. Le caratteristiche della formazione aziendale, essendo tipicamente rivolta ad adulti professionisti, dovrà utilizzare metodologie formative che coinvolgano attivamente i partecipanti, valorizzando il ruolo dell'esperienza ed il sapere come bene, non solo individuale, ma anche collettivo.

OBIETTIVI Erogare una formazione aziendale rivolta a figure infermieristiche orientata allo sviluppo/acquisizione di competenze di nursing in ambito riabilitativo, per le quali il percorso formativo accademico non prevede attualmente una formazione specifica.

METODI Nel 2002, per dare sistematicità e continuità al processo formativo, è stato istituito l'Ufficio Formazione di Istituto. I percorsi formativi aziendali sono stati gestiti attraverso un approccio sia di tipo "top-down", che "bottom-up", che si sviluppa in quattro fasi: analisi dei bisogni formativi (personali e aziendali), programmazione delle attività formative, realizzazione degli eventi, e valutazione dei risultati. Sono state utilizzate sia lezioni frontali, che esercitazioni pratiche. Si riportano i risultati dell'esperienza formativa orientata agli infermieri, per i quali il gap formativo nei riguardi della riabilitazione era più evidente.

RISULTATI Nel periodo 2002-2012 sono stati eseguiti 140 eventi formativi unici (16/anno) con una media di 230 ore/anno, dei quali 21 eventi sono stati ripetuti in più edizioni, in particolare quelli riguardanti: il nursing in riabilitazione multispecialistica e di alta specializzazione, procedure e protocolli infermieristici, cartella infermieristica informatizzata in riabilitazione, interpretazione ECG, utilizzo dei ventilatori. Nel corso di dieci anni abbiamo erogato 26 corsi esclusivamente rivolti ad infermieri (14.4% del totale) con 877 presenze, assegnando il 63% dei crediti ECM complessivi (904/1443), e 62 corsi a cui gli infermieri hanno partecipato insieme ad altre figure sanitarie, con 1316 presenze. Contestualmente, sono stati eseguiti corsi orientati al personale OSS, finalizzati a sviluppare e promuovere abilità assistenziali in riabilitazione, nel supporto al personale infermieristico, e competenze comunicative in ambito sanitario, ed al personale amministrativo con particolare riferimento a competenze trasversali come la comunicazione. I questionari di gradimento degli eventi hanno evidenziato prevalenza di alti punteggi 4/5 (in uno score da 1 a 5), per tutti i percorsi formativi fino ad ora erogati. Nel corso del decennio un numero crescente di infermieri si è proposto come docente, consapevoli di essere professionisti parte del team riabilitativo. Inoltre, è stata adottata pienamente in tutti i reparti e per tutti i pazienti la cartella infermieristica informatizzata come strumento operativo di Istituto per la valutazione e l'assistenza in riabilitazione.

LIMITI Non è semplice individuare indicatori di outcome, che permettano in modo assoluto di quantificare l'impatto della formazione sulla pratica assistenziale e sul processo di cura. Sono molteplici i fattori che entrano in gioco e condizionano la trasferibilità dei contenuti e la loro "penetrabilità" in ambito assistenziale, quali: le caratteristiche personali dei singoli operatori, in termini di motivazione, apprendimento, capacità di mettersi in gioco, etc, l'ambiente, come luogo in cui siano presenti le condizioni oggettive affinché si possano mettere in pratica le conoscenze e i comportamenti appresi.

CONCLUSIONI Il piano formativo decennale sviluppato in Istituto ha consentito di definire il ruolo dell'infermiere in riabilitazione, valorizzando competenze specifiche e consapevolezza, attraverso la piena adozione della cartella infermieristica informatizzata e la documentazione puntuale, anch'essa informatizzata, di tutte le attività infermieristiche e dei percorsi assistenziali in riabilitazione. L'esperienza formativa realizzata nei dieci anni è stata, a nostro avviso, determinante nell'elevare gli standard operativi dell'infermiere in riabilitazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Donati Simonetta, Infermiere
Fondazione Salvatore Maugeri - Sede di Veruno - Ufficio Formazione
Via Per Revislate, 13 - 28010 - Veruno
Email: simonetta.donati@fsm.it

64. Valutazione dell'ansia di stato nelle persone in attesa di coronarografia e/o PTCA

Durante Elena¹, Brogiato Giorgio¹, Sartore Giovanni²

¹Azienda ULSS n°8 Asolo, ²Università degli studi di Padova

BACKGROUND Le patologie cardiovascolari rappresentano uno dei maggiori problemi di salute nei paesi sviluppati e in via di sviluppo, in particolare l'infarto miocardico è attualmente la principale causa di morte nel mondo. Un'occlusione alle arterie coronarie può essere diagnosticata con la coronarografia ed in seguito trattata con angioplastica coronarica (PTCA). Molte persone sperimentano ansia pre-operatoria, anche prima di interventi in day-surgery; si è ritenuto quindi opportuno indagare se ciò è valido anche per il contesto specifico e se tale ansia può essere ridotta da un'adeguata informazione infermieristica.

OBIETTIVI Con lo studio oggetto di tesi si intendono verificare le seguenti ipotesi: a) Le persone in attesa di essere sottoposte a coronarografia e/o PTCA sono soggette ad un'importante ansia di stato. b) Tale ansia può essere significativamente ridotta attraverso un'adeguata informazione infermieristica. Ci si pone quindi, i seguenti obiettivi, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e di garantire un maggior stato di benessere all'assistito, in accordo con il ruolo infermieristico: 1) Valutare il livello di ansia nelle persone in attesa di definizione diagnostica (coronarografia) e in possibile previsione di terapia interventistica (PTCA). 2) Valutare da quali fattori, e in che misura, l'ansia è modulata. 3) Valutare se, e in che misura, l'informazione fornita dall'infermiere può influenzare lo stato di ansia espresso dall'assistito.

METODI Si è condotto un'indagine osservazionale descrittiva su un campione di convenienza di 62 soggetti, in attesa di coronarografia e/o PTCA in elezione, nell'U.O. di Cardiologia di Castelfranco Veneto. Il campione è stato poi suddiviso in due gruppi, comparabili per sesso ed età, uno dei quali, composto da 29 soggetti, ha ricevuto informazioni infermieristiche aggiuntive. Per la raccolta dati si è utilizzata la scala di misurazione dell'ansia "STAI" e una griglia formata da una scala VAS per la valutazione del livello d'ansia, oltre che dai comuni dati socio-demografici.

RISULTATI I risultati confermano che l'esser sottoposti a tali procedure provoca ansia, inoltre le femmine sono risultate significativamente più ansiose dei maschi ($p=0,0284$). Il progredire dell'età invece, non è associato all'aumento del punteggio espresso dalla VAS ($p=0,06$) e il titolo di studio non influenza in maniera significativa i valori di ansia ($p=0,8$). Non risulta esserci una differenza significativa tra l'esser accompagnati dai propri cari e non manifestare ansia ($p=0,3188$). Esiste una lieve associazione tra un livello di ansia di stato inferiore a quello di ansia di tratto e l'esser già stato sottoposto a procedura in passato ($p=0,035$); tuttavia non si osservano associazioni significative tra la riduzione del punteggio VAS e l'esser stati in precedenza già sottoposti a PTCA ($p=0,60$). Precedenti ricoveri in cardiologia non si associano né con la presenza di ansia ($p=0,07$), né con la riduzione del livello di quest'ultima ($p=1,0$). La mancanza di informazione infermieristica si associa sia alla presenza di ansia ($p=0,000$), che con livelli di ansia superiori ($p=0,000$). Il livello di ansia espresso su scala VAS è risultato sensibile all'informazione infermieristica ($P=0,000$); l'informazione aggiuntiva è risultata più efficace nel gruppo sperimentale per ridurre lo stato d'ansia rispetto alle precedenti esperienze cliniche ($p=0,0002$).

LIMITI Studio esplorativo monocentrico su un campione di convenienza numericamente limitato. Dati i risultati positivi emersi dalla sperimentazione, ci si propone, per il futuro, di porre in essere ulteriori studi.

CONCLUSIONI L'esser già stati sottoposti ad una procedura si è rilevato, contrariamente a quanto è naturale pensare, ridurre solo lievemente l'ansia. Si presume che se queste persone non hanno precedentemente ricevuto adeguate informazioni, hanno superato l'esperienza senza coglierne le dinamiche. Gli individui hanno però bisogno di comprendere ciò che accade attorno a loro, al fine di capire e prevedere come si svilupperà una data situazione. Tale comprensione è più facile e veloce se mediata da soggetti con cui si può creare un rapporto empatico, in questo caso l'infermiere è naturalmente portato dal suo specifico professionale a considerare la persona oltre gli aspetti tecnici e clinici, ma nella sua globalità di essere umano collocato in un ambiente. Infatti più che l'informazione in sé, che potrebbe esser fornita anche mediante opuscoli informativi o da altre figure sanitarie quali il medico (attraverso il consenso informato, che dai dati non è sufficiente), ad avere un ruolo fondamentale nella riduzione dell'ansia è la presenza dell'infermiere e il rapporto dialogico che crea con l'assistito. Attraverso quest'ultimo, egli riduce il senso di abbandono sperimentato dalle persone in attesa di intervento, le quali spesso diventano "invisibili" a favore di aspetti più tecnici e clinici e si crea il bisogno di una maggior umanizzazione della sanità.

Indirizzo per la corrispondenza

Durante Elena, Infermiere
Azienda ULSS 8 Asolo
Via Forestuzzo, 41 - 31011 - Asolo
Email: durante.elena@libero.it

65. Con la coccarda gialla e rossa aumentiamo la sicurezza! Esperienza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia

Duranti Lorenzo, Caniglia Maurizio, Bernardini Ilaria, Morcellini Rosita, Pioppo Manuela, Bogni Donatella
Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia

BACKGROUND Gli errori che avvengono nel processo di terapia farmacologica sono la maggiore causa degli errori medici in ospedale, come riportato dal Ministero della Salute. Le strategie messe in atto presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia per la riduzione degli errori di terapia sono di due tipi: -La prima serie di strategie è costituita da misure di tipo soft (procedure, check list, doppi controlli, consulenza del farmacista, del medico trasfusione, ecc.) focalizzate su modifiche organizzative che sono state applicate immediatamente e senza eccessivi sforzi economici; -La seconda serie riguarda cambiamenti basati su tecnologie hard (informatizzazione in toto o in parte del processo di gestione del farmaco, degli emocomponenti, ecc) che ha comportato importanti interventi strutturali. -La struttura complessa di Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, in attesa della piena applicazione dell'informatizzazione del processo di gestione del farmaco, ha implementato una modalità innovativa nella fase di somministrazione nella quale influiscono componenti organizzative, umane e materiali.

OBIETTIVI Ridurre il rischio di errore farmacologico durante la fase di preparazione e somministrazione; coinvolgere i piccoli pazienti e dei loro familiari nel processo di gestione del farmaco.

METODI La nuova modalità è stata perfezionata presso l'Oncoematologia Pediatrica durante il processo di accreditamento istituzionale a seguito di un evento relativo alla somministrazione di un farmaco per via intramuscolare e a due quasi eventi (near miss event) registrati anche come incident reporting durante la somministrazione della terapia trasfusionale. E' stato individuato mediante l'utilizzo di una coccarda di colore giallo l'infermiere che somministra la terapia e con una coccarda rossa l'infermiere e il medico che somministrano emoderivati. I familiari e i piccoli pazienti sono stati informati di questa nuova modalità organizzativa grazie a cartelli affissi all'ingresso del reparto dove è indicato: l'infermiere coccardato non deve essere disturbato. Le coccarde utilizzate sono state prodotte durante le attività ludiche organizzate dagli animatori, familiari e maestre nella Struttura.

RISULTATI I dati del primo anno di sperimentazione dell'utilizzo delle coccarde verranno presentati ai prossimi appuntamenti relativi al rischio clinico. Potremo presentare in occasione della conferenza il film realizzato dagli stessi operatori che mettono in evidenza i comportamenti corretti da adottare, durante la somministrazione dei farmaci e degli emoderivati e quelli assolutamente da evitare. L'esperienza nasce da due incident reporting verificatesi all'interno della S.C. : uno legato alla terapia trasfusionale e l'altro alla terapia farmacologica. L'azione correttiva che ne è conseguita è stata proprio la stesura della Istruzione Operativa contenente il regolamento dell'uso delle coccarde degli infermieri e medici che eseguono terapia e trasfusione. Il regolamento all'utilizzo è affisso nel reparto e nelle singole camere. E' in atto il monitoraggio e fin'ora non si è verificato nessun evento avverso relativo alla terapia o alla trasfusione.

LIMITI Mentre è semplice trasmettere in una realtà piccola come il reparto di Oncoematologia pediatrica un concetto così pregnante risulta più complesso coinvolgere tutte le altre strutture nell'uso di questo strumento di sicurezza.

CONCLUSIONI La sensibilità nei confronti della gestione del rischio terapeutico, sta aumentando considerevolmente anche in relazione dell'enorme importanza conferita all'argomento da parte dell'Istituto Superiore di Sanità e de Ministero della Salute. La nostra Azienda ha deciso di attuare misure idonee alla corretta gestione del processo terapeutico. Tra le misure adottate in Oncoematologia Pediatrica c'è l'utilizzo di un software gestionale (Log80) che dialoga con la camera bianca per la corretta prescrizione e preparazione delle terapie antitumorali. In tempi brevi tale software sarà sostituito da Log80 pediatrico che aumenta la sicurezza del dosaggio nei piccoli pazienti. Auspichiamo che il progetto delle coccarde colorate per individuare le figure impegnate nella somministrazione della terapia e degli emoderivati, implementato nel mese di ottobre, porti a migliorare la consapevolezza del personale nei confronti del rischio e il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nel migliorare la sicurezza delle cure.

Indirizzo per la corrispondenza

Duranti Lorenzo, Infermiere
Ospedale Santa Maria della Misericordia - U.O. Oncoematologia Pediatrica
Piazzale Giorgio Menghini - 06156 - Perugia
Email: lorenzo.duranti@libero.it

66. Indagine sull'impatto delle infezioni nosocomiali da *Stafilococcus Aureus* nel contesto Italiano: il caso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Epifani Francesco, Loiacono Idalba, Rossolini Gian Maria, Dinelli Giovanna, Pitrelli Andrea, Gensini Franco

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

BACKGROUND Lo *Staphylococcus Aureus* (MSSA meticillino sensibile e MRSA meticillino resistente) rappresenta per importanza la seconda causa più comune di infezioni nosocomiali. I portatori di MRSA hanno una probabilità 10 volte maggiore di incorrere in un'infezione rispetto alla colonizzazione presente nei portatori con MSSA. Il naso rappresenta il sito di colonizzazione più comune per SA MSSA e MRSA. Rispetto ai non colonizzati, i pazienti con colonizzazione nasale da SA (per la maggior parte dei casi asintomatici) sono più soggetti allo sviluppo di infezioni che possono essere associate a una significativa morbilità e mortalità. L'ospedalizzazione ha dimostrato essere un importante fattore di rischio.

OBIETTIVI Verificare l'impatto delle infezioni nosocomiali da *Stafilococcus Aureus* nel contesto Italiano e con specifica attenzione nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, valutando il dato in rapporto ad un dimensionamento quali/quantitativo della produzione annuale della struttura e alla sua dimensione logistica e strutturale. Valutare, infine, tratti dell'impatto economico delle infezioni nosocomiali da *Stafilococcus Aureus*.

METODI Analisi della Letteratura (Tipologia delle fonti: Banche dati di settore; Riviste scientifiche valutate in merito alla provenienza geografica, storia della testata (anno, citazione), qualifiche dell'autore; Struttura e bibliografia della pubblicazione. Periodo di riferimento: Range temporale pari a 10 anni. Keywords: "Nosocomial infections", "Nosocomial *Staphylococcus aureus* infections", "Guide Lines preventing nosocomial transmission", "Guide Lines preventing nosocomial transmission SA", "Disease Prevention and Control", "Antimicrobial resistance surveillance"). Al fine di potenziare il livello di consultabilità e utilizzo dell'Analisi della Letteratura, il risultato generato è stato successivamente articolato con dimensione geografica e dettagliato per autore e tipologia di studio, materiale e metodi utilizzati, principali risultati e conclusioni. Descrizione del contesto di riferimento, Profondità del dato con Analisi Macro/Micro (Analisi differenziale per Struttura, Epidemiologia del paziente e Tipologia degli spazi).

RISULTATI La ricerca ha indagato il peso della patologia presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi in rapporto alla letteratura nazionale/internazionale esistente e ha posto in evidenza concause ed effetti della diffusione della patologia in relazione alle dimensioni logistico-strutturali, economiche e organizzative.

LIMITI Appare difficoltoso completare la valutazione economica del processo di indagine capillare della patologia in riferimento a tutte le strutture dell'Azienda. Inoltre, dai dati desumibili dalle SDO, non è riscontrabile con esattezza il momento (dopo quanti giorni?) in cui viene diagnosticata l'infezione a seguito dell'accettazione del paziente (Trial).

CONCLUSIONI Il risultato testimonia una significativa omogeneità dei dati raccolti con quanto evidenziato dalla letteratura di riferimento e definisce le basi per un percorso sperimentale di prevenzione e monitoraggio del fenomeno. Prospettive di lavoro: Costruzione di uno specifico Progetto di intervento per il controllo delle infezioni da SA correlate alle pratiche assistenziali presso AOUC.

Indirizzo per la corrispondenza

Epifani Francesco, Personale amministrativo
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi - Direzione Generale
Largo Brambilla, 3 - 50134 - Firenze
Email: fraepi@gmail.com

67. PNEMoRc. Un camper per "incontrare" la salute

Fallace Pasquale, Granata Maria Rosaria, Ferone Rosaria, Cristiano Davide, Russo Verrone Palma, Parlato Antonino
ASL Napoli 2 Nord

BACKGROUND L'azione rappresenta una delle iniziative di un più ampio filone di attività di Educazione alla Salute volto al recupero dei "cortili" e alla creazione di una rete stabile di partner locali (Comuni, Distretti sanitari, imprenditori, scuole, associazioni di volontariato, parrocchie, testate locali). Una rete che consenta un contatto costante con i cittadini di ogni target del territorio per coinvolgerli nella elaborazione delle iniziative di promozione della salute, sollecitando una partecipazione attiva degli stessi e la co-costruzione degli intenti. Nelle precedenti iniziative di promozione della salute della struttura semplice di Educazione alla Salute, l'esigenza di raggiungere questo target di popolazione aveva indirizzato a recuperare i "cortili", luoghi tradizionali di aggregazione, affiancando all'attività già in essere sul territorio, un'azione nuova, ovvero portare le iniziative di promozione della salute nei contesti quotidiani di vita.

OBIETTIVI Con questo intervento, promosso nell'ambito delle attività della struttura semplice di Educazione alla Salute, ci proponiamo di raggiungere le fasce femminili costituenti il target nella profilassi della Rosolia congenita, con particolare riferimento alle donne appartenenti a ceti economicamente e culturalmente svantaggiati o emarginati risultati finora più refrattari, per preconcetti o disinformazione, a praticare la vaccinazione. L'intervento si rivolge prevalentemente alle donne in età fertile, intercettate in tutti i loro possibili ambiti di aggregazione dalla popolazione. In particolare l'iniziativa mira a mettere in atto iniziative vaccinali "supplementari" rivolte alle popolazioni suscettibili ma difficilmente raggiungibili, come ad esempio, i campi Rom o le fabbriche con prevalenza di maestranze femminili. A tale scopo, per questo ultimo gruppo, sono stati programmati incontri con gli imprenditori locali per chiedere loro di "aprire" anche i "cortili" delle fabbriche.

METODI La metodica e quella del progetto "La finestra sul cortile" messa a punto qualche anno fa a supporto dello screening del carcinoma cervico-uterino: un camper, acquisito dall'Azienda nell'ambito delle attività da strada per la prevenzione delle tossicodipendenze, allestito per raggiungere i cortili, dove svolgere un'azione di sensibilizzazione delle utenti alle tematiche della prevenzione e per effettuare sul posto visita ginecologica e prelievo Pap test. Gli incontri nei cortili erano stati preceduti da un'opera di sensibilizzazione e reclutamento effettuata insieme ad associazioni di volontariato e gruppi del territorio preliminarmente contattati e coinvolti nel progetto. Le visite del camper nei cortili furono preliminarmente preparate in collaborazione con associazioni di volontariato e del privato sociale presenti sul territorio. Con gli operatori dei gruppi contattati si svolsero degli incontri durante i quali condividere gli aspetti metodologici, definire le modalità e le funzioni di ciascuno durante l'intervento, concordare gli aspetti logistici.

RISULTATI Grazie a questa metodica del Progetto "La finestra sul cortile", riscontrammo un incremento significativo delle prenotazioni per lo screening nei Distretti di riferimento dei Comuni raggiunti dal camper, mediamente nell'ordine del 25%, dovuto presumibilmente anche all'azione educativa svolta. E' significativo notare che in questi contesti, tra le donne contattate solo il 7% aveva effettuato almeno una volta il pap test, il 25% di esse accettarono di sottoporsi al pap test sul camper, dichiarando di non aver mai effettuato nessun tipo di esame preventivo. Cinque esami furono refertati come HSIL di grado medio grave, con indicazioni di approfondimento diagnostico urgente; in particolare 3 di questi referti sono stati confermati istologicamente come "lesione cancerosa conclamata".

LIMITI Fulcro della metodologia è il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di terzo settore del territorio che aggregano gruppi di utenza con cui preparare le "uscite" del camper. La disomogenea presenza di queste associazioni ed il differente livello di radicamento delle stesse nel tessuto sociale del territorio di riferimento, determinano la possibilità di incidere efficacemente con la metodica.

CONCLUSIONI Questi dati assumono particolare rilievo se si considera che le donne "raggiunte dall'iniziativa" difficilmente avrebbero praticato l'esame presso l'ambulatorio distrettuale e quindi avrebbero rilevato la problematica solo a sintomatologia conclamata. Da qui nasce l'idea di ricorrere riproporre la metodica a supporto del Piano di azione dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 NORD per la prevenzione della rosolia in attuazione del Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc 2010-2015) per ottemperare agli obiettivi previsti dallo stesso attraverso interventi per il mantenimento ed il consolidamento delle coperture vaccinali contro Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR).

Indirizzo per la corrispondenza

Fallace Pasquale, Psicologo
ASL Napoli 2 Nord - Educazione alla Salute
Via Corrado Alvaro, 8 Loc. Monteruscello - Pozzuoli - 80072 - Pozzuoli
Email: pasqualefallace@inwind.it

68. Valutazione del rischio ostetrico e percorsi assistenziali

Fantoni Giulia, Martini Paola, Bianchi Beatrice, Filippeschi Marco

AUSL11 Empoli

BACKGROUND La definizione delle caratteristiche della gravidanza a basso rischio colloca la tipologia dell'assistenza all'interno dei servizi appropriati ma la gravidanza ed il parto possono talvolta complicarsi con conseguenze gravi per la donna, il feto ed il neonato. Per identificare il profilo di rischio delle gravidanze l'U.O. di Ostetricia si è dotata a partire dal 1 giugno 2013 di uno strumento che prevede la ricerca di fattori e indici di rischio in più momenti del percorso nascita. La scheda è stata elaborata per attivazione del percorso "parto naturale" ma il suo utilizzo è stato esteso a tutte le gestanti. Deriva da quanto proposto dall'OMS e prevede più momenti di rivalutazione del rischio ostetrico con fattori di rischio specifici per ciascun momento per garantire una rivalutazione continua e dinamica. L'accertamento del rischio consente all'ostetrica di inquadrare il suo livello di responsabilità e autonomia professionale in un contesto complesso e multidisciplinare come quello ospedaliero. Consente di impostare un piano assistenziale adeguato rispetto al livello di rischio ostetrico ed evitare un'eccessiva medicalizzazione o una carente sorveglianza. La scheda rileva fattori di rischio relativi a anamnesi generale, anamnesi ostetrica pregressa e gravidanza attuale in 3 momenti distinti: ambulatorio della gravidanza a termine, ricovero e accesso in area travaglio-parto. La gravidanza viene definita a basso rischio in assenza di fattori di rischio altrimenti "a rischio".

OBIETTIVI Verificare la capacità della scheda di individuare correttamente le gravidanze per livello di rischio di complicanze materne e/o neonatali per uniformare la modalità di valutazione del rischio ostetrico, stabilire il livello di autonomia/responsabilità professionale di ciascun operatore del team, pianificare l'assistenza in contesti appropriati, consentire alle gravide a basso di rischio di accedere al percorso parto naturale.

METODI La raccolta dei dati anagrafici, clinici e sanitari è avvenuta con la consultazione della cartella clinica. La scheda è stata valutata con la modalità del "test diagnostico": si è confrontato l'esito della gravidanza (modalità del parto e complicanze) con l'esito atteso per gravidanza a basso rischio. Lo strumento introdotto è stato valutato monitorando l'esito della gravidanza e del parto in relazione ad assistenza erogata in base al profilo di rischio identificato dalla scheda. L'affidabilità e la validità dello strumento sono state stimate calcolando sensibilità, specificità, intervallo di confidenza. Sono state analizzate le 395 cartelle cliniche delle gestanti ricoverate per espletamento del parto in giugno-agosto 2013. Sono state escluse le cartelle in cui la scheda era assente, compilata in modo incompleto, o con taglio cesareo elettivo. Le schede analizzate sono state 316 (età 16-49, media 32; epoca gestazionale media a termine 39 sett. e 3 g.; nazionalità 61% italiana, 10% cinese, 8% albanese, 21% altre nazionalità). Gli esiti di salute materna sono stati valutati in base a: a) modalità di parto e secondamento, b) esiti perineali, c) perdite ematiche durante parto, secondamento e post partum e livelli di emoglobina rilevati il giorno successivo in caso di parto spontaneo e due giorni dopo in caso taglio cesareo. Per valutare gli outcomes fetali sono stati valutati peso alla nascita, Apgar score al I e V minuto di vita, Ph arterioso del cordone ombelicale e basi consumate dal feto durante il passaggio nel canale del parto.

RISULTATI Con la scheda le gravidanze erano classificate per 1/3 a basso rischio e per 2/3 a rischio. Le complicanze si sono verificate nel 20% delle gravidanze a basso rischio e nel 27% di quelle a rischio. Tra le gravidanze a basso rischio la complicanza più frequente (65%) era l'emorragia post-partum. Nel gruppo a rischio le complicanze più frequenti erano l'emorragia post-partum (40%), il taglio cesareo (45%), il parto vaginale operativo (4%). Nessuna complicanza si è verificata a carico dei neonati.

LIMITI Mancanza di un gruppo di controllo.

CONCLUSIONI Uno strumento che identifichi correttamente le gravidanze a basso rischio può guidare i professionisti a pianificare un'assistenza personalizzata. Dall'analisi si è osservato che le gravidanze complicate dal diabete gestazionale non hanno presentato complicanze materne e neonatali, mentre la maggior parte delle gravide che affronta un travaglio indotto non partorisce spontaneamente e quindi se in precedenza erano considerate a basso rischio, il loro profilo di rischio cambierà. Di conseguenza cambia il tipo di assistenza alla donna e il tipo di monitoraggio del bambino. Personalizzare l'assistenza significa dare un trattamento adeguato alle esigenze presenti in quel momento e ai bisogni di quella gravidanza. In base ai dati analizzati si conclude che la scheda consente di inquadrare il profilo di rischio di ogni gestante con criteri univoci e condivisi dall'equipe assistenziale.

Indirizzo per la corrispondenza

Bianchi Beatrice, Medico Chirurgo
Ospedale di Empoli - San Giuseppe - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Viale Boccaccio - 50053 - Empoli
Email: beatrice.bianchi@usl11.tos.it

69. Interazioni tra farmaci nel paziente anziano: esperienza dell'AUSL di Reggio Emilia

Signoretta Vincenzo¹, Ferretti Alessandra¹, Miselli Mauro², Ferretti Tiziano³, Bianconi Lina³, Gandolfi Alberto³, Viaroli Mario³, Chiari Corrado³, Pellati Morena⁴, Busani Corrado¹, Riccò Daniela¹

¹Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, ²Azienda Specialistica Farmacie Comunali Riunite di Reggio Emilia, ³Medico Medicina Generale di Reggio Emilia, ⁴Distretto di Montecchio di Reggio Emilia

BACKGROUND Le interazioni tra farmaci (Drug-Drug Interactions DDIs) sono tra le principali cause di Adverse Drug Reaction (ADR) nell'anziano. Gli anziani sono la popolazione maggiormente a rischio di rilevanti conseguenze cliniche connesse alle DDIs a causa della loro "fragilità".

OBIETTIVI L'AUSL di Reggio Emilia ha da tempo intrapreso, a livello locale, azioni di miglioramento sull'argomento e nel biennio 2012-2013 ha dato continuità alla propria attività partecipando al progetto Regionale di Farmacovigilanza Attiva approvato da AIFA dal titolo "Interazioni clinicamente rilevanti nel paziente anziano pluritrattato, a livello territoriale". Il nostro studio si pone l'obiettivo di sensibilizzare i medici di medicina generale sull'argomento fornendogli gli strumenti adeguati al fine di ridurre e riconoscere il numero di DDIs sfavorevoli e/o pericolose, razionalizzare le politerapie e ridurle ove possibile.

METODI Sono state raccolte tutte le prescrizioni a carico del SSN croniche ed acute tramite record- linkage di banche date di prescrizioni locali per i pazienti con età >65 anni ed in trattamento cronico con 5 o più farmaci per il primo semestre 2011 ed analogo periodo per l'anno 2012 e 2013. Nella nostra AUSL ci si è avvalsi della collaborazione di un preesistente gruppo multidisciplinare composto da Medici di Medicina Generale (MMG) e Farmacisti denominato Gruppo Appropriata Prescrittiva che, sulla base dell'Elenco Regionale di 53 DDIs, ha ritenuto opportuno in virtù di considerazioni di carattere clinico e dopo attenta analisi della letteratura scientifica focalizzare l'attenzione su di un numero limitato d'interazioni (es. induttori-inibitori enzimatici) e raggrupparle per possibile evento clinico: Insufficienza renale e/o ridotto effetto antipertensivo, prolungamento del Q-T, sanguinamento gastrointestinale, sindrome serotoninergica. Questa lista è stata incrociata con i database delle prescrizioni farmaceutiche al fine di stimare la prevalenza delle interazioni occorse. Si sono organizzati eventi formativi, nel periodo II semestre 2012, ad ogni MMG è stata consegnata reportistica individuale riportante l'elenco dei pazienti con DDIs per i periodi in esame. Durante gli incontri il farmacista dedicato al progetto, affiancato da un clinico, ha illustrato lo studio e approfondito le conoscenze teorico/pratiche per rivalutare le politerapie nei pazienti a rischio attraverso l'analisi dei dati, costante aggiornamento della letteratura e presentazione di casi clinici esemplificativi.

RISULTATI La coorte analizzata è stata per i primi tre semestri 2011-2012-2013 rispettivamente: 111961, 114131, 116250 pazienti. I politrattati per i primi semestri 2011-2012-2013 sono stati rispettivamente: 16563, 17809, 18288, cioè il 14,8%, 15,6%, 15,73% della popolazione con età >65 anni per i periodi considerati. Relativamente alle DDIs considerate si sono riscontrati 6388 pazienti con DDIs per il I semestre 2011 (casi DDIs totali 12377), 6529 pazienti con DDIs per il I semestre 2012 (casi DDIs totali 12348), 6148 pazienti con DDIs per il I semestre 2013 (casi DDIs totali 11265). La percentuale di pazienti con interazione sul totale dei politrattati è stata: 38,57% per il I sem. 2011, 36,70% per il I sem. 2012, 33,61% per il I sem. 2013. Le interazioni maggiormente riscontrate nei I semestri 2011-2012-2013 sono state: ACE-inibitori o sartani FANS (3606, 3571, 3211 casi), diuretici FANS (2092, 2110, 1786), ACE-inibitori o sartani diuretici FANS (1729, 1708,1444), SSRI FANS o ASA (3457, 3517, 3419).

LIMITI Lo studio non ha preso in considerazione farmaci di fascia C, SOP e OTC, inoltre non è stata analizzata la reale coprescrizione delle coppie di farmaci potenzialmente interagenti. Il progetto, a ora, ha analizzato solo le potenziali DDIs senza focalizzarsi sul verificarsi nella realtà di eventi clinici, ciò fornisce la base per ulteriori futuri sviluppi.

CONCLUSIONI Dal confronto dei periodi in esame si evince che il numero dei politrattati è in costante aumento coerentemente con l'aumento della popolazione ultrasessantacinquenne mentre la percentuale di pazienti politrattati con interazioni sul totale dei politrattati è diminuita durante tutto l'arco temporale dello studio; il numero di casi di DDIs totale è rimasto pressoché costante per i periodi pre-intervento, I sem. 2011 e I sem. 2012, ed ha avuto un consistente calo nel periodo post-intervento, I sem. 2013 (variazione% I sem. 2013 vs I sem. 2012 -9%, cioè 1083 casi di DDIs in meno). Il progetto ha permesso di focalizzare l'attenzione dei clinici su di un tema di grande impatto in termini di appropriata e sicura prescrizione dei farmaci in pazienti ad alto rischio, che si traduce non solo in un miglioramento della quotidiana pratica prescrittiva ma potenzialmente anche in una riduzione per il SSN dei costi legati alle ospedalizzazioni dovute a DDIs prevedibili/evitabili. Dal progetto sono nate iniziative di ulteriore approfondimento (Audit).

Indirizzo per la corrispondenza

Signoretta Vincenzo, Farmacista
Azienda USL di Reggio Emilia - Dipartimento Farmaceutico
Via Amendola, 2 - 42122 - Reggio nell'Emilia
Email: vincenzo.signoretta@ausl.re.it

70. Relazione tra utilizzo della preospedalizzazione , percorso diagnostico preoperatorio e complicanze postchirurgiche. l' esperienza della u.o. di chirurgia generale e mininvasiva dell' A.O.U. Federico II° di Napoli

Ferulano Giuseppe P., D'Ambra Michele, Mazzitelli Annunziata

AOU Federico II di Napoli

BACKGROUND La preospedalizzazione ha reso nel tempo più snello e breve il ricovero ordinario per procedure chirurgiche programmate in la unità operativa di chirurgia generale e mininvasiva dell'A.O.U. federico II di Napoli ha implementato una attività di monitoraggio sulla relazione tra percorso diagnostico preoperatorio , utilizzo della preospedalizzazione e le complicanze post chirurgiche. Il case mix della U.O. ha consentito di programmare una valutazione su diverse complessità di procedure chirurgiche. Nell'ottica della massima attenzione all'efficacia ed ai costi aziendali, il gruppo di lavoro ha progettato questo studio ad oggi in itinere, allo scopo di valutare i percorsi diagnostici di cui ha usufruito, in relazione alla sicurezza del paziente nel postchirurgico e all'utilizzo di un processo di preospedalizzazione organizzato a livello aziendale. IL case mix della U.O. ha consentito di programmare una valutazione su diverse complessità di procedure chirurgiche .

OBIETTIVI Evidenziare la Correlazione umericamente tra percorso diagnostico preoperatorio, utilizzo della preospedalizzazione e le complicanze post chirurgiche e migliorare la sicurezza del paziente attraverso una preospedalizzazione più appropriata e la riduzione delle complicanze postchirurgiche.

METODI Studio di incidenza retrospettivo che analizza flussi di dati del Quani SDO provenienti dalla Direzione Sanitaria e dati interni della U.O.

RISULTATI Saranno presentati i dati a consuntivo del 2011 2012 2013. I risultati evidenziano criticità inerenti la appropriatezza degli esami diagnostici e le risorse utilizzate. Le conclusioni consistono nelle proposte correttive che saranno formulate quando saranno analizzati anche i dati dell'intero 2013 e comunque entro la data di espletamento della presente relazione. Interessanti sono anche gli "effetti indesiderati" di questo studio che valuta l'andamento del fenomeno negli anni 2011 e 2012 2013 e che propone alle commissioni competenti risultati attesi e non attesi e che la direzione sanitaria potrà valorizzare con eventuali riprogettazioni dei percorsi.

LIMITI I limiti principali sono costituiti dalla bontà e veridicità delle informazioni contenute nella sdo.

CONCLUSIONI Le conclusioni consistono nelle proposte correttive che saranno formulate quando saranno analizzati anche i dati dell'intero 2013 e comunque entro la data di presentazione della presente relazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Mazzitelli Annunziata, Infermiere
Casa di Cura Privata - Villa dei Fiori s.r.l.
Corso Italia, 1 - 80011 - Acerra
Email: tmazzitelli@libero.it

71. Valutazione dell'impatto della formazione e del supporto alla ricerca infermieristica sulla produttività scientifica in un ospedale dell'Emilia Romagna

Forni Cristiana¹, Chiari Paolo², Tremosini Morena¹, Guarino Lorenza¹, Trofa Carmela¹, Dalessandro Fabio¹, Sabattini Tania¹, Mini Sandra¹, Zanotti Enrichetta¹

¹Istituto Ortopedico Rizzoli, ²Università di Bologna

BACKGROUND Il valore della ricerca infermieristica è ben riconosciuto nel mondo scientifico e vi è un interesse sempre più marcato a promuovere attività di ricerca fra gli infermieri. Da una revisione della letteratura scientifica, si nota che molti studi hanno indagato principalmente le barriere per l'utilizzo della ricerca. Pochi invece sono gli studi che hanno indagato quali siano le strategie innovative per far fronte a tali ostacoli. L'importanza di incorporare momenti formativi per lo sviluppo di conoscenze sulla ricerca è stato citato in diversi lavori. In altri si valuta anche l'utilità di fornire un esperto/leader che lavori con lo staff per aiutare la produzione di ricerche assistenziali. I risultati relativi all'utilità di tali interventi sono controversi, ma gli studi sono fatti o su piccoli campioni o con un follow up molto breve e disegni di studio molto deboli. Non si sono trovati studi che valutassero, oltre ad autovalutazioni circa la propria attitudine/conoscenza della ricerca, anche la produttività scientifica quale indicatore di esito oggettivo.

OBIETTIVI Valutare l'impatto dell'implementazione di progetti di supporto alla ricerca infermieristica all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, in termini di produzione scientifica.

METODI Disegno dello studio. Interrupted time series **OUTCOME PRIMARIO:** -Numero di protocolli di ricerca approvati dal comitato etico locale con un infermiere come principal investigator negli anni 2001- 2012 rapportato al numero di infermieri presente nell'ospedale alla data di avvio dello studio con almeno 2 anni di anzianità moltiplicato per 1000. **OUTCOME SECONDARI:** -Numero di articoli scientifici con primo autore un infermiere pubblicati su PubMed o Cinahl (impattati) negli anni 2001-2012 rapportato al numero di infermieri presente nell'ospedale alla data di avvio dello studio con almeno 2 anni di anzianità moltiplicato per 1000. -Numero di autori infermieri di articoli scientifici pubblicati su PubMed o Cinahl (impattati) negli anni 2001-2012 rapportato al numero di infermieri presente nell'ospedale alla data di avvio dello studio con almeno 2 anni di anzianità moltiplicato per 1000. **INTERVENTO** L'intervento è consistito nella costituzione nel 2006 di un "Centro/Unità di Ricerca delle Professioni Sanitarie" coordinato da un infermiere esperto in ricerca infermieristica dedicato allo sviluppo di progetti di ricerca rispetto a quesiti assistenziali nati nella pratica clinica. Il centro/unità svolge anche funzioni formative sulla metodologia della ricerca clinico-assistenziale e sanitaria. Vengono svolti corsi di metodologia della ricerca di base di almeno 20 ore effettive e corsi di metodologia della ricerca avanzata che consistono nella predisposizione di protocolli di ricerca attraverso anche la formazione sul campo. Il Centro/Unità fornisce anche supporto ai singoli e gruppi che intraprendo percorsi di ricerca.

RISULTATI Tutte le serie prese in esame presentano un cambio di tendenza a partire dal 2006, ma tale mutamento risulta statisticamente significativo a partire dal 2008 (breakpoint). Per la serie dei numeri di protocolli di ricerca presentati viene individuato un cambiamento statisticamente significativo nell'anno 2008 ($p=0.037$). Sempre nell'anno 2008, anche per la seconda serie storica relativa agli autori di articoli, avviene un cambiamento significativo ($p=0.027$). Per la serie delle pubblicazioni impattate appare evidente un incremento nel loro numero a partire dal 2006, non risulta invece statisticamente significativo il cambiamento nel 2008. Il p-value risulta comunque relativamente basso ($p=0.098$).

LIMITI Il principale riguarda l'aver ristretto la valutazione della produzione scientifica esclusivamente alla professione infermieristica escludendo così la valutazione delle collaborazioni del personale assistenziale alle ricerche mediche fenomeno anch'esso promosso e supportato dall'unità di ricerca. Le modalità però di presentazione dei protocolli al Comitato Etico aziendale (outcome primario) non prevedono l'elenco di eventuali collaboratori alla ricerca ma solo il principal investigator. Altro importante limite è che non si possono escludere eventuali fattori confondenti legati a mutamenti culturali, contemporanei ma indipendenti dall'istituzione del centro di ricerca, che possono aver portato ad un incremento delle attività di ricerca indipendentemente dal Centro stesso. Per controllare anche questo possibile confondente, è stato disegnato un "Multiple Interrupted Time Series" coinvolgendo altri 7 ospedali della stessa regione, alcuni con unità di ricerca analoghe al nostro centro ma nate in anni successivi e altri senza unità di supporto. I comitati etici hanno già approvato lo studio e si stanno raccogliendo i dati.

CONCLUSIONI Questo lavoro sembra dimostrare come la costituzione di una unità di supporto alla ricerca delle professioni assistenziali all'interno dell'ospedale faciliti la produzione di ricerche assistenziale e la loro divulgazione alla comunità scientifica.

Indirizzo per la corrispondenza

Forni Cristiana, Infermiere
Istituto Ortopedico Rizzoli - Centro Ricerca delle Professioni Sanitarie
Via di Barbiano, 1/10 - 40136 - Bologna
Email: cristiana.forni@ior.it

72. Invecchiamento della popolazione infermieristica: ricadute gestionali e futuri scenari organizzativi

Fratti Valeria

Azienda USL Modena

BACKGROUND L'inevitabile trend dell'invecchiamento della stessa popolazione infermieristica, aggravato anche dalle recenti normative previdenziali, porta a ipotizzare, realisticamente, il progressivo aumento del numero di lavoratori con riduzione delle capacità lavorative (riduzione del ventaglio di performances psico-fisiche). Il fenomeno potrà interessare maggiormente il genere femminile (su cui grava tradizionalmente anche il lavoro di cura familiare). Spesso le ridotte performances interessano personale con crescente esperienza e competenza maturata negli anni (skills) in ambiti assistenziali che diventano sempre più complessi e con sempre maggiori responsabilità.

OBIETTIVI Lo scopo di questo elaborato è quello di analizzare nel tempo l'andamento del fenomeno dell'invecchiamento del personale infermieristico nell'Azienda Sanitaria Locale di Modena, definire la relazione invecchiamento - collocazione lavorativa e tentarne un'analisi prospettica che aiuti a delineare possibili scenari organizzativi, compatibili con la popolazione di riferimento e inseriti nell'attuale quadro normativo; in particolare il Decreto Legislativo n. 81 del 2008 e quello previdenziale, recentemente novellato dal Decreto Legge n. 201 del 6/12/2011.

METODI L'elaborato si propone l'obiettivo primario di quantificare la composizione della popolazione infermieristica per classi di età dell'Azienda USL di Modena al 2032, attraverso un modello matematico di tipo deterministico. obiettivi secondari: -analizzare e confrontare le variabili anagrafiche e di anzianità lavorativa della popolazione infermieristica al 31 dicembre 1995 e al 31 dicembre 2012; -analizzare le medesime variabili sempre per classi di età e anzianità lavorativa in una coorte infermieristica in servizio al 1995 e ancora presente al 31/12/ 2012 (infermieri "stanziali"); -quantificare il fenomeno delle limitazioni, ricollocazioni e delle non idoneità alla mansione specifica; - valutare la compatibilità della popolazione senior con alcuni modelli organizzativi.

RISULTATI Drammatico, sul piano anagrafico, appare il dato proiettivo di tutto il corpo infermieristico; nell'ipotesi di indici di mobilità irrilevanti dal punto di vista statistico, e di un indice di sostituzione pari ad almeno il 75% del personale che maturerà i requisiti di vecchiaia, al 2032 saranno in servizio 2120 unità. Nelle classi di età tra i 45 e i 65 anni il numero stimato è di 1500 unità che percentualmente rappresenta il 70,8% dei presenti, e nel solo intervallo 60-65 ci saranno 699 unità corrispondenti al 33%. Rivolgendo l'attenzione agli aspetti più spiccatamente idoneativi alla mansione, il quadro presenta, già ad oggi, elementi di criticità dovuti alla significativa presenza di personale infermieristico con capacità lavorative ridotte, la cui collocazione in ambiti assistenziali appare sempre più problematica. E' interessante sottolineare che l'analisi dello stato sanitario degli operatori della coorte, può servire da modello proiettivo attendibile per la relazione età-performances lavorativa, in quanto la fascia di età, ad oggi, collocata fra i 45 e i 65 anni è fortemente rappresentata, attestandosi al 68,5%.

LIMITI Lo studio ha insito il limite nella determinazione del trend dell'abbandono del lavoro per pensionamento nell'arco di tempo esaminato; infatti l'uscita del personale è stata calcolata esclusivamente sulla base dei requisiti richiesti dalla riforma Fornero per la pensione di vecchiaia, operante dal 1 gennaio 2012, e non tiene conto di eventuali uscite anticipate di lavoratori che hanno maturato il requisito dell'anzianità di servizio.

CONCLUSIONI I nuovi modelli delineati nel Piano Attuativo Locale della Provincia di Modena, e di cui vi sono esperienze concrete in ambito nazionale, potrebbero rappresentare piattaforme assistenziali dove la competenza e l'esperienza clinica, rappresentano il valore aggiunto. In effetti all'interno di questi grandi cambiamenti organizzativi che l'orizzonte propone, sono delineate nuove figure infermieristiche strategiche. La vera sfida in un sistema di risorse finite sarà integrare ospedale, territorio, servizi sociali, e tutte le figure professionali al loro interno, al fine di una presa in carico globale dei bisogni delle persone, soprattutto per le malattie cronico-degenerative e le disabilità. I nuovi contesti lavorativi, dalla Casa della Salute all'ambulatorio Infermieristico, all'organizzazione per Complessità assistenziale in ambito ospedaliero, potranno essere in grado di assorbire infermieri con limitazioni che frequentemente hanno classi di età superiori ai 45 anni. In questi contesti potranno svilupparsi nuove professionalità: - Infermiere Case Manager; - Infermiere Bed Manager; - Infermiere di Discharge Room. Le ricadute nelle Aziende Sanitarie, del fenomeno descritto, dovrebbero stimolare un approfondito confronto che dovrebbe coinvolgere le Regioni, il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Organizzazioni Sindacali e Organi Professionali. La Sanità del prossimo futuro dovrà fare i conti con questo nuovo fenomeno e prevedere strategie di medio-lungo periodo per garantire ambienti e organizzazioni del lavoro compatibili con la forza lavoro più anziana; inoltre dovranno essere adottate politiche di "bilanciamento" all'interno delle équipes in modo che gli infermieri senior con la loro esperienza abbiano una funzione di tutor/mentor per i neoassunti. Se si struttureranno modelli operativi compatibili con il nuovo quadro demografico della popolazione in servizio ne potranno beneficiare, non solo gli infermieri senior di oggi, ma saranno un grande investimento per gli infermieri e per i pazienti di domani.

Indirizzo per la corrispondenza

Fratti Valeria, Infermiere
Azienda Unità Sanitaria Locale Modena
Via San Giovanni del Cantone, 23 - 41121 - Modena
Email: v.fratti@ausl.mo.it

73. Il crisis management della riabilitazione del Policlinico Universitario Umberto I

Galeoto Giovanni, Roberta Mollica

Dipartimento di Scienze dell'apparato locomotore UniRoma1

BACKGROUND Attualmente il tema del crisis management si pone come argomento di rilevante severità che interessa vari settori della sanità ed ha anche un forte impatto sociale. Pertanto, è indispensabile conoscere ed analizzare quest'aspetto che si colloca nel tema più generale della Qualità e della valutazione dell'outcome. Il crisis management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.

OBIETTIVI Attraverso la valutazione del personale del reparto di Medicina Fisica e Riabilitazione del Dipartimento di Scienze dell'Apparato Locomotore abbiamo valutato il processo di crisi dal 15 giugno 2010 al 15 settembre 2010 attraverso i rischi e le perdite economiche.

METODI Dopo un'attenta valutazione del personale nei primi 15 giorni del mese di giugno 2010 del Reparto di Medicina Fisica e Riabilitazione del Dipartimento di scienze dell'Apparato Locomotore ed in prospettiva delle ferie estive, i coordinatori dell'area riabilitativa hanno valutato la possibilità di crisi che si sarebbe potuta sviluppare. È indispensabile ricordare che il reparto (COD 56) ha l'obbligo di garantire ai singoli pazienti un doppiotrattamento fisioterapico di 1 ora. Il reparto di Medicina Fisica e Riabilitazione del Policlinico Umberto I prevedeva 24 posti letto per un totale di 10 terapisti 20% per sostituzione. Al 15 giugno 2010 al reparto afferivano 7 terapisti in quanto 1 era esonerato dal lavoro e due unità risultavano in maternità. I coordinatori dell'area riabilitativa hanno deciso di sopperire alla mancanza attraverso la chiusura degli ambulatori. Questa decisione ha creato: -un aumento delle unità disponibili per il reparto; - un arresto delle liste d'attesa ambulatoriali; -una perdita economica ambulatoriale; -una riduzione dell'afflusso degli studenti (CL fisioterapia).

RISULTATI Dalla valutazione dei dati da noi analizzati è possibile affermare che il periodo di crisi si è risolto in soli 3 mesi; è stato possibile adempiere agli obblighi del codice 56; è stato possibile svolgere normalmente il piano di ferie estive. Quanto precedentemente citato ha fatto sì che fossero chiusi gli ambulatori di Medicina Fisica e Riabilitazione con un aumento delle liste d'attesa del 36% X mese ed una riduzione della frequenza delle ore di tirocinio del 75% per gli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia. È stato possibile, infine, valutare una perdita economica di 26.402,32 euro per le prestazioni ambulatoriali.

LIMITI Non è stato possibile valutare il processo annuale di risanamento della crisi.

CONCLUSIONI La comunicazione della crisi deve essere: 1) tempestiva 2) aggiornata 3) centralizzata 4) trasparente 5) rivolta all'interno ed all'esterno 6) diretta ai media, prima che sul sito 7) Apertura all'ascolto Partendo da questi 7 punti sono state tratte le conclusioni della gestione della comunicazione di crisi del reparto. Sicuramente la tempestività è stato un valore aggiunto, infatti attraverso la chiusura degli ambulatori è stato possibile rispettare i trattamenti previsti dal codice 56. Il processo è stato aggiornato ogni 15 giorni, questo ha permesso di poter monitorare la crisi valutando sia gli sviluppi positivi e negativi. Il primo vero scoglio si è riscontrato nella centralizzazione del processo, infatti dopo aver effettuato la comunicazione di crisi presso il dirigente delle professioni Sanitarie della Riabilitazione non è stato creato un tramite con i pazienti afferenti ai due ambulatori. Anche la trasparenza non è stato uno dei punti di forza della comunicazione di crisi, anche se le coordinatrici hanno messo in atto un processo il più possibile trasparente, questo è stato possibile solo per gli organi interni ma non per il pubblico (esterni). Il passaggio fondamentale per la comunicazione di crisi sarebbe stato quello di creare un centralino (apertura dell'ascolto) con un numero verde che permettesse al pubblico di poter esporre le proprie criticità ma soprattutto per la migliore gestione delle liste d'attesa rimaste ferme per esattamente 3 mesi, creando un incremento del 36% mensile. Il centralino avrebbe permesso comunque lo smistamento dei pazienti presso i centri convenzionati limitrofi dopo un'adeguata ed attenta valutazione di quest'ultimi.

Indirizzo per la corrispondenza

Galeoto Giovanni, Fisioterapista
Libero Professionista
00165 - Roma
Email: usifi.aifilazio@gmail.com

74. Come valutare l'efficacia di un programma di formazione per tutor clinici: un progetto nel Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Bologna

Gaudenzi Noemi¹, Macchi Loredana², Di Bari Mauro²

¹Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna, ²Azienda Ospedaliero- Universitaria Careggi di Firenze

BACKGROUND Nonostante il significato del ruolo del tutor nel sostenere gli studenti nella pratica e nell'apprendimento basato sulla pratica, la ricerca sul tema dei corsi di preparazione e della loro efficacia è scarsa in tutto il mondo. Si possono valutare i programmi formativi utilizzando i livelli di Kirkpatrick o altre metodologie, ma ciò risulta complesso per mancanza di misure condivise e per il grande numero di variabili da controllare. La ricerca bibliografica è molto difficoltosa in questo campo, sia per le differenti denominazioni del tutor nei diversi contesti geografici e formativi (mentor, practice educator, ecc), sia per le molteplici parole chiave utilizzate per l'indicizzazione. Ad oggi si sono reperiti solo 3 studi britannici ed uno australiano (qualitativo) sulla valutazione della formazione per tutor di studenti delle professioni sanitarie (infermieri o ostetrici) e 5 studi riguardanti figure simili (Israele, Texas-USA, Gran Bretagna, Canada, Svizzera). Non sono emersi lavori riguardanti i Fisioterapisti, né studi italiani.

OBIETTIVI Il primo obiettivo di questo studio era valutare la percezione di ricaduta di un corso per tutor clinico del Corso di Laurea in Fisioterapia all'Università di Bologna Altri obiettivi erano: - raccogliere suggerimenti per questi programmi, - valutare l'apprendimento e il gradimento dei partecipanti, - rilevare la tenuta dell'apprendimento e le competenze che i corsisti ritenevano di aver sviluppato, - sperimentare la fattibilità di una valutazione di impatto di questa attività formativa sugli studenti.

METODI Lo studio si è articolato in due parti. 1- Studio trasversale: sono stati utilizzati questionari autosomministrati per valutare l'apprendimento e il gradimento alla fine della formazione, l'apprendimento e la percezione di ricaduta da tre a sei mesi dopo. La percezione di ricaduta è stata richiesta anche ad "osservatori privilegiati" (coordinatori didattici e organizzativi, dirigenti) 2- Studio di impatto: si sono utilizzati i risultati degli esami di tirocinio, le valutazioni dei tutor ed i giudizi degli studenti sui tirocini per una comparazione tra gli studenti dei tutor che avevano frequentato il corso e gli altri studenti.

RISULTATI Trentotto tutor provenienti da tutte le sedi di tirocinio hanno partecipato al corso. Il tasso di risposta al questionario di follow up è stato basso (50% per le percezioni, 31,58% per l'apprendimento). La maggioranza dei rispondenti, tre mesi dopo o più, era soddisfatta dei contenuti e dell'organizzazione del corso, sosteneva di utilizzare ciò che aveva appreso nel lavoro con gli studenti, riteneva utile una formazione permanente per i tutor e dichiarava di aver sviluppato competenze coincidenti con gli obiettivi degli organizzatori. Le percezioni degli osservatori privilegiati confermavano le opinioni dei corsisti. La tenuta dell'apprendimento si è rivelata molto scarsa: dall'86,67 rilevata a 3-4 mesi dalla fine del corso al 53,33% a sei mesi (valore sovrapponibile alle conoscenze in entrata del successivo gruppo di corsisti dell'Azienda Ospedaliera). Gli studenti del terzo anno che avevano avuto almeno un tutor partecipante al corso erano promossi all'esame più di quelli che non ne avevano avuti.

LIMITI Il campione è troppo piccolo per generalizzare le conclusioni ed effettuare analisi statistiche.

CONCLUSIONI Questo è il primo studio, come si rileva dalla letteratura, per valutare l'efficacia di un corso per tutor in Fisioterapia. E' necessario che questi programmi siano sistematicamente valutati e che i risultati entrino a far parte di un ciclo di miglioramento della qualità. Ciò è possibile organizzando la raccolta dei dati disponibili e coinvolgendo i tutor. Implicazioni per la pratica. E' necessario attivare incontri di aggiornamento per tutor. Implicazioni per la ricerca. E' necessario valutare i risultati dei programmi formativi per tutor utilizzando i risultati degli studenti e condividere misure di out come per consentire il confronto tra gli studi.

Indirizzo per la corrispondenza

Gaudenzi Noemi, Fisioterapista
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi - U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione
Via Albertoni, 15 - 40138 - Bologna
Email: noemigaudenzi@libero.it

75. Cultura e formazione manageriale in sanità: un modello di governance in area amministrativa

Giacometti Marika¹, Minniti Davide², Ceruti Michele¹, Bertone Marco³, Guarino Anna², Crotti Daniela³, Cosola Alda³, Cesari Luisella³, Pozzo Elvira³, Cosenza Gaetano³

¹Università degli Studi di Torino, ²OO.RR di Rivoli - ASL TO3, ³ASL TO3

BACKGROUND Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse da parte delle Aziende Sanitarie per l'analisi del clima interno e per la valorizzazione delle risorse umane, indicatori della qualità delle relazioni e predittivi dell'efficienza interna. A tale scopo, l'ASL TO3, in concomitanza con un programma di riorganizzazione in ambito amministrativo volto a razionalizzare le attività con un contestuale potenziamento dei servizi offerti all'utenza, ha messo in atto un intervento di Governance in area amministrativa.

OBIETTIVI Realizzare un modello di governance formativa in area amministrativa per creare un clima di squadra, costruire percorsi comuni, incrementare la motivazione nel lavoro, promuovere l'utilizzo di strumenti atti a risolvere conflitti e problemi, favorire la comunicazione negoziale, diffondere la capacità di lettura e governo dei cambiamenti interni ed esterni. Obiettivo specifico: misurare l'efficacia del percorso di alta formazione, in termini di qualità percepita, utilizzando gli strumenti di valutazione appositamente progettati.

METODI Realizzazione nel 2012 di un percorso di alta formazione (master) di durata annuale, rivolto al personale amministrativo degli Ospedali Riuniti di Rivoli (replicato nel 2013). La novità del corso, innovativo per durata e obiettivi, è legata al riconoscimento della figura/ruolo degli amministrativi in ambito formativo. Gli esiti del corso sono stati monitorati attraverso un sistema di valutazione che ha previsto le seguenti dimensioni: -benessere oggettivo: richieste di trasferimento, assenza per malattia, infortuni; -benessere soggettivo: valutazione clima d'aula in itinere, survey clima Aziendale (intervista strutturata), questionario di soddisfazione. Inoltre è stato approfondito l'aspetto di costo-beneficio del master.

RISULTATI Il campione è composto da n.103 soggetti, uniformemente suddivisi nelle due edizioni del corso. Per quanto riguarda le valutazioni oggettive, è emerso come il numero di richieste di trasferimento si sia ridotto di circa il 50% nel periodo successivo al corso. Tale dato rimane costante per tutte le edizioni svolte. Le assenze per malattia = 3 giorni si sono ridotte del 14% dopo la 1a edizione del corso e del 20% dopo la 2a. Gli infortuni si sono ridotti del 50% dopo la 1a e del 20% dopo la 2a. Per quanto riguarda i dati soggettivi: il clima d'aula è stato valutato attraverso scale cromatiche ed i risultati sono stati utilizzati in tempo reale come feedback per guidare gli incontri successivi. Le diverse aree indagate attraverso il questionario di valutazione hanno ottenuto un punteggio molto elevato (in una scala da 1 a 5 il range è stato 3.8-4.4) e, in particolare, è risultata molto apprezzata la preparazione degli esperti (4.4), la chiarezza dell'esposizione (4.1) e la corrispondenza degli argomenti al programma (4.1). Inoltre la Survey del clima aziendale ha permesso di identificare nello specifico i benefici percepiti dalla maggior parte dei dipendenti. Sono emersi in particolare: il miglioramento della sinergia tra i diversi ruoli professionali coinvolti, l'incremento della conoscenza delle competenze lavorative dei colleghi, la maggiore partecipazione nella programmazione del setting lavorativo e l'ottimizzazione dei rapporti con l'utenza. Il costo sostenuto dall'azienda è stato di 15.825€ per la prima edizione del corso, con una media di 315€ per ogni partecipante. Successivamente, in seguito ad una fase di debriefing, è stato possibile ottimizzare l'intero processo formativo, in termini di risorse umane impiegate e di argomenti trattati. La seconda edizione del corso, pertanto, ha avuto un costo di 7.525€, con una media di 150€ per ogni partecipante.

LIMITI La durata del master determina uno sforzo organizzativo per garantire in aula gran parte del personale amministrativo operante nei diversi servizi ospedalieri.

CONCLUSIONI I risultati mostrano come la formazione manageriale in ambito amministrativo impatti notevolmente sulla percezione del ruolo professionale e delle competenze lavorative. L'intervento formativo, in questo contesto, deve essere considerato una tappa formativa fondamentale per supportare i processi di riorganizzazione interna. Il lavoro svolto, infatti, ha voluto porre le basi per un progetto finalizzato a comporre un gruppo di lavoro capace di autonormarsi e di trovare un linguaggio comune utile a costruire progetti e sinergie. Gli esiti del percorso formativo, misurati attraverso indicatori appositamente costruiti al fine di individuare il reale impatto dell'iniziativa sulle attività lavorative e sul clima aziendale, ne hanno dimostrato la reale efficacia. Questa iniziativa, unica nel suo genere di governance amministrativa, potrà essere utilizzata come form per ulteriori edizioni sia intraziendali, sia interaziendali, cui si sta già dando corso. Anche l'analisi dei costi ha dimostrato come, ottimizzando le risorse a disposizione, sia possibile intraprendere questo tipo di iniziative con un budget relativamente modesto.

Indirizzo per la corrispondenza

Giacometti Marika, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: marika.giacometti@unito.it

76. La Gestione Infermieristica del dolore nei codici bianchi e verdi in Pronto Soccorso: Indagine conoscitiva e proposta di una percorso integrato

Giroto Erica¹, Barin Marzo¹, Trevisan Federico¹, Munerato Ilenia², Busato Barbara¹, Rizzo Maria Donatella¹, Brasola Marzia¹, Varotto Elisa¹

¹Azienda Ulss 18 Rovigo, ²Università di Padova

BACKGROUND Il dolore è uno dei sintomi più frequenti di accesso al Pronto Soccorso, con una prevalenza stimata del 60-80%. Dalla revisione della letteratura il tempo medio di attesa per un paziente che accede al Dipartimento di Emergenza, lamentando dolore acuto è di 58 minuti. Il 40% dei pazienti con dolore non viene trattato efficacemente (Wheeler 2010) anche a causa della presenza di alcuni fattori che sono riconducibili: al sistema sanitario per un frequente sovraccollimento del pronto soccorso; a chi fornisce assistenza per carenze conoscitive sulla gestione del dolore e al paziente stesso. (Motov 2009, Bergman 2012, Duignan 2008).

OBIETTIVI Rilevare le modalità di gestione del dolore nei pazienti con codice bianco e verde ed elaborare e sperimentare un protocollo per la rapida valutazione, attraverso scale validate, del dolore nei pazienti adulti afferenti al Pronto Soccorso con codici a bassa priorità assistenziale (bianchi/verdi). Consentire, inoltre, un trattamento tempestivo del problema, da parte dell'infermiere all'interno di un percorso condiviso.

METODI E' stata svolta un'indagine osservazionale retrospettiva con campioni consecutivi presso il Pronto Soccorso dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo. Il campione scelto era composto da tutti i pazienti con dolore con codici a bassa intensità assistenziale (bianco e verde), nei mesi di Maggio e Giugno 2013. Non sono stati inclusi nell'analisi i pazienti con età inferiore a 15 anni perché inviati direttamente al Pronto Soccorso Pediatrico. E' stato poi elaborato e implementato un protocollo condiviso per la gestione del dolore in pronto soccorso per il codici bianchi e verdi.

RISULTATI Nel mese di Maggio gli ingressi totali in Pronto Soccorso sono stati 3738, di cui il 77% codici bianchi e verdi, di questi il 17% presentava dolore. Nel mese di Giugno gli utenti totali sono stati 3766, di cui il 79% codici bianchi e verdi; di questi il 18% con dolore. L'età media del campione era di 52,08 anni. Il 70% dei pazienti con dolore erano classificati con codice bianco. La media dei minuti di attesa per avere un trattamento e una valutazione medico-clinica era di 88,25 minuti, il tempo di attesa più frequente era compreso tra 1 e 2 ore (36,6%). Il 66% del dolore era di origine traumatica seguito dal dolore muscolo scheletrico. Relativamente alla via di somministrazione e alla tipologia di trattamento, dai dati raccolti si rileva un utilizzo prevalente della via intramuscolare e dei FANS soprattutto diclofenac (20%) e ketorolac (19%) rispetto agli oppioidi come paracetamolo e codeina fosfato (15%) e tramadolo (2%). Il 73,7% dei pazienti era valutato almeno 3 volte. Successivamente è stato elaborato e implementato un protocollo condiviso da personale medico e infermieristico per la gestione del dolore nel quale l'infermiere di triage rileva l'assunzione di terapia antidolorifica nelle due ore precedenti all'arrivo in Pronto Soccorso riportando la posologia. A seguire rileva il livello di dolore con scala NRS ed effettua una valutazione della presenza dei criteri di esclusione dal trattamento secondo il protocollo: nausea, vomito, disfagia, abuso etilico e/o di sostanze esogene, stato comatoso; assunzione di terapia ad azione sul SNC; trauma cranico; allergie, ipersensibilità a farmaci; gravidanza, allattamento; grave insufficienza epatica e/o renale; dolore addominale e/o toracico di natura non traumatica. A seconda della natura traumatica o non traumatica del dolore e del grado di intensità, sono stati prestabiliti un massimo di due farmaci che possono essere somministrati dall'infermiere seguendo il protocollo: dolore lieve con NRS 4/6 somministrazione di farmaci per via orale (paracetamolo in compresse o paracetamolo e codeina fosfato in bustine). Con NRS 7/8 è indicata la scelta di antiinfiammatori non steroidei per via intramuscolare, in particolare ketoprofene e diclofenac per i traumatici; mentre non traumatici ketorolac e indometacina. In presenza di dolore pari a NRS 9/10 è indicata la somministrazione di tramadolo per via intramuscolare.

LIMITI La rilevazione ha compreso un periodo di due mesi, i dati comunque si ritengono significativi per descrivere il problema. L'implementazione del protocollo è ancora in atto e quindi la sua applicazione nella pratica clinica non è ancora completa. Sarà necessario effettuare una verifica a 6 mesi dalla completa adozione del protocollo con una valutazione dei casi trattati e delle eventuali criticità rilevate.

CONCLUSIONI Il progetto ha permesso di analizzare e descrivere il trattamento del dolore in Pronto Soccorso nei codici a bassa priorità e di elaborare e implementare un protocollo condiviso per la gestione del dolore al fine di ridurre i tempi di attesa e garantire un adeguato trattamento della sintomatologia dolorosa. La scelta del protocollo è supportata dalla letteratura che lo individua, insieme a procedure e linee guida, tra gli strumenti validati per una gestione integrata tra i diversi professionisti.

Indirizzo per la corrispondenza

Giroto Erica, Infermiere

Azienda ULSS 18 Rovigo - Area Sviluppo Professionale e Ricerca delle Funzioni Assistenziali e Tecniche

Viale Tre Martiri, 89 - 45100 - Rovigo

Email: giroto.eric@azisanrovigo.it

77. Centro Salute Migranti Forzati: tutelare le condizioni vulnerabili

Gnolfo Filippo, Santone Giancarlo

ASL Roma A

BACKGROUND Nel Municipio Roma 1 è alta la percentuale stranieri-popolazione residente. All'esaurimento dell'effetto migrante sano corrisponde l'aumento di condizioni vulnerabili, tra le quali i richiedenti asilo. Criticità: L'interdipendenza di aspetti giuridici, sociali e sanitari, in presenza di fattori di rischio multipli legati alle persecuzioni in patria (torture, violenze), alla fuga e alla condizione di fragilità sociale nel paese ospite determina situazioni di particolare complessità assistenziale (trauma multidimensionale). Numerosi studi effettuati hanno evidenziato che i richiedenti asilo sono il gruppo di popolazione che presenta il più alto rischio di sviluppare disturbi mentali. Presentano esiti di torture e soffrono di malattie della povertà e del degrado. Incontrano ostacoli di accessibilità/fruibilità dei servizi, nonostante la titolarità del diritto all'assistenza sanitaria, non hanno o non vanno dal MMG, ricorrono ai servizi d'emergenza.

OBIETTIVI - Promuovere e favorire l'accesso all'assistenza i servizi sociosanitari - Facilitare l'accesso dei richiedenti asilo sui diritti acquisiti, orientare ai servizi territoriali e ai percorsi assistenziali - Formare il personale dei servizi sugli aspetti legislativi e amministrativi che regolano l'accesso degli immigrati ai servizi - Promuovere servizi di mediazione linguistico-culturale atti a superare gli ostacoli comunicativi e relazionali - Promuovere l'approccio sistemico al trauma multidimensionale.

METODI La ASL Roma A promuove un sistema a rete basato sul partenariato pubblico-privato sociale (Programma aziendale "Salute Migranti"), il confronto e la collaborazione con l'Associazione Centro Astalli (Jesuit Refugee Service), ha permesso di condividere un patrimonio comune di "buone pratiche" e di passare dalla rete informale alla rete progettata attraverso un protocollo d'intesa. Valutare i bisogni di salute dei richiedenti asilo: L'analisi del problema (popolazione target e profilo di salute) ha permesso di definire le priorità (criticità) e di scegliere soluzioni efficaci e appropriate centrate sull'accoglienza, l'informazione e l'orientamento ai diritti e ai servizi, e sulla presa in carico attraverso percorsi interculturali e interdisciplinari di sostegno e/o cura alla sofferenza fisica, psichica e sociale dei migranti forzati.

RISULTATI La fattibilità delle soluzioni è stata raggiunta attraverso la nascita del Centro per la Salute dei Migranti Forzati (SAMIFO) servizio gestito da operatori della ASL RMA e del Centro Astalli, inserito all'interno di un Presidio del Primo Distretto, articolato in sportello d'accoglienza e orientamento socio-sanitario e in ambulatori di medicina generale, psicologia, psichiatria transculturale, medicina legale, ginecologia, infettivologia. Il modello organizzativo permette di governare la rete dei servizi e il processo assistenziale, l'unitarietà dall'accoglienza alla presa in carico. Punti di forza: - Sostenibilità - Lavoro di rete formale e informale - Integrazione sociale e sanitario - Integrazione servizio pubblico e privato sociale - Approccio cultur e gender oriented - Qualità e appropriatezza degli interventi Dal 1° luglio 2007 al 30 novembre 2013 sono stati presi in carico e iscritti al Servizio Sanitario Regionale 8075 fra richiedenti e titolari di protezione; sono state effettuate 32.500 visite di medicina generale e 20.000 viste specialistiche. Le prestazioni del front office sono difficilmente quantizzabili ma superano certamente le 100.000. Dati statistici relativi all'anno 2013 (stima sui dati reali 01.01.2013/ 27.11.2013) Visite totali Medicina Generale 5450 Salute mentale 1810 Medicina legale 310 Ginecologia 420 275 Ecografie.

LIMITI Mancato riconoscimento dell'autonomia nell'Atto Aziendale Mancato riconoscimento di centro a valenza sovra-aziendale Mancata strutturazione Carenza di risorse umane Carenza della linea d'attività di assistenza sociale.

CONCLUSIONI Lo sviluppo di reti di collaborazione a livello aziendale (Coordinamento Salute Migranti) e territoriale (Consulta Salute Interculturale) permette di riorientare i servizi, attraverso soluzioni innovative, efficaci e sostenibili: Il progetto SAMIFO è un laboratorio multidisciplinare e multiculturale. In termini di efficienza, la cultura di rete valorizza le risorse esistenti attraverso la condivisione di obiettivi, strategie e metodologie di lavoro. In termini di equità/efficacia, l'offerta attiva e l'empowerment sociale favoriscono l'accessibilità e la reale fruibilità dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni da parte gruppi sociali ad elevata vulnerabilità.

Indirizzo per la corrispondenza

Gnolfo Filippo, Medico Chirurgo

I Distretto Sanitario - U.O.S. Medicina di Base e Continuità Assistenziale - Assistenza Ospedaliera all'Estero

Via Luigi Luzzatti, 8 - 00185 - Roma

Email: filippo.gnolfo@aslromaa.it

78. La valutazione della qualità percepita dai pazienti ospedalizzati a domicilio

Grosso Marco¹, Giacometti Marika², Ceruti Michele², Siliquini Roberta², Davini Ottavio¹, Minniti Davide³

¹AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, ²Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Torino, ³OO.RR di Rivoli - ASL TO3

BACKGROUND L'Ospedalizzazione a Domicilio (OAD) è un servizio attivo dal 1985 presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Questo tipo di ricovero si caratterizza per la totale presa in carico di tipo clinico del paziente da parte di una struttura ospedaliera, ad opera di personale sanitario espressamente formato e dotato di documentata esperienza nella gestione del paziente in fase acuta, al di fuori dello stretto ambito ospedaliero. Con questo servizio vengono svolti i principali interventi diagnostici e terapeutici, normalmente fruibili in ospedale, direttamente al domicilio. Tra i diversi sostegni "home care", l'OAD e le esperienze implementate presso l'ASL TO3 rappresentano quelle a maggiore contenuto sanitario, dal momento che sostituiscono il ricovero ospedaliero.

OBIETTIVI Rilevare la qualità percepita, non solo in termini di percezione da parte dei pazienti sull'assistenza ricevuta, ma anche tramite la rilevazione della qualità di vita dei pazienti e dell'impatto sociale e psicologico che l'OAD ha sui caregiver.

METODI È stato condotto uno studio descrittivo, tramite un'intervista semi strutturata che ha coinvolto la popolazione dei pazienti ricoverati presso il servizio di OAD nei mesi di aprile-maggio-giugno 2013. Sono state incluse tutte le persone in grado di rispondere alle domande autonomamente o con il supporto del caregiver ed in grado di esprimere un consenso valido. È stato creato un apposito questionario al fine di testare la soddisfazione, l'impatto sociale, la riduzione dello stress dei caregivers e la qualità della vita dei pazienti. Per la parte sociale sono stati utilizzati due sistemi di indagine sanitaria: il Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) e il Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Per la parte relativa alla valutazione della qualità della vita si è scelto di utilizzare il Therapy Impact Questionnaire (TIQ) mentre lo stress del caregiver è stato raccolto con la Relative Stress Scale (RSS). La qualità percepita del servizio è stata valutata con un questionario rivolto al parente/caregiver ed uno al paziente indaganti l'abilità comunicativa ed informativa del team assistenziale nel dare supporto emotivo e nel guidare il paziente a prendere decisioni circa la propria salute.

RISULTATI Dei n.78 pazienti in carico al servizio nei mesi scelti, n.50 sono risultati corrispondenti ai criteri di inclusione. Nel 50% dei casi il paziente ha risposto autonomamente al questionario, le rimanenti interviste sono state condotte con il supporto del caregiver. L'80% degli intervistati ha un'età >75 anni e nel 68% dei casi si tratta di donne. La scolarità è risultata essere medio bassa: elementare nel 44% del campione e media nel 24%. Le persone intervistate hanno usufruito di visite specialistiche con una media complessiva di n.11 visite annue per paziente. La maggior parte degli intervistati ha consultato un cardiologo (14%) o un geriatra (14%). Nell'ultimo anno il 56% degli intervistati è stato ricoverato, di questi il 60,7% una o due volte, per lo più in reparti di Medicina e Geriatria. La qualità della vita rilevata con il questionario TIQ indica un valore medio di 45.5 per l'intero campione (in un range da 0 a 100). Analizzando nello specifico: il valore medio dei pazienti è più basso (43.8) rispetto a quello dei caregiver (69.5). Prendendo in esame i valori medi delle quattro dimensioni del questionario si rileva che ciò che incide maggiormente sul valore complessivo sono la qualità della vita legata ai sintomi (41.9) e quella legata alle relazioni sociali (39.2). Inoltre è emerso che il 48,8% dei caregiver non manifesta stress ma il 31,7% ha stress moderato ed il 19,5% grave. La percezione delle cure da parte del paziente ha mostrato un ottimo livello di soddisfazione con risposte positive in più del 90% dei casi ed in tutti gli aspetti indagati. I caregiver, invece, percepiscono l'assistenza al proprio congiunto in modo maggiormente critico, anche se i giudizi rimangono complessivamente positivi. Sono emerse criticità per quanto riguarda il trattamento sintomatico (il 15% ha ritenuto il trattamento per il dolore poco efficace mentre il 20% ritiene inadeguati i trattamenti contro l'agitazione).

LIMITI Sono stati inclusi nello studio solo i pazienti in grado di compilare il questionario autonomamente o con il supporto minimo del caregiver.

CONCLUSIONI Le reti di aiuto informale hanno sempre avuto un ruolo di fondamentale rilievo nel nostro Paese e la famiglia continua ad essere un supporto fondamentale per l'assistenza agli anziani. È necessario, dunque, promuovere forme di assistenza innovative dedicate alle persone che perdono temporaneamente la propria autosufficienza, ma che non trovano nell'ambiente ospedaliero il corretto setting di cura. A questo proposito la realizzazione presso le Aziende Sanitarie di un Servizio di OAD mira a rispondere in maniera appropriata a tali esigenze.

Indirizzo per la corrispondenza

Giacometti Marika, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: marika.giacometti@unito.it

79. SBBL: oltre i confini regionali

Gualdana Idalia, Formigoni Chiara

SBBL Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo

BACKGROUND Regione Lombardia ha istituito con L.R. n. 41 del 12 dicembre 1994 il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL), coronamento di un progetto iniziato negli anni settanta per intuizione di due insigni professori milanesi, il prof. Emilio Trabucchi ed il prof. Ettore Cuboni, ripreso nel 1981 dal prof. Sereni che lo porta a compimento. La Legge Regionale 7 marzo 2011, n. 6 modifica la struttura del Sistema, potenziandolo: da Sistema costituito da realtà sanitarie lombarde pubbliche e private convenzionate, università e istituti di ricerca biomedica, con la nuova legge il Sistema viene aperto a tutte le strutture nazionali ed internazionali che incontrino le richieste previste dal Regolamento attuativo della suddetta Legge regionale.

OBIETTIVI SBBL è una biblioteca virtuale alla quale aderiscono soggetti pubblici e privati. Tale sistema è finalizzato a promuovere la diffusione dell'informazione scientifica nel quadro degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociosanitaria e della medicina basata sulle prove di efficacia EBM-EBP. L'obiettivo finale di SBBL è quello di mettere a disposizione degli operatori più impegnati, ma residenti in strutture periferiche, l'esperienza acquisita nelle migliori biblioteche lombarde per favorire una rapida, mirata ed aggiornata ricerca bibliografica su particolari argomenti.

METODI SBBL ha costruito una rete per l'accesso alle informazioni e la condivisione delle conoscenze tra professionisti della sanità. La rete è una Open Library raggiungibile ovunque sia l'operatore.... Il Sistema si è dotato di un catalogo collettivo di risorse cartacee ed elettroniche, sia acquisite da SBBL che dalle singole strutture, collegato con un software di link-solver con i diversi database di ricerca (Medline, CINAHL, Embase, i db di Cochrane Library, Codifa). È stato costituito un gruppo di lavoro dedicato alla razionalizzazione della spesa e allo sviluppo di politiche di sostegno alle diverse strutture per la valutazione economica nell'acquisizione delle risorse. Durante gli ultimi quattro anni si è potenziata la formazione in tutte le istituzioni della rete la cui ricaduta è stata la crescita esponenziale del numero di sanitari registrati ed utilizzatori del Sistema.

RISULTATI Alcuni dati: 20 anni di attività del Sistema, 17.000 utenti, 168 strutture registrate, articoli scaricati per un numero complessivo di circa 900.000, query sui database 734.500 circa. I contratti stipulati per la fornitura dei servizi vedono i principali editori (Elsevier, Springer, Wiley, Lippincott, Sole24Ore) quali fornitori di accessi a database e risorse elettroniche (e-journal, e-book). Grazie all'attività di formazione, di attenzione alle esigenze degli utenti e di selezione delle fonti informative, soprattutto evidence based, il numero di utenti che si è registrato ed utilizza il Sistema è cresciuto in maniera esponenziale: negli ultimi tre anni è quasi raddoppiato.

LIMITI Il limite rappresentato dai confini regionali e dalla tipologia di strutture che potevano aderire al Sistema è ora superato: la nuova legge ed il regolamento attuativo ne consentono "l'esportazione" anche al di fuori dai confini nazionali. La possibilità di creare un sistema internazionale che veda l'esperienza lombarda, italiana, come cardine della gestione, della fruizione, della organizzazione e razionalizzazione delle risorse informative è per SBBL oggi un obiettivo vicino: superare i limiti dei confini.....

CONCLUSIONI La proficua collaborazione esistente tra la Regione Lombardia e le istituzioni biomediche culturali in Lombardia, e il modo in cui la Regione affronta il problema della salute a lungo termine, hanno prodotto molti risultati rilevanti. Il Sistema SBBL rappresenta una realtà importante che si inquadra nella gestione generale della sanità in Lombardia. Crediamo che questa operazione abbia avuto un impatto positivo sulla cultura della sanità e quindi sulla qualità dei servizi sanitari. Il futuro obiettivo di SBBL è quello di creare un sistema nazionale basato sul "modello lombardo" aperto a tutte le realtà sanitarie.

Indirizzo per la corrispondenza

Gualdana Idalia, Altro
Direzione Generale Sanità - Sistema Bibliotecario Biomedico Integrato
Via Pola, 9/11 - 20124 - Milano
Email: gualdana@posta.cilea.it

80. Lean thinking in Emergenza. Uno studio before - after sugli effetti della riorganizzazione dello staff del Pronto Soccorso di Lavagna sull'overcrowding e altri indici di performance

Iannone Primiano, Cavallero Matteo, Fera Giuseppina, Tredici Simona, Garau Jasmine, Valerio Manlio, Truglio Paola, Moretti Stefania

ASL4 Chiavarese

BACKGROUND L'affollamento (overcrowding-OC) del Pronto Soccorso (DEA) è un fenomeno diffuso, in grado di condizionare sfavorevolmente la performance dei dipartimenti di emergenza, il livello di soddisfazione delle persone assistite, la tempestività delle cure erogate e gli esiti assistenziali ed esistono molte incertezze sul miglior modo per affrontarlo. Nel nostro Pronto Soccorso le soluzioni comunemente proposte come l'Osservazione Breve (OBI), il triage liaison physician, i percorsi "fast track", lo streaming di patologie comuni e i point of care testings hanno prodotto risultati inconsistenti. Perciò, attraverso una metodologia "lean thinking", abbiamo analizzato le inefficienze organizzative e rimodellato ruoli, responsabilità e interazioni nello staff medico del DEA, al fine di migliorarne la performance e quindi ridurre l'OC con le sue conseguenze negative.

OBIETTIVI Riorganizzare il work flow e l'organizzazione dello staff medico del DEA secondo le indicazioni scaturite dalla analisi lean thinking. Misurare l'impatto della riorganizzazione rispetto a indicatori validati.

METODI Con metodologia lean thinking i colli di bottiglia del percorso dei pazienti del DEA legati alle inefficienze organizzative sono stati individuati in riunioni fra medici e infermieri del DEA, ed è stato prodotto un modello organizzativo alternativo, centrato su una diversa suddivisione dei compiti e modalità di interazione fra medici di PS front line (FLEP) e medici dell'OBI (OUP). Questo modello è stato implementato attraverso riunioni formali e feedback mensili. Gli indicatori di performance utilizzati per verificare l'impatto della riorganizzazione sono quelli validati dal Department of Health (2010): tempo di attesa di visita, tempo di permanenza in PS, percentuale di abbandoni senza visita medica, riaccessi entro 7 gg dalla dimissione. Abbiamo anche considerato i decessi in PS, OBI e nei ricoverati, le percentuali di ricovero e le giornate di degenza dei pazienti ricoverati. La riorganizzazione è stata implementata nel mese di maggio 2012 e resa pienamente operativa dal 1° giugno 2012. Lo studio analizza il periodo 1 gen 2012 - 30 aprile 2012 (before) e 1 gen 2013 - 30 aprile 2013 (after).

RISULTATI L'analisi lean ha rivelato la cattiva coordinazione e distribuzione dei compiti fra medici di PS e OBI. La nuova organizzazione ha ridistribuito i ruoli per i FLEP (valutazione nuovi accessi e gestione esclusiva casi critici) e gli OUP (casi complessi, di incerta definizione, in attesa di ricovero "boarded", e prioritizzazione di tutti i ricoveri da PS tranne le emergenze) con una maggiore interazione e collaborazione fra di loro. Nei periodi considerati sono stati analizzati 9897 (before) e 10297 (after) accessi consecutivi di PS, confrontabili per età, sesso e case mix (n° di codici rossi). La riorganizzazione ha prodotto una significativa riduzione del tempo di attesa di visita (h:mm, media e DS) : 1:09 (1:22) [before] vs 0:57 (1:06) [after], $P < 0.01$; tempo totale nel DEA: 4:24 (3:35) [before] vs 3:41 (2:23) [after], $P < 0.01$. Non si sono registrate significative differenze dei decessi in PS, in OBI, dei decessi durante il ricovero, né delle giornate di degenza.

LIMITI L'architettura dello studio è più debole dell'RCT, quindi non si possono escludere effetti legati a trend temporali indipendenti dalla riorganizzazione né l'influenza di fattori di confondimento sconosciuti. Le conclusioni sull'efficacia del modello organizzativo possono non essere generalizzabili ad altri contesti con problematiche dissimili.

CONCLUSIONI L'impatto dei fattori organizzativi e delle modalità di interazione fra professionisti del DEA nel mitigare gli effetti dell'OC e migliorare gli esiti assistenziali è poco noto. L'applicazione dei principi lean thinking ha permesso di focalizzare i fattori localmente rilevanti nel determinare il fenomeno e di costruire un nuovo modello organizzativo centrato sul ruolo del medico dell'OBI come clinical manager dei casi complessi e ambigui e della loro allocazione, gestione e prioritizzazione, e su quello del medico PS dedicato alla valutazione dei casi incidenti e di quelli più critici. Ciò ha prodotto un significativo miglioramento della performance del PS, e una parallela riduzione dei fenomeni di OC, senza produrre un incremento di eventi avversi o delle percentuali di ricovero. Biblio: Morris ZS et Al. Emergency Department Crowding: toward an agenda for evidence based intervention. Emerg Med J 2012; 29:460-466 Holden RJ. Lean Thinking in Emergency departments. A Critical Review. Ann Emerg Med. 2011;57: 265-278.

Indirizzo per la corrispondenza

Iannone Primiano, Medico Chirurgo
ASL 4 Chiavarese - U.O. Centro Scientifico Formazione in Emergenza
Via G. B. Ghio, 9 - 16043 - Chiavari
Email: p.iannone@live.com

81. Linea Guida italiana sul trattamento dell'epilessia in età pediatrica

Ilvento Lucrezia¹, De Masi Salvatore¹, Rosati Anna¹, Dalla Bernardina Bernardo², Vigeveno Federico³, Granata Tiziana⁴, Biermann Klaus Peter¹, Ferrari Anna Rita⁵, Guerrini Renzo¹

¹Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze, ²Policlinico Universitario G.B. Rossi di Verona, ³Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma, ⁴IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano, ⁵IRCCS Stella Maris di Pisa

BACKGROUND Poche sono le evidenze in materia di efficacia e sicurezza della terapia farmacologica dell'epilessia in età pediatrica. Negli ultimi anni sono stati immessi sul mercato numerosi nuovi farmaci antiepilettici, entrati ormai nella comune pratica clinica. Tuttavia, i pochi studi di efficacia delle nuove molecole sono condotti su popolazioni adulte e sono progettati in palese violazione dei principi della comparative effectiveness research: i nuovi farmaci sono testati contro placebo e non forniscono informazioni sulla migliore terapia disponibile.

OBIETTIVI Al fine di uniformare la condotta clinica nell'uso della terapia farmacologica e non farmacologica dell'epilessia in età pediatrica e identificare le aree di ricerca necessitanti di approfondimenti, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer (AOU Meyer) e la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) hanno promosso lo sviluppo di una linea guida sull'argomento.

METODI Una preliminare ricerca di linee guida già pubblicate è stata effettuata sul database "National Guideline Clearinghouse". La valutazione di qualità dei documenti identificati, effettuata con lo strumento AGREE II, è esitata nell'adozione della linea guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), dal titolo: "The Epilepsies. The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. January 2012", che l'AOU Meyer e la SINPIA hanno deciso di utilizzare come documento base da aggiornare e adattare al contesto pediatrico. Un panel multidisciplinare composto da rappresentanti di numerose società scientifiche, da esperti indipendenti direttamente e indirettamente coinvolti nell'argomento e da rappresentanti dell'Associazione del volontariato dei genitori ha discusso i quesiti clinici del documento del NICE e condiviso la metodologia di lavoro. Le ricerche bibliografiche necessarie per l'aggiornamento sono state condotte dal centro documentazione dell'Istituto Superiore di Sanità attraverso il re-utilizzo dei filtri di ricerca utilizzati dal NICE. Le strategie di ricerca relative a quesiti clinici non perfettamente allineati a quelli elaborati dal documento NICE, sono state opportunamente riformulate. La valutazione della letteratura e la sintesi delle evidenze è stata effettuata da un gruppo di specialisti opportunamente formati, utilizzando checklist metodologiche mutuata dal NICE (The guidelines manual, versione 2012).

RISULTATI Il panel multidisciplinare ha deciso di adottare e aggiornare i quesiti clinici già elaborati nel documento del NICE inerenti alla terapia farmacologica e non farmacologica. Sono stati esclusi i quesiti relativi alla diagnosi e all'organizzazione dei servizi sanitari e sono stati proposti nuovi quesiti relativi alla terapia antiepilettica nel primo mese di vita. L'aggiornamento dei quesiti clinici adottati senza alcuna modifica ha richiesto l'estensione della ricerca bibliografica per il periodo compreso tra la data dell'ultima ricerca bibliografica effettuata dal NICE (settembre 2011) e marzo 2013. I quesiti relativi alla terapia nel primo mese di vita hanno richiesto l'estensione della ricerca bibliografica a partire dal 1970 e fino a marzo 2013. La ricerca bibliografica, condotta sulle principali banche dati (PubMed, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews), ha prodotto 5022 abstracts includenti studi osservazioni, studi randomizzati controllati (RCT) e revisioni sistematiche (RS). Per ciascun abstract selezionato, l'articolo full text reperito è stato sottoposto ad ulteriore screening e, se pertinente, è stato valutato mediante l'uso della checklist metodologica. Ogni studio valutato sarà inserito in una tabella delle evidenze riepilogativa, che rappresenterà il materiale di lavoro dell'ultima riunione del panel. Ad oggi per il quesito: "Come il tipo di crisi, l'EEG e la diagnosi sindromica, dovrebbero influenzare la scelta del farmaco antiepilettico- sono stati selezionati 946 titoli ed abstracts. Dei 292 full text selezionati, 72 RCT e 33 RS sono state incluse e sono in corso di valutazione (compilazione della checklist metodologica) per i quesiti di efficacia, mentre 654 studi osservazionali saranno sottoposti a nuovo screening e successiva valutazione per le questioni di safety.

LIMITI E' possibile che la scarsa disponibilità di evidenze richieda l'utilizzo di studi condotti sugli adulti (o su popolazioni miste adulti/bambini) per la formulazione di raccomandazioni in ambito pediatrico. Ciò comporterebbe l'impossibilità di formulare raccomandazioni forti per la pratica clinica e l'esigenza di problematizzare la scarsa generalizzabilità del documento.

CONCLUSIONI Al termine del lavoro, la cui conclusione è prevista per giugno 2014, sarà possibile verificare lo stato delle conoscenze in materia di terapia dell'epilessia in ambito pediatrico. In caso di scarsità di evidenze emergerebbero comunque con chiarezza le aree carenti cui destinare futuri progetti di ricerca.

Indirizzo per la corrispondenza

Rosati Anna, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer - Clinica Neurologica
Viale Gaetano Pieraccini, 24 - 50139 - Firenze
Email: a.rosati@meyer.it

82. Liberamente, un progetto di vita e salute per la dimissione dalla residenzialità psichiatrica

Laratta Lucia, Delalio Alessia

Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

BACKGROUND La "malattia mentale", l'OMS la colloca ai primi posti come carico di sofferenza e la conseguente disabilità è un dato di realtà: perdita della capacità lavorativa; Isolamento, relazioni sociali e familiari deteriorate; cura del sé e gestione dei soldi inadeguata; dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana. un importante problema di salute sociale. Il piano di azioni nazionale per la salute mentale (2013) richiama l'attenzione sul fenomeno dell'istituzionalizzazione come risposta ad un bisogno di salute che ricomprende al suo interno le variabili psicopatologiche, sociali, relazionali ed economiche e l'incapacità di costruire risposte. Il rapporto con i servizi territoriali è carente, ed i percorsi di dimissione sono "difficili". Critiche l'integrazione fra i servizi e la continuità delle cure. il contesto di sviluppo del progetto è una residenzialità del DSM di Brescia in cui, all'avvio del progetto, su 26 degenti nessuno aveva un progetto di dimissione.

OBIETTIVI Sviluppare sul campo un: percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Riabilitativo Sociale Familiare Individualizzato finalizzato alla dimissione del paziente.

METODI Metodologia: action resource. La ricerca non si limita ad indagare e spiegare i fatti: è volta all'azione, alla progettazione degli interventi necessari per il cambiamento, concentrandosi sulla risoluzione dei problemi. Modifica il contesto di indagine nel momento stesso in cui lo studia, aggiustando in itinere il disegno di ricerca sulla base dei nuovi elementi emersi. Reclutamento Candidabili: gli ospiti della CPA Giardino e CPM La Terrazza. Criteri di inclusione: stabilizzazione del quadro psicopatologico. Criteri di esclusione: instabilità psicopatologica, pazienti EX OP. Controllo: comparazione con i dati storici della struttura, ed i dati resi noti a livello regionale e nazionale. tempo di sviluppo del progetto: tre anni da giugno 2011. Monitoraggio e valutazione Sono assunti come indicatori di processo (output) appropriatezza del ricovero per età; appropriatezza del ricovero dei pazienti gravi; presenza di un progetto di dimissione per i pazienti dimissibili (non gravi e non EX OP) dalle residenzialità psichiatriche; rispetto dei tempi del ricovero, massimo tre anni come previsto dal PRSM; Sono assunti come indicatori di esito (outcome) durata del progetto di dimissione dalla residenzialità psichiatrica; numero di dimissioni dal circuito delle residenzialità psichiatriche. Quattro sono i punti strategici d'azione: 1: sviluppo delle competenze nelle risorse umane; 2: processo di valutazione; 3: formalizzazione del PTR 4: costruzione della rete di sostegno alla dimissione.

RISULTATI da giugno 2011 a novembre 2013 si è strutturato un percorso suddiviso in dodici fasi così suddivise: 1: valutare le aree ed il livello di compromissione dell'autonomia della persona 2: progettazione specifica. 3: organizzazione e definizione degli attori da coinvolgere. 4: coordinare gli attori coinvolti nel progetto di dimissione. 5: rilevazione, monitoraggio e risoluzione delle problematiche. 6: valutazione finale degli esiti degli interventi riabilitativi. 7: definizione e condivisione con gli attori che prenderanno in carico il paziente del progetto terapeutico riabilitativo di dimissione. 8: tutoraggio di accompagnamento alla dimissione. 9: dimissione. 10: monitoraggio delle criticità post dimissione. 11: tutoraggio post dimissione. 12: conclusione del progetto di vita e salute e definitivo trasferimento in carico alla realtà di accoglienza. da giugno 2011 sono stati avviati 21 progetti di dimissione, 11 conclusi ed altri 11 in fase di conclusione. Sei dimissioni sono state fatte al di fuori del circuito della psichiatria con un risparmio per il SSN di 426.300 euro. nessuna dimissione è fallita e le persone uscite dal circuito della psichiatria ne sono a di fuori da un periodo di 16.3 mesi (+/- 6.3). i nuovi ingressi sono accolti da periodi inferiori a tre anni e coloro che sono ricoverati da tempo superiore (oltre soglia) presentano oggettivi elementi di valutazione di gravità e non l'assenza di progettualità.

LIMITI il progetto si configura come studio pilota, i risultati si riferiscono ad una sola realtà,

CONCLUSIONI Conclusioni I dati rilevati sostengono l'efficacia di questa metodologia di lavoro che concretizza «il percorso di presa in carico e di cura esigibile» La ricerca azione è un precursore di innova«azione» nelle organizzazioni in cui si vuole costruire innovazione nella Care. I cambiamenti rompono equilibri impongono ai professionisti la partecipazione attiva al processo di cambiamento, la rivalutazione delle proprie conoscenze, procedendo con rigorosa metodologia. Oggi presso la CPA Giardino/ CPM La Terrazza la «care» della persona affetta da malattia mentale si traduce in una progettualità innovativa che intercetta i bisogni sulla base della valutazione della persona e del territorio, identificandolo come sede privilegiata in cui affrontare i problemi e riabilitare le persone con disturbi mentali.

Indirizzo per la corrispondenza

Delalio Alessia, Infermiere
Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia - Dipartimento di Salute Mentale
Piazzale Spedali Civili, 1 - 25125 - Brescia
Email: alessia.delalio@yahoo.it

83. Un nuovo ruolo delle Società medico-chirurgiche nazionali nel modello "Fare salute prevenzione: esperienza della SICM nella campagna di prevenzione nazionale per gli infortuni alla mano del bambino"

Leti Acciaro Andrea¹, De Leo Anna², Landi Antonio¹, Battiston Bruno³, Pajardi Giorgio⁴

¹AOU Policlinico di Modena, ²Villa Margherita Roma, ³CTO Torino, ⁴Multimedica Milano

BACKGROUND Sia per gli adulti che, in particolare, per i bambini la maggior fonte di pericoli e incidenti è rappresentata dalla casa, dagli ambienti di sport e tempo libero, di scuola, da tutte quelle condizioni di vita quotidiana che, invece, tenderemmo a ritenere come ambienti "protetti". Gli autori presentano il ruolo di una Società Scientifica Specialistica nella creazione e realizzazione istituzionale dei network di gestione e trattamento delle Urgenze Mano con l'upgrade successivo di realizzazione di una strategia di "empowerment for health". L'autonomia personale e collettiva all'interno di un sistema di governance, che fornisca cultura e strumenti al cittadino per divenire fautore del suo stesso processo di salute, si traducono in sistemi che puntano a superare la centralizzazione dell'ente erogatore, ragionando in termini di "Rete" che fornisca mezzi e capacità per interpretare e gestire la propria salute sia nei determinanti biologici che sociali quotidiani e lavorativi.

OBIETTIVI La Società Italiana di Chirurgia della Mano (SICM), dopo il lavoro di governo clinico realizzato per la definizione in Italia ed in Europa delle Linee Guida di consenso e gestione, sia clinica che organizzativa, dei Traumi Complessi della Mano e delle Strutture Specialistiche nell'ambito del modello Hub and Spoke, ha creato un Gruppo di Studio per la Prevenzione degli infortuni alle mani. In stretta collaborazione con l'Hand Trauma Committee della Società Europea di Chirurgia della Mano (FESSH), il Gruppo "TrauMaNo" della SICM, ha deciso di iniziare il proprio lavoro acquisendo la già ampia legislazione e normativa di definizione e prevenzione dei rischi di traumi alla mano in ambito lavorativo e artigianale, implementando e sviluppando i dati epidemiologici recentemente rilevati ed enfatizzati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) in merito alla maggiore e ampiamente rilevante incidenza di traumi in ambienti di vita quotidiana. In tal senso la SICM ha selezionato la Prevenzione degli Infortuni alla Mano del Bambino come prima Campagna Nazionale, coordinata strettamente con i Ministeri dell'Istruzione, della Salute e l'ISS.

METODI Le Linee Guida sono state raccolte dalla collaborazione di più specialisti da tutte le realtà territoriali italiane. Sono stati individuati i fattori di rischio in ambito: Domestico, Scolastico, Sportivo, Tempo ludico, Spazi ambientali di giochi (parco, spaiggiata etc..) ed abitudini Comportamentali. Il modello di comunicazione è stato realizzato con fumetti, grafica e linguaggio semplici ed interattivi, indirizzati sia a genitori che direttamente ai bambini da 0 a 13 anni. La SICM nelle sue singole realtà professionali territoriali si è fatta carico di essere ente diretto di distribuzione e Comunicazione Sociale andando oltre un semplice modello di informazione a cascata, ma interagendo in prima persona con i soggetti destinatari.

RISULTATI L'accesso nel 2012 di bambini da 0 a 13 anni al PS della Chirurgia della mano di Modena è stato di 777 casi sul totale di 5376 accessi. Pari cioè al 15% degli accessi. All'interno dei 777 bambini il 58% ha un'età dai 10 ai 13 anni, mentre la restante quota si distribuisce sostanzialmente parimenti tra la fascia di 0-5 anni e 6-9 anni. Il 3,5% dei 777 bambini ha richiesto trattamento chirurgico per le lesioni riportate, ma, mentre da 6 a 13 anni solo l'1% richiede l'intervento operatorio, trattandosi per lo più di fratture in ambito sportivo o del tempo libero trattabili conservativamente, la percentuale di intervento chirurgico sale al 10% nella fascia dei bambini più piccoli da 0 a 5 anni. Il Sito www.manisicure.eu è il collettore delle informazioni e delle linee guida di attenzione e prevenzione; sono stati realizzati volantini "Colora ed impara a riconoscere i pericoli" da far disegnare ai bambini delle scuole primarie con i fumetti in bianco e nero delle situazioni e degli oggetti di rischio; il tutto con incontri che gli specialisti nei loro territori hanno condotto nelle Scuole Primarie, Oratori, Centri Sportivi insieme ad operatori, famiglie e bambini. Un booklet di linee guida estratto dal Sito è stato realizzato in collaborazione con i Ministeri ed è stato tradotto in inglese ed acquisito anche dalle Società Europee di Chirurgia della Mano per la traduzione nelle lingue dei paesi aderenti con la realizzazione delle medesime iniziative nei loro territori. In collaborazione con l'ISS-SINACRIA, a seguito della presentazione nazionale della Campagna del Maggio 2013, è stato realizzato uno specifico programma di raccolta e stratificazione per età-sede anatomica.

LIMITI Mancanza di dati specifici in materia di infortunistica agli arti superiori disponibili e raccolti per categorie analitiche Complessità del sistema di distribuzione territoriale capillare che vada oltre la distribuzione dei materiali a cascata attraverso le reti ministeriali del MIUR Frammentazione delle reti nazionali, regionali e territoriali dei modelli di prevenzione e interventi, con scarsa capacità di dialogo ed integrazione.

CONCLUSIONI Un totale di 2 milioni di pazienti con trauma agli arti superiori è stato registrato in Italia nell'anno solare 2012. La stratificazione per segmento anatomico evidenzia il coinvolgimento delle dita nel 38.4%, seguito dalla spalla (16.8%), avambraccio (15.3%), polso (15.2%), gomito (10.5%), e regione omerale (3.7%). La maggioranza delle lesioni avviene in casa (45.4%) e solo il 16.2% sul lavoro. Altri ambienti comuni sono la scuola (6.6%), altre proprietà pubbliche (4.1%), e le strade (2.5%). La maggior parte dei traumi coinvolge pazienti tra 9 years e 65-87, senza differenze significative per il sesso.

Indirizzo per la corrispondenza

Leti Acciaro Andrea, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Policlinico - U.O. Chirurgia della Mano
Via del Pozzo, 71 - 41124 - Modena
Email: andrealetiacciar@libero.it

84. Validazione in lingua italiana del questionario sleep in the Intensive Care Unit (ICU)

Lioia Andrea, Bonetti Loris

Azienda ospedaliera Polo Universitario Luigi Sacco

BACKGROUND Una diminuita qualità del sonno durante il ricovero in terapia intensiva si traduce spesso in un aumentato rischio di sviluppare delirium, un periodo di guarigione prolungato, interferenze sullo svezzamento respiratorio e outcome sfavorevole. Il sonno è una funzione vitale, tanto che la sua deprivazione protratta può portare alla morte. Le alterazioni del sonno sono multifattoriali e possono essere dovute a caratteristiche del soggetto e/o a fattori ambientali. L'infermiere ha un ruolo strategico nel monitorare e favorire un adeguato riposo sonno del paziente, agendo su quei fattori ambientali ed assistenziali da lui modificabili.

OBIETTIVI L'obiettivo principale di questo studio è validare in lingua italiana il questionario Sleep in the Intensive Care Unit, strumento creato da Freedman et al (1999), per misurare la qualità del sonno percepita dai pazienti ricoverati nei reparti di area critica e subintensiva. L'obiettivo finale è quello di individuare, attraverso questo strumento, quelle variabili che disturbano il sonno dei pazienti in questo tipo di UU.OO, al fine di mettere in atto strategie di miglioramento della qualità dell'assistenza.

METODI Il questionario è stato tradotto con il metodo della Back-Translation. Per valutare la validità di contenuto del questionario originato dal processo di traduzione, è stata usata la tecnica Delphi con il coinvolgimento di un gruppo di esperti. Il gruppo di esperti era composto da: due infermieri esperti di area critica, un coordinatrice di Stroke Unit, uno psicologo e un neurologa esperto di disturbi del sonno. Il questionario originale consiste di 7 item con 27 sotto-item. Gli aspetti indagati sono la percezione della qualità del sonno e della sonnolenza diurna (quesiti da 1 a 5), l'influenza di alcune attività (quesito 6) e di alcuni rumori specifici (quesito 7) sulla qualità complessiva del sonno. Ad ogni item si risponde con una scala di Likert da 1 a 10, nella quale i descrittori sono esplicitati di volta in volta per ognuno dei 7 quesiti. Il questionario è stato somministrato ai pazienti ricoverati in 2 unità operative di Stroke Unit e 3 Unità di Terapia Intensiva Coronarica di 3 diverse Aziende Ospedaliere dell'area milanese. Dai dati ottenuti è stato possibile valutare l'affidabilità e stabilità nel tempo del questionario attraverso il metodo test-retest ed alla valutazione del coefficiente di correlazione di Spearman e dell'alpha di Cronbach per la consistenza interna. Per valutare se la differenza tra la qualità del sonno percepita al domicilio e durante il periodo di ricovero fosse significativa, sono state confrontate le risposte all'item 1 e 2 del questionario, utilizzando il test di Wilcoxon. Le analisi statistiche sono state fatte con il software Statistical Package for Social Science (SPSS) (versione 17.0 Inc. Chicago, IL, USA).

RISULTATI A seguito del processo di back-translation e di valutazione della validità di contenuto, su suggerimento degli esperti, è stato aggiunto un nuovo item al questionario, riguardante le voci provenienti dagli altri pazienti. Sono stati raccolti 50 questionari, 20 senza il nuovo item e 30 che invece lo prevedono. Il questionario ha mostrato una discreta affidabilità della consistenza interna senza l'item aggiunto ($\alpha=0,76$), affidabilità che diventava ottima con l'item aggiunto ($\alpha=0,9$). Il questionario mostra una discreta stabilità nel tempo ($r_s=0,75$; $p=0,019$). Dai dati raccolti è emerso come la qualità del sonno percepita durante il ricovero è significativamente peggiore rispetto a quella al domicilio ($Z=4,25$; $p=0,001$).

LIMITI Il primo limite incontrato nel processo di validazione dello strumento preso in esame è il fatto che non è stato possibile rintracciare gli autori del questionario, così come previsto dalla tecnica della Back-Translation. Questo limite è stato in parte ridimensionato dal fatto che la versione finale della back-translation era molto simile all'originale, anche alla valutazione degli esperti. Un altro limite è dovuto al fatto che nelle tipologie di UU.OO coinvolte nello studio, non è prevista la presenza di persone ventilate artificialmente. La scelta di coinvolgere UU.OO di cure subintensive nasce dal fatto che il nostro desiderio era quello di indagare la qualità del sonno anche in un contesto dove non erano presenti persone sottoposte a ventilazione artificiale. È nostra intenzione confermare affidabilità e stabilità dello strumento anche in UU.OO di rianimazione/terapia intensiva, dove la persona ricoverata può essere anche ventilata artificialmente.

CONCLUSIONI Il questionario risulta essere valido, dal punto di vista linguistico culturale e del contenuto, dimostrando un buon grado di consistenza interna, anche se non ha fornito risultati altrettanto buoni per la stabilità nel tempo. Esso potrà essere utilizzato in progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica, per quanto concerne la qualità del sonno dei pazienti ricoverati nei reparti di area critica o di sub intensiva.

Indirizzo per la corrispondenza

Bonetti Loris, Infermiere

Ospedale Luigi Sacco - Azienda Ospedaliera e Polo Universitario - Servizio Infermieristico tecnico riabilitativo Aziendale - S.I.T.R.A.

Via Giovanni Battista Grassi, 74 - 20157 - Milano

Email: bonetti.loris@hsacco.it

85. Progetto per la riduzione della quota di richieste inappropriate in Medicina di Laboratorio

Lippi Giuseppe, Aloe Rosalia, Bonelli Patrizia, Sircana Luca, Pirola Flavia Simonetta, Campaniello Giovanna, Ventura Antonio

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

BACKGROUND L'appropriatezza prescrittiva rappresenta uno dei cardini per il governo del Sistema Sanitario, sia per quanto concerne i presidi terapeutici, e sia per gli esami diagnostici. Pur nella consapevolezza che gli esami di laboratorio contribuiscono fino al 70% del processo decisionale clinico, vi è diffusa evidenza che alcune prescrizioni diagnostiche vengano richieste in modo inappropriato.

OBIETTIVI Questo progetto, parte integrante del processo di budgeting delle U.O. coinvolte, ha avuto come oggetto la riduzione della quota di inappropriatezza di esami diagnostici di laboratorio richiesti presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

METODI Un'analisi sistematica preliminare nel database del sistema informatico del laboratorio ha consentito di identificare una serie di esami che rivelassero un elevato profilo di inappropriatezza (compreso dal 5 al 50%) secondo le linee guida nazionali o internazionali, in termini temporali (richiesta di esami in arco temporale incongruo), in termini clinici (associazione di esami priva di fondamento biologico), o perché richiesti nell'ambito di "profili" prestabiliti. I dati dell'inappropriatezza relativa agli esami in questione (colesterolo totale e HDL, emoglobina glicata, ferritina, marcatori tumorali, peptidi natriuretici e fattori della coagulazione) e le relative indicazioni prescrittive sono stati quindi diffusi a tutte le UU.OO. dell'Azienda, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, ponendo come standard una riduzione del 10% della quota totale di esami oggetto del monitoraggio e strutturando, di conseguenza, un reporting sistematico e specifico per dare piena attuazione alla logica del Plan-Do-Check-Act.

RISULTATI A sei mesi dall'inizio del monitoraggio (gennaio-giugno 2013), i risultati conseguiti per il totale delle prestazioni in oggetto hanno dimostrato una riduzione sostanziale, pari a -10.6% (da 101505 a 90760) rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente (gennaio-giugno 2012). Si è tuttavia riscontrata una considerevole eterogeneità nella variazione in relazione agli undici dipartimenti dell'Azienda. La mediana è infatti risultata pari a -6.1%, con distribuzione interquartile compresa tra -4.3% e -28.4%.

LIMITI I risultati di questo progetto dimostrano che interventi formativi nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio sono in grado di produrre risultati importanti in un'ottica di migliore utilizzo delle risorse di laboratorio, senza necessità di dover ricorrere ad eliminazione di esami o interventi più coercitivi.

CONCLUSIONI Performance di adesione del singolo professionista.

Indirizzo per la corrispondenza

Montali Francesca, Psicologo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Nessuna
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: fmontali@ao.pr.it

86. L'infermiere di ricerca: realizzazione di una procedura interna alla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

Lo Russo Ilaria, Nicolò Gabriella, Antonacci Giulia, Giardino Felicetta, Bardazza Benedetta, Castano Alessandra, Cerati Cristina

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

BACKGROUND Il sempre più crescente numero di ricerche riguardanti l'utilizzo di terapie innovative in oncologia e l'elevata mole di lavoro che esse comportano, ha reso indispensabile l'inserimento nel gruppo di ricerca di una figura professionale in grado di gestire al meglio le problematiche relative alla conduzione degli studi clinici: l'infermiere di ricerca (IR). L'introduzione di questa figura all'interno della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, è avvenuta a partire dal 2011, quando il numero degli studi clinici attivi era pari a 170. Dal 2011 ad oggi, questo numero si è raddoppiato raggiungendo la quota di 281 studi clinici. Perciò solo nel corso di 2 anni sono stati attivati 111 studi clinici. L'IR è responsabile dell'assistenza infermieristica rivolta ai pazienti che partecipano agli studi clinici, attraverso l'erogazione di prestazioni in autonomia ed interdipendenza con il medico e rappresenta il tramite nello scambio di informazioni tra le figure coinvolte nella sperimentazione e il paziente. Il suo ruolo è quello di collaborare con il team di ricerca nello svolgimento dello studio in tutte le sue fasi, elaborando strumenti informativi standardizzati utili per la gestione pratica degli studi clinici. L'individuazione di un IR in ciascuna Struttura facilita e stimola la partecipazione dei colleghi ai protocolli di ricerca oltre a garantire il controllo sulla qualità del dato raccolto.

OBIETTIVI Stesura di una procedura che descriva dettagliatamente il ruolo dell'IR, affinché le informazioni in essa contenute possano essere condivise da tutte le figure professionali con cui egli si interfaccia. Realizzazione di source document al fine di uniformare le attività di pratica clinica rivolte agli studi clinici.

METODI Riunioni periodiche tra le IR della Fondazione IRCCS Istituto nazionale Tumori e la responsabile della s.s. S.I.T.R.A. Revisione della letteratura riguardante il ruolo dell'IR, tramite la consultazione delle principali banche dati elettroniche (Pub-Med, Medline), libri di testo e procedure interne alla Fondazione validate dal Sistema Qualità.

RISULTATI Realizzazione di una procedura interna in cui vengano descritti dettagliatamente il ruolo e i compiti dell'IR, all'interno della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, consultabile da tutti i dipendenti sulla piattaforma Intranet. Stesura di source document per la pratica clinica, utilizzabili in maniera univoca da tutti gli IR all'interno delle diverse Strutture.

LIMITI Ad oggi il ruolo specifico dell'IR è descritto in letteratura, ma non è ancora riconosciuto ufficialmente poiché non esiste una certificazione univoca che attesti la sua qualifica e ne definisca con precisione le attività.

CONCLUSIONI L'IR rappresenta una figura innovativa per gli Istituti di Ricerca e fornisce un prezioso contributo insieme alle figure professionali coinvolte negli studi clinici. La stesura di una procedura condivisa facilita l'inserimento dell'IR nella pratica clinica permettendo di delinearne i compiti, in modo da consentire una migliore organizzazione e gestione degli studi clinici. Tale procedura sarà utile per l'inserimento di IR neoassunti, i quali sapranno da subito definire le proprie responsabilità

Indirizzo per la corrispondenza

Lo Russo Ilaria, Infermiere
Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori - S.C. Ematologia
Via Giacomo Venezian, 1 - 20133 - Milano
Email: ilaria.lorusso@istitutotumori.mi.it

87. La conversione da regime ordinario a regime ambulatoriale/diurno: il riassetto organizzativo di una struttura chirurgica presso un Presidio dell'Azienda Ospedaliera

Lorenzoni Marianna, Pulica Coriolano, Superbi Piero, Zacchioni Maria, Cestari Stellina, Storti Pier Vincenzo

AO Carlo Poma di Mantova

BACKGROUND L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova ha visto, nel corso del 2013, un riassetto organizzativo volto ad offrire alla popolazione prestazioni sanitarie appropriate in linea anche con quanto stabilito dal Piano di Organizzazione Aziendale 2012-2014, rivedendo con particolare impegno l'attività chirurgica erogata presso il Presidio Ospedaliero di Asola, dove, dal mese di febbraio 2013, è stata realizzata una nuova struttura di Day Surgery, frutto della riconversione della precedente struttura chirurgica, caratterizzata da attività di ricovero ordinario.

OBIETTIVI Aumentare l'offerta di prestazioni chirurgiche, decongestionando le liste operatorie del Presidio di Mantova (ad alta specializzazione), favorendo in quest'ultimo l'effettuazione di interventi di chirurgia maggiore ed oncologica. La Day Surgery consente di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive in regime di ricovero diurno e ambulatoriale. La tipologia degli interventi è riconducibile a pazienti classificati come ASA 1, ASA 2 e ASA 3, di cui questi ultimi secondo giudizio clinico.

METODI La struttura, multispecialistica, è dotata di sale operatorie centralizzate con sedute dedicate, secondo turni e giorni della settimana prestabiliti. L'attività, condotta su posti letto appositamente accreditati, è svolta da dirigenti medici del Presidio Ospedaliero di Asola e di Mantova, per le specialità operanti. L'avvio ufficiale dell'attività è al 4 febbraio 2013. L'offerta di interventi riguarda le branche di Chirurgia Generale, Ginecologia, Ortopedia, Oculistica, Urologia, Chirurgia Vascolare. Per favorire l'integrazione delle discipline, per entrambi la programmazione delle sedute operatorie è effettuata dalla Direzione Sanitaria, che elabora un lay out di sedute operatorie coerente con le indicazioni regionali, le liste di attesa, l'organizzazione delle risorse secondo le potenzialità della specialità e in relazione agli organici assegnati alle medesime. In caso di complicità chirurgiche, è garantita la centralizzazione presso il Presidio di Mantova, nella disciplina di afferenza del paziente; la stessa è garantita anche per i casi chirurgici provenienti dal territorio mediante attivazione del 118, tramite specifica condivisione con AREU e AAT 118 locale.

RISULTATI L'attività è stata monitorata durante l'anno in corso, secondo alcuni indicatori, tra cui si segnalano, i seguenti dati preliminari: numero di sedute utilizzate sul totale delle sedute assegnate (549 su 593, pari al 93% di utilizzo), saturazione media del tempo operatorio (il dato riferito al mese di maggio 2013, analizzato a campione dopo pieno avvio delle attività evidenzia circa l'85% di saturazione del tempo assegnato in sala, suddivisibile per le varie specialità), numero casi effettuati per seduta operatoria assegnata per tipologia di specialità operante (nello stesso mese, analizzato a campione, si rilevano 313 interventi chirurgici, suddivisi per specialità) nonché liste e tempi di attesa, verificabili attraverso i sistemi di monitoraggio aziendali. Si rilevano inoltre la riduzione delle liste di attesa per patologie minori per le specialità operanti e l'integrazione tra professionalità chirurgiche operanti sui due presidi. Infine si rileva una riduzione degli accessi totali, con particolare riferimento ai pazienti chirurgici, presso il Pronto Soccorso del Presidio di Asola.

LIMITI Il rationale di tale riconversione risponde alle necessità sempre più attuali di creare percorsi assistenziali codificati per l'esecuzione di interventi chirurgici, nel rispetto dei criteri di appropriatezza di erogazione delle prestazioni e sicurezza del paziente, con una serie di vantaggi a diretto beneficio del paziente: ridotto tempo di attesa per l'erogazione della prestazione, presenza costante di accompagnatori nel periodo post-operatorio, ambiente più sereno e confortevole rispetto ai normali reparti ospedalieri, riduzione del rischio di infezioni legata alla contrazione del tempo di permanenza nelle strutture sanitarie. Il valore aggiunto dal punto di vista organizzativo consiste nella coerente gestione delle risorse, in quanto la riorganizzazione del Presidio ne permette una ottimizzazione, in linea con il contesto nazionale e regionale di riferimento.

CONCLUSIONI Sono stati evidenziati la difficoltà iniziale di integrazione delle diverse équipe chirurgiche, dovuta all'importante distanza chilometrica (circa 40 Km) che intercorre tra i due presidi ospedalieri. Permangono ancora alcune difficoltà legate alla specifica conoscenza del nuovo assetto della struttura da parte della popolazione, ad oggi in corso di risoluzione dopo iniziative di divulgazione intraprese sia mezzo stampa, sia capillarmente, con i medici operanti sul territorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Lorenzoni Marianna, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova - Direzione Sanitaria
Viale Pietro Albertoni, 1 - 46100 - Mantova
Email: mariannalorenzoni@yahoo.it

88. Progetto "Presto a casa": valutazione della qualità percepita nell'utilizzo dell'Assistive Technology

Lucarelli Letizia¹, Lamprecht Gabriella²

¹A.T.S.M. Onlus di Trento "Centro F.Martini", ²Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste

BACKGROUND Una fase molto delicata che la persona si trova ad affrontare dopo un evento patologico invalidante è quella del recupero dell'autosufficienza e il rientro a casa può costituire un momento molto difficile e problematico, poiché costringe la persona a misurarsi con le difficoltà conseguenti alle subentrate disabilità motorie e cognitive. Il progetto "Presto a casa" nasce attraverso una partnership tra Comune di Trieste-Area Promozione e protezione sociale, Regione autonoma FVG, ATER Trieste, AREA Science Park ed Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste. Tale progetto si è concretizzato attraverso l'adattamento di due appartamenti-palestra, come contesto finalizzato all'acquisizione del maggiore livello di indipendenza possibile, attraverso la predisposizione al loro interno di tecnologia domotica e ausili per facilitare l'esecuzione delle attività quotidiane. La figura professionale scelta per i trattamenti riabilitativi all'interno degli appartamenti-palestra è quella del Terapista Occupazionale, per le sue competenze specifiche nell'analisi e l'adattamento delle attività quotidiane e dell'ambiente, nell'addestramento all'uso degli ausili, nell'approccio all'indipendenza.

OBIETTIVI A)Valutazione della qualità percepita rispetto alle soluzioni proposte all'interno degli appartamenti-palestra, attraverso l'analisi dei risultati ottenuti dal Questionario di feedback compilato dal campione. B)ipotesi di miglioramento del processo valutativo, attraverso l'individuazione di strumenti standardizzati (indicatori di outcome), per la valutazione dell'efficacia delle tecnologie assistive e dell'autonomia raggiunta dall'utente dopo il training.

METODI Nel secondo semestre del 2012, gli utenti ricoverati presso la Medicina Riabilitativa, che presentavano i criteri di inclusione individuati, hanno ricevuto training specifici di terapia occupazionale all'interno degli appartamenti-palestra. A conclusione del training è stato loro somministrato il Questionario di feedback, per indagare la qualità percepita.

RISULTATI Il campione è risultato composto da 10 persone, 12 femmine e 2 maschi, età compresa tra 48 e 74 anni, 10 con diagnosi di ictus e 4 di sclerosi multipla. L'intero campione ha espresso un giudizio positivo nella maggior parte degli item del Questionario di feedback, dimostrando un ampio gradimento di strumenti e adattamenti ambientali e poche necessità di modifica (media 4,53/5; mediana 4,71/5). Le medie dei punteggi per per item variano da 3,43 a 5; nel dettaglio: -Uso del PC per controllare l'impianto domotico 3,43 -L'accensione delle luci in modo automatico 3,92 - La stazione meteo per la chiusura automatica di finestra e tapparella 4,92 -La posizione dei pulsanti a parete 4,93 -La finestra motorizzata 4,93 -Le tapparelle motorizzate 5. La media dei punteggi per la cucina è 4,78/5 e la mediana è 4,85/5; la media e la mediana dei punteggi per la camera corrispondono (4,67/5); la media dei punteggi per il bagno è 4,59/5 e la mediana è 4,70/5. Nel dettaglio: -Accessibilità del wc 3,50 -Accessibilità dell'armadio con sistema di avvicinamento manuale 4,38 -Accessibilità del comodino 4,38 -Il tavolo, Il pensile movimentabile, Il rubinetto del lavabo con fotocellula, Il wc con fotocellula, Il sollevatore 5. Per quanto riguarda l'uso delle soluzioni la maggior parte delle persone ritiene che le attrezzature siano facilmente utilizzabili (28%), affidabili (26%) e utilizzabili nelle abitazioni (28%); il 10% delle persone ritiene che le attrezzature siano di frequente mal funzionanti, il 5% complicate da usare e il 3% le ritiene invasive.

LIMITI Si propone di rivedere e modificare i criteri di inclusione e si propone di modificare gli indicatori di outcome. Per quanto riguarda la valutazione della qualità percepita, si propone l'utilizzo dell'IPPA (Individual Priorities Problem Assessment), che misura l'efficacia percepita dall'utente nella capacità dell'ausilio di risolvere i problemi prioritari per la persona e fornisce un indicatore di appropriatezza delle soluzioni proposte e di efficacia rispetto al progetto riabilitativo. Per quanto riguarda la valutazione dell'autonomia, si suggeriscono 3 strumenti standardizzati: -L'intervista semistrutturata COPM (Misura Canadese della Performance Occupazionale) per indagare la partecipazione e la soddisfazione nella partecipazione nelle ADL del paziente; -La Barthel Index come indice di indipendenza raggiunta; -L'osservazione standardizzata AMPS (Assessment of Motor an Process Skills) per documentare il cambiamento nella performance occupazionale, poiché questo strumento consente di rendere oggettivo il cambiamento nell'uso degli oggetti in modo efficace e il miglioramento nell'organizzazione e nell'esecuzione dell'attività.

CONCLUSIONI -Criteri di inclusione eccessivamente restrittivi. -Uso di un questionario non standardizzato per la valutazione della qualità percepita dall'utente. -Assenza della valutazione dell'autonomia raggiunta dopo il trattamento nell'appartamento palestra.

Indirizzo per la corrispondenza

Lucarelli Letizia, Terapista occupazionale

ATSM - Associazione Trentina Sclerosi Multipla - Centro F. Martini - Settore Età Evolutiva

Via del Suffragio, 53 - 38122 - Trento

Email: lucarella@yahoo.it

89. Medicina generale: Anziani che curano anziani? Una provocazione sull'accesso alla professione

Magro Valerio Massimo, Minciotti Armando, Giuliano Maria Concetta, Fiore Michele, Bucciardini Giuliano, Merone Giovanni, Curatola Carlo, Nardelli Marco

FIMMG

BACKGROUND La Società attraversa un periodo contraddistinto da cambiamenti, tra i quali il progressivo invecchiamento della popolazione italiana (e residente, in generale) pone la questione della giusta allocazione delle risorse economiche, umane e professionali per una migliore salvaguardia della salute. La Medicina Generale (MG), tra le branche mediche, è tra quelle che risente maggiormente dei mutamenti sociali, politici ed economici odierni, avendo nel contempo il compito di soddisfare i bisogni di salute della popolazione in un setting extra-ospedaliero (quindi maggiormente a diretto contatto con la popolazione).

OBIETTIVI Abbiamo avviato un'indagine conoscitiva sul fenomeno per rilevare le differenze di età tra assistiti e coloro che si apprestano ad entrare nel mondo del lavoro e quindi a fornire ai primi la care, sul Territorio.

METODI Sono stati consultati i dati provenienti dall'Atto Aziendale dei distretti di una ASL di Roma (RMC. Fonte: Supplemento ordinario n. 60 al BURL n.21. 7-6-2008), ampliando i dati statistici con quelli sulla popolazione iscritta in Anagrafe nel Comune di Roma, nel 2010 e, per ciò che attiene la prevalenza delle patologie in relazione alla età, quelli provenienti dal database Health Search 7° report (2011/2012) della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e dal Progetto Mosaico (dati provenienti da 25 medici che utilizzano il software gestionale Profim). E' stata presa visione poi dei dati relativi all'ultimo concorso di accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) rilevati in 16 regioni italiane, Lazio incluso.

RISULTATI La popolazione romana contava al 2010 2.844.821 abitanti, di cui 437.209 soggetti oltre i 70 anni e diversa incidenza della popolazione anziana tra i vari municipi romani; la popolazione residente nei Distretti della ASL RMC, al 2007, contava più di 500000 soggetti, con un calcolo dell'andamento incrementale della fascia di età superiore ai 65 anni di circa il 2%/anno, del 13% circa di individui con età superiore ai 75 anni ed un alto numero di anziani per bambino (anziani sopra i 65 anni/ bambini fino a 6 anni, con valori fino 5,9 nel Municipio 9, appartenente alla RMC). Parallelamente, dai database SIMG/Mosaico, risultano in costante aumento nel tempo i dati di prevalenza, totale e standardizzata per fasce di età, di molte patologie: ipertensione arteriosa, stroke, cardiopatia ischemica, diabete tipo 2, demenza. Dei soggetti che accedono al CFSMG, il 6,5% (fino al 22,2% in Umbria) ha tra 35-39 anni; il 3,5% ha più di 40 anni (in Sardegna l'età media per la popolazione femminile è 34,4 anni; in Basilicata per il sesso maschile 31,8 anni). In Umbria i soggetti accedono al CFSMG a 5-9 anni dalla laurea, con un picco di colleghi in Calabria (14%) a 10-14 anni. Il Lazio si allinea sui dati descritti.

LIMITI Non è stata consultata la Letteratura medico-scientifica per citare studi che abbiano dimostrato un calo del rendimento e delle performance professionali in termini qualitativi, nel setting della MG, in maniera proporzionale con l'età. Il presente contributo fornisce un dato che porta ad una conclusione verosimile, non oggettiva.

CONCLUSIONI Dal confronto dei dati si evince come, a fronte dell'aumento dell'età nella popolazione e ad una crescente domanda di salute, da soddisfare idealmente sul Territorio, la MG, primo referente di questa utenza, si trovi svantaggiata. Essa in Italia rispetto all'Europa tende ad immettere infatti nuovi professionisti sul mercato del lavoro con età media più elevata: l'età media dei vincitori del CFSMG, gli anni passati dalla laurea, i tempi d'inserimento/pubblicazione delle graduatorie/zone carenti, per l'accesso alla Convenzione (quindi l'espletamento della propria professionalità acquisita). In media, 5 2 anni, in maniera comunque eterogenea nella Penisola) rendono ragione di un rapporto cronologico medico-paziente quasi da coetanei, con verosimili svantaggi sia di una dequalificazione del lavoro (impossibilità ad espletare turni H12/16/24, sicurezza, salute, retribuzioni, spese) ma anche della care stessa degli assistiti presi in carico. Conclusioni. Lo squilibrio tra domanda ed offerta di Salute crea a livello Territoriale una realtà ove a fronte dei bisogni l'entrata nel mondo del lavoro dei professionisti atti a garantire la soddisfazione degli stessi è tardiva, con insoddisfazione di utenti e medici. In assenza di modifiche strutturali, economiche e generazionali si sta procedendo verso una realtà italiana ove la sanità territoriale vedrà protagonisti di pari età e bisogni. Occorre riflettere su questo dato per agevolare l'entrata nel mondo del lavoro in una età più precoce e garantire nel contempo un servizio che sia efficiente.

Indirizzo per la corrispondenza

Giuliano Maria Concetta, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Provinciale Catania
Via Santa Maria La Grande, 5 - 95124 - Catania
Email: owfeg@tin.it

90. Dimissione anticipata protetta di pazienti con ictus con seguente terapia occupazionale o interdisciplinare a domicilio. Elaborazione di un percorso clinico interdisciplinare grossolano per il Comprensorio Sanitario di Bolzano e confronto dei costi con la terapia convenzionale

Malfertheiner Kathrin

Comprensorio Sanitario di Bressanone

BACKGROUND questa tesi tratta di una possibile introduzione alla dimissione anticipata protetta di pazienti con ictus con seguente terapia occupazionale o terapia interdisciplinare a domicilio nel Comprensorio Sanitario di Bolzano.

OBIETTIVI A causa del risparmio dei costi anche nel sistema sanitario in Alto Adige, l'obiettivo di questa tesi è quello di far capire il risparmio dei costi del trattamento interdisciplinare a domicilio confrontandolo con i costi della degenza e della terapia ambulatoriale convenzionale.

METODI In un primo momento viene elaborato un percorso clinico interdisciplinare grossolano per il Comprensorio Sanitario di Bolzano, prendendo in considerazione i contenuti dei 14 studi internazionali che parlano della dimissione anticipata protetta di pazienti con ictus e considerando il contesto locale. In secondo luogo si calcolano i costi del trattamento convenzionale di 20 pazienti e si paragonano con i costi di una dimissione anticipata protetta con seguente trattamento interdisciplinare a domicilio. Questi calcoli si basano sui dati degli stessi pazienti e vengono calcolati in cinque varianti con differenti intensità della terapia a domicilio con o senza combinazione con la terapia ambulatoriale.

RISULTATI Con una dimissione anticipata protetta, i 20 pazienti avrebbero potuto essere dimessi nella media 17,4 giorni prima in confronto a un ricovero convenzionale. La mediana era di 13,5 giorni con un range da 5 a 59 giorni. I costi del ricovero minimo alla media sono di 5.368,20 - meno del ricovero convenzionale, la mediana è di 3.548,50 - (range da 1.385 a 19.111). Con un seguente trattamento interdisciplinare a domicilio, anche in combinazione con la terapia ambulatoriale, con le varianti da uno a quattro potrebbero essere risparmiati in media da 17,30% a 21,20% e una mediana da 14% a 17,5% dei costi. Anche con la variante cinque si potrebbero risparmiare in media 4,87% e una mediana di 6% dei costi in confronto al trattamento convenzionale.

LIMITI ...

CONCLUSIONI Una dimissione anticipata protetta di pazienti con ictus con seguente trattamento interdisciplinare a domicilio potrebbe essere introdotta anche nel Comprensorio Sanitario di Bolzano con qualche modifica nell'organizzazione strutturale e del personale e sarebbe un'alternativa efficiente per i costi in confronto al trattamento convenzionale. Il "piano d'indirizzo per la riabilitazione" sottolinea il domicilio come luogo privilegiato per gli interventi di competenza del terapeuta occupazionale. Con un trattamento a domicilio incentrato sulla "classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute" (ICF) si potrebbero proporre più attività e partecipazione rispettando anche i fattori ambientali. Secondo gli studi internazionali a causa del training intensivo delle attività di vita quotidiana a domicilio, si potrebbe raggiungere un outcome uguale se non addirittura migliore in confronto a un trattamento convenzionale.

Indirizzo per la corrispondenza

Malfertheiner Kathrin, Terapista occupazionale
Ospedale di Base di Vipiteno
Via Santa Margherita, 24 - 39049 - Vipiteno - Sterzing
Email: kathrin.malfertheiner@gmail.com

91. L'Audit Clinico quale strumento di Assessment per la buona pratica Clinico-Assistenziale: un'esperienza ospedaliera

Malinverno Enrico, Ceconi Fanny, Grippaldi Giuseppe, Gandini Tiziana

A.O. Macchi di Varese

BACKGROUND Il Ministero della Salute ha promosso in questi anni, tra le attività di programmazione di interesse nazionale in ambito di Governo Clinico, Qualità e Sicurezza delle Cure, uno specifico programma per individuare un setting di "Buone Pratiche" clinico-assistenziali rivolte al Miglioramento Continuo della Qualità e alla Safety dell'assistito. Lo scopo è quello di promuovere e sostenere la realizzazione di interventi mirati ad accrescere la "cultura" e l'attenzione della sicurezza delle cure da parte sia delle organizzazioni sanitarie, sia dei professionisti della salute, mediante l'implementazione di un processo sistematico di valutazione e di autovalutazione. Un percorso sicuramente non semplice ma, come dimostrato da numerosi studi in letteratura, vincente ai diversi livelli di erogazione delle prestazioni: appropriatezza, efficienza, efficacia ed economicità.

OBIETTIVI Il progetto di Audit Clinico di seguito descritto si propone, sulla base degli indirizzi di Regione Lombardia in tema di Qualità e Risk Management, ed in ottemperanza agli Standard internazionali per la Sicurezza del Paziente (JCI), di valutare l'applicazione appropriata di Linee guida e protocolli operativi evidence-based rispetto alcune pratiche clinico assistenziali. In particolare sono state scelte pratiche clinico assistenziali in stretta correlazione con l'incidenza di Infezioni Correlate dell'Assistenza sanitaria. Questo percorso, si colloca all'interno delle diverse metodologie di Clinical Governance scelte dall'A.O. "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" di Varese nel Piano di Miglioramento Continuo della Qualità e della Sicurezza del malato. Attraverso questo percorso di valutazione sistematica., giunta alla sua 3^a edizione, si è cercato di far acquisire agli operatori maggior consapevolezza sull'Accountability di applicazione delle "Buone Pratiche" al fine di prevenire e gestire l'errore clinico, nonché di garantire una prestazione assistenziale sempre più rispondente alle reali necessità di salute manifestate dalla persona.

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 SITRA, ha elaborato, anche in versione on-line, una griglia di analisi (check list) in riferimento alla procedura operativa di tre specifiche pratiche individuate, in fase di programmazione, per l'anno 2013. L'Audit riguarda: il Cateterismo Vescicale, L'Igiene delle Mani e la Medicazione. Il campionamento randomizzato ha coinvolto 45 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 Interni appositamente formati. Complessivamente sono state effettuate 1653 osservazioni così distribuite: - Igiene delle mani n° 1088 - Cateterismo vescicale n° 277 - Medicazioni n° 288.

RISULTATI Lo studio di tipo quantitativo/qualitativo, ha evidenziato in generale una buona compliance del personale infermieristico e di supporto rispetto l'applicazione dei protocolli operativi relativi alle pratiche assistenziali oggetto dello studio, 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, soddisfano uno standard superiore alla media fino a punte del 92%. L'indicatore di riferimento per ogni buona pratica osservata, con un L.S. dell'80%, era il seguente: N° delle procedure attuate in modo completo/ N° procedure osservate. Il livello di conformità media complessiva calcolata su tutte le osservazioni è di 2,62 (valore massimo 3). Sono presenti, comunque, margini di miglioramento relativamente ad alcune pratiche per le quali sono stati pianificati i seguenti interventi di miglioramento: - Ripresa dei contenuti per ogni protocollo operativo, - Interventi di formazione/informazione specifica, - Produzione di filmati video on line, - Ri-valutazione.

LIMITI - Non possibilità di valutare il trend del fenomeno per assenza di "uno storico" - Difficoltà a pianificare le sedute di osservazione per pratiche non programmabili - Frequenza di svolgimento di alcune pratiche.

CONCLUSIONI Il processo di Audit Clinico condotto per la valutazione di aderenza alle buone pratiche clinico assistenziali ha dimostrato la possibilità di misurare concretamente la performance degli operatori nello svolgimento di tali pratiche, consentendo di individuare lo scostamento rispetto standard e indicatori precodificati. 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'espletamento delle "Buone pratiche", 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

Malinverno Enrico, Infermiere
Azienda Ospedaliera di Varese - Ospedale di Circolo Fondazione Macchi - Dipartimento Infermieristico
Viale Luigi Borri, 57 - 21100 - Varese
Email: enrico.malinverno@ospedale.varese.it

92. Il Lean Management nell'Azienda Ospedaliera di Padova: analisi dei casi e possibili sinergie con il Clinical Risk Management

Manfrotto Ettore

Università degli Studi di Padova

BACKGROUND Il "Lean management" è un approccio di derivazione industriale, che si sta diffondendo nel settore dei servizi. In particolar modo, i principi, gli strumenti e le pratiche associati a tale metodologia stanno dimostrando, nelle recenti esperienze internazionali, elevate potenzialità per il miglioramento delle prestazioni in ambito sanitario. Lo studio mira a comprendere come l'applicazione di questo approccio possa contribuire ad abbattere i costi eliminando gli sprechi, garantendo nel contempo alti livelli di qualità e sicurezza.

OBIETTIVI La tesi in oggetto verrà sviluppata da un laureando in Ingegneria Gestionale dell'Università di Padova nell'ambito di uno stage in corso presso l'Azienda Ospedaliera di Padova con l'obiettivo di descrivere lo stato dell'arte relativamente all'implementazione di prime esperienze di Lean Management in tale contesto sanitario. In particolare, verranno analizzati approfonditamente due progetti condotti rispettivamente nel reparto di Oncoematologia Pediatrica e in quello di Medicina di Laboratorio, con l'obiettivo di individuare le sinergie tra due differenti metodologie manageriali il Lean Management e di Clinical Risk Management. Questo studio contribuirà a realizzare una metodologia per la riduzione dei costi e degli sprechi, aumentando al tempo stesso la qualità e la sicurezza del paziente, e favorendo lo sviluppo di una sanità più efficiente, efficace e sicura, a vantaggio dell'intera società.

METODI Analisi e mappatura delle esperienze di Lean Management all'interno dell'AOP tramite raccolta documentazione, domande aperte. Individuazione delle possibili sinergie tra "Health Lean Management" e di "Clinical Risk Management" dalle esperienze nell'UOC Clinica di Oncoematologia Pediatrica e del reparto di Medicina di Laboratorio tramite un protocollo di intervista elaborato dal gruppo di ricerca del Dipartimento di Tecnica e Gestione dei Sistemi Industriali dell'Università degli Studi di Padova. Analisi delle performance del progetto di riorganizzazione dell'UOC Clinica di Oncoematologia Pediatrica tramite definizione ed applicazione di indicatori di performance

RISULTATI Alcuni risultati non sono ancora disponibili, in quanto i dati sono ancora in fase di raccolta ed elaborazione. La tesi sarà discussa nella sessione di febbraio-marzo 2014

LIMITI Le tempistiche, in quanto alcuni risultati non sono ancora disponibili, in quanto i dati sono ancora in fase di raccolta ed elaborazione. La tesi sarà discussa nella sessione di febbraio-marzo 2014

CONCLUSIONI Ad oggi molte aziende ospedaliere sono gestite in maniera sempre più simile a quelle industriali. Risulta quindi opportuno individuare tra gli strumenti che hanno reso efficiente la produzione di beni, quelli che più si adattano al mondo sanitario, massimizzando la qualità del paziente e razionalizzando le risorse.

Indirizzo per la corrispondenza

Manfrotto Ettore, Studente
Università degli Studi di Padova
Via 8 Febbraio, 2 - 35122 - Padova
Email: manfrotto.e@gmail.com

93. Progetto lettura integrata Carta del Rischio Cardiovascolare Ausl Bologna

Mara Morini, Emanuele Ciotti, Maria Cristina Pirazzini, Carlo Descovich

AUSL Bologna

BACKGROUND Nella nostra Regione le malattie croniche specie quelle cardio-vascolari determinano il carico principale in termini di mortalità e morbilità. Le cause principali di queste malattie sono conosciute e riconducibili a fattori comportamentali quali l'alimentazione non sana, l'inattività fisica, il fumo, alti livelli di colesterolo LDL, bassi livelli di colesterolo HDL, pressione arteriosa alta e valori alti di glicemia. Numerose evidenze dimostrano come gli interventi più efficaci siano quelli che agiscono su questi fattori, la cui eliminazione potrebbe prevenire l'80% delle malattie cardiache. Il Progetto sulla Prevenzione Primaria delle malattie cardiovascolari, con la diffusione della carta del rischio va in questa direzione, è stato avviato nel 2006 con una sperimentazione condotta nel setting assistenziale della Medicina Generale. Tenuto conto di questa esperienza, si è reso opportuno proseguire orientando però il progetto sull'integrazione professionale tra MMG ed infermieri anche avvalendosi di interventi di counselling. I destinatari del Progetto sono uomini e donne rispettivamente di 45 e 55 anni compiuti nel 2012, questo perché il rischio cardiovascolare della donna pareggia quello dell'uomo solo dopo il climaterio.

OBIETTIVI L'obiettivo specifico del Progetto è di attivare un percorso di medicina proattiva con una modalità di chiamata dell'utenza target, intervista e utilizzo della carta del rischio per personalizzare infine l'intervento da mettere in campo per promuovere uno stile di vita salutare.

METODI Sono state predisposte le liste di pazienti per ogni Medico di Medicina Generale MMG di due Nuclei di Cure Primarie, poi reclutati ed intervistati presso il poliambulatorio Mengoli. L'intervista strutturata da parte dell'infermiere verte su precedenti eventi cardiovascolari e cerebrovascolari, su comportamenti e stili di vita; rilevazione dei parametri: peso, altezza, misurazione circonferenza vita, misurazione della pressione arteriosa; raccolta dati sugli esami di laboratorio previsti: glicemia, trigliceridi, colesterolo totale e colesterolo HDL, eseguiti entro i 12 mesi precedenti. La valutazione congiunta è stata effettuata in accordo con i relativi MMG. Il progetto prevede infine un follow up sia per le persone senza fattori di rischio, che per quelle indirizzate a percorsi per migliorare gli stili di vita.

RISULTATI Al 30/11/2013 per il Nucleo Cure Primarie NCP di San Vitale 1 sono stati chiamati attivamente 302 utenti (maschi e femmine) sui 302 eleggibili, il 100%. Per il NCP S.Vitale 2, 326 su 326 il 100%. Per il secondo indicatore: Numero assistiti con esito chiamata attiva = "accettato" sul Numero assistiti con chiamata attiva i risultati sono per il NCP S.Vitale 1 il 33,8%, per S.Vitale 2 il 39,9%. Alle persone reclutate che non presentavano fattori di rischio comportamentali è stato consegnato materiale informativo/educazionale e dati consigli su sani stili di vita. Agli assistiti che presentavano fattori di rischio comportamentali, sono stati dati consigli su stili di vita e su comportamenti individuali attraverso tecniche comunicative e motivazionali.

LIMITI Il progetto Carta del Rischio Cardio Vascolare è un esempio positivo di medicina proattiva oltre che di costruzione di lavoro in team tra mmg e infermiere e di sinergia tra dipartimenti, un buon esempio di quella che è la logica e il valore alla base della costruzione della Casa della Salute.

CONCLUSIONI Il limite dello studio è di essere solo su 2 NCP rispetto ai 41 NCP dell'azienda Ausl di Bologna.

Indirizzo per la corrispondenza

Ciotti Emanuele,
Ospedale Ravenna - Direzione Sanitaria
Viale Randi, 5 - 48100 - Ravenna
Email: emanuele.ciotti@ausl.bologna.it

94. Appropriatelyzza, ottimizzazione e qualità in cardiologia nucleare. L'esperienza della Fondazione S. Maugeri, Istituto Scientifico di Veruno

Marcassa Claudio, Campini Riccardo, Zoccarato Orazio, Calza Paolo

Fondazione Maugeri - IRCCS - Istituto Scientifico di Veruno

BACKGROUND Il 50% dei costi dell'assistenza specialistica ambulatoriale è dato dalle indagini diagnostiche. La cardiologia nucleare è una delle metodiche di stress-imaging più diffuse per la diagnosi e stratificazione prognostica dei pazienti con cardiopatia ischemica nota o sospetta. Nell'ottica di una gestione ottimale delle risorse disponibili, sempre più limitate, appropriatezza prescrittiva, ottimizzazione e qualità, diventano momenti fondamentali. Nel nostro centro, che ha un volume di circa 1500-1600 pazienti/anno (collocandosi nel 19% dei laboratori in Europa con più alto volume (Survey European Council of Nuclear Cardiology 2007) siamo da lungo tempo impegnati nella implementazione di questi tre punti.

OBIETTIVI Valutare l'appropriatezza delle indicazioni alle valutazioni di cardiologia nucleare, ottimizzare le procedure di acquisizione per ridurre la dose/paziente e personale, valutare la riproducibilità interpretativa inter-osservatore.

METODI 1) appropriatezza: Nel 2006 sono stati pubblicati i Criteri di Appropriatelyzza (CA) per le indicazioni di cardiologia nucleare. Nel corso del 2013 abbiamo valutato prospetticamente l'implementazione dei CA in tutti i pazienti afferenti al centro. 2) Ottimizzazione: dai primi anni del 2000, sono disponibili varianti dei software iterativi di ricostruzione delle tomoscintigrafie miocardiche di perfusione (SPECT); tali algoritmi consentono l'elaborazione di acquisizioni SPECT a bassa statistica di conteggio. Soprattutto negli USA, i software sono stati utilizzati inizialmente con l'obiettivo primario di effettuare acquisizioni di minore durata. Tuttavia, una bassa statistica di conteggio può essere ottenuta anche impiegando una minore dose di tracciante iniettato. Dopo una fase di ottimizzazione su fantoccio di uno dei software disponibili (2007) e una fase di valutazione pre-clinica, dal 2009 tale algoritmo viene utilizzato sistematicamente nella routine, e nel corso del 2013 abbiamo analizzato i risultati della sua implementazione. 3) riproducibilità: All'interno Sistema di Gestione della Qualità, abbiamo implementato una procedura interna per la verifica periodica della riproducibilità dell'interpretazione della SPECT. Ogni mese, tutti gli esami di un giorno vengono interpretati in cieco da ciascuno dei 3 medici dedicati. Per ogni esame viene dato un giudizio generale (normale/patologico), un giudizio dettagliato (normale, ischemia, necrosi, necrosi ischemia), ed uno score segmentario dell'entità della captazione di tracciante su 17 segmenti miocardici. L'agreement è stato calcolato per confronti incrociati tra i 3 operatori.

RISULTATI 1) appropriatezza: abbiamo avuto 10% di esami non appropriati, 16% dubbi e 74% appropriati. In relazione al richiedente, i referenti ospedalieri hanno avuto solo il 5% di richieste inappropriate, contro il 14% dei referenti ambulatoriali ($p < 0.001$). Le più frequenti indicazioni inappropriate sono risultate: paziente sintomatico, bassa probabilità di malattia, ECG interpretabile, e paziente asintomatico entro due anni da angioplastica. 2) ottimizzazione Rispetto alla somministrazione di una dose tracciante secondo le Raccomandazioni Procedurali e i Livelli Diagnostici di Riferimento (LDR, 1480 MBq per studio completo stress-rest), l'uso dei nuovi software ha consentito una riduzione della dosimetria/paziente (46% dei LDR, da 13.7 mSv a 5.7 mSv per uno studio stress-rest, $p < 0.0001$) e della esposizione del personale dedicato (da 2.1 μ Sv/paziente a 1.0 μ Sv/paziente, $p < 0.0001$), con una contemporanea riduzione dei tempi di acquisizione e conseguente ottimizzazione dei tempi/macchina. La ridotta dosimetria porta inoltre ad una riduzione della stima di probabilità di neoplasie indotte da 1:1460 pazienti (dose secondo LDR) a 1:3509 (riduzione del 58.4%). 3) riproducibilità: L'agreement per il giudizio globale varia da 84.6% a 92.3% (Kappa da 0.69 a 0.85), per il giudizio dettagliato da 77% a 87% (Kappa da 0.62 a 0.76) e per lo score segmentario da 64% a 77% (Kappa da 0.47 a 0.63).

LIMITI Questi risultati sono ottenuti nel nostro laboratorio e non necessariamente esportabili ad altre realtà. È tuttavia in corso uno studio multicentrico per la valutazione della appropriatezza.

CONCLUSIONI Conclusione. 1) Nel nostro laboratorio il numero di esami con indicazioni inappropriate appare contenuto; tuttavia, la dipendenza stretta dalla tipologia di referente ci ha indotto a considerare di implementare un percorso formativo dedicato. 2) La semplice implementazione di nuovi software per la ricostruzione delle SPECT miocardiche porta ad una riduzione della dosimetria/paziente almeno del 50%; la diffusione di questi software renderà necessaria una rivisitazione dei LDR. 3) La concordanza sulla interpretazione globale delle SPECT è elevata, tuttavia migliorabile al crescere del dettaglio interpretativo. Le procedure di audit interno sono uno strumento indispensabile per un continuo miglioramento della qualità.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcassa Claudio, Medico Chirurgo
Fondazione Salvatore Maugeri - Sede di Veruno - U.O. Cardiologia Riabilitativa
Via Per Revislate, 13 - 28010 - Veruno
Email: claudio.marcassa@fsm.it

95. Uso dell'osservazione breve intensiva in un pronto soccorso pediatrico: utilità correlata alla patologia

Maretti Michela, Landini Susanna, Forti Sara, Bergamaschi Rosalba, Tassinari Davide, Bernardi Filippo

Azienda Ospedaliero - Universitaria, Policlinico S. Orsola - Malpighi

BACKGROUND L'Osservazione Breve Intensiva(OBI) in pediatria ha come obiettivo l'osservazione prolungata (6-36 h) dei pazienti in regime di non ricovero, il trattamento di quadri di malattia di complessità medio-moderata con possibilità di dimissione rapida e quindi riduzione dei costi sanitari. Una percentuale di pazienti che accedono al PS valutabile tra il 5 e il 10%, ha necessità di brevi periodi di osservazione per raggiungere una definizione diagnostico-terapeutica sufficiente a valutare la necessità di ricovero prolungato oppure di una dimissione sicura.

OBIETTIVI Nella nostra realtà, abbiamo valutato l'impatto dell'OBI nella modificazione dei vari percorsi sanitari di alcune patologie che precedentemente venivano direttamente ricoverate.

METODI Abbiamo pertanto confrontato due gruppi di pazienti degli anni pre- e post-introduzione della funzione di OBI nell'emergenza pediatrica rispettivamente affetti da Convulsioni Febrili(CF), Gastroenteriti acute(GEA) e Polmoniti. Per ottimizzare poi l'uso dell'OBI, abbiamo ricercato la presenza di parametri anamnestici, clinici e di laboratorio che fossero predittivi di ricovero diretto da PS. Abbiamo analizzato i dati ricavati attraverso l'utilizzo dei test statistici di Chi-quadro e di regressione logistica.

RISULTATI La percentuale di riduzione dei ricoveri complessivi per singole patologie è risultata la seguente: il 71% dei pazienti con CF, il 50% di GEA e il 40% di polmoniti sono stati trattati esclusivamente in regime di OBI. Lo studio dei fattori predittivi di ricovero, non ha permesso di individuare alcun parametro dirimente per i pazienti affetti da CF. Nelle GEA l'unico fattore predittivo individuato di ricovero è l'iponatriemia all'ingresso, mentre per le Polmoniti vi è una correlazione positiva con l'importanza per estensione e caratteristiche anatomiche del quadro radiologico.

LIMITI Da queste prime valutazioni positive si evidenzia la necessità di allargare il numero di potenziali patologie idonee ad una collocazione in OBI e di definire, per ognuna di esse, i parametri predittivi per un'idonea collocazione in OBI piuttosto che in regime di ricovero.

CONCLUSIONI In conclusione si può affermare, che l'OBI permettere di raggiungere il principale obiettivo prefissato che è quello di ridurre il numero di ricoveri ospedalieri.

Indirizzo per la corrispondenza

Maretti Michela, Medico Chirurgo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi - U.O. SSD Pronto Soccorso Pediatrico e Pediatria d'Urgenza

Via Albertoni, 15 - 40138 - Bologna

Email: michela_maretti@libero.it

96. Centro residenziale di Cure Palliative - Hospice a gestione infermieristica

Marzi Annamaria¹, Manni Antonio², Piacentini Mariangela¹

¹Hospice Madonna dell'Uliveto Albinea di Reggio Emilia, ²AUSL di Reggio Emilia

BACKGROUND L'Hospice territoriale Casa Madonna dell'Uliveto è una struttura residenziale per 12 malati oncologici in fase avanzata di malattia, attiva nel territorio di Reggio nell'Emilia dal 2001. È gestito dall'omonima cooperativa sociale (no profit) ed è localizzato in un edificio di proprietà della Diocesi di Reggio Emilia, concesso in uso gratuito. L'omonima Fondazione ONLUS si è occupata della raccolta fondi per la ristrutturazione e attualmente collabora al fundraising. L'hospice è struttura convenzionata con l'AUSL di Reggio Emilia con rimborso a giornata di degenza; il ricovero è gratuito per i malati.

OBIETTIVI Offrire sollievo e accompagnamento mediante assistenza personalizzata al malato in fase terminale in struttura residenziale, come a casa, rispondendo ai bisogni globali (fisici, psichici, sociali e spirituali in un ambiente il più possibile confortevole e familiare) in modo appropriato mediante un'assistenza infermieristica qualitativa con l'intervento del medico palliativista al bisogno. Assicurare Cure palliative multidisciplinari secondo la filosofia "low tech - high touch".

METODI Condivisione della Coop. sociale con l'AUSL del modello gestionale (tipo "ospedale di comunità") per cui la struttura è a direzione infermieristica e l'assistenza medica è fornita da 15 Medici di Medicina Generale motivati e formati che costituiscono il team di Cure Palliative dell'Hospice insieme all'equipe costituita da 11 infermieri, 7 OSS, dall'Assistente Sociale volontaria, da 2 Psicologhe p.t., dalla musicoterapista, due fisioterapiste volontarie, trattamento Shatsu e 3 assistenti spirituali. Il lavoro di équipe è basato sul confronto e la collaborazione tra infermieri, medici, operatori socio-sanitari e consulenti. La qualità del servizio è assicurata anche dalla presenza di un nutrito numero di volontari coinvolti a seconda delle attitudini personali e degli ambiti di interesse. L'Hospice è parte integrante della Rete di cure Palliative dell'AUSL di Reggio Emilia con cui ha condiviso le linee strategiche di organizzazione del servizio. Ciò si realizza anche attraverso l'integrazione con i servizi domiciliari e ospedalieri per favorire la continuità assistenziale. L'accesso e la dimissione dall'Hospice sono regolamentati da protocolli di intesa con l'AUSL.

RISULTATI L'apprezzamento da parte di pazienti e familiari della qualità assistenziale è elevatissimo. Lettere spontanee e questionari di valutazione continuano da 12 anni a chiedere perché non si possono moltiplicare servizi come il nostro. L'organizzazione della struttura, dando la possibilità di personalizzare i ritmi dell'attività assistenziale nel rispetto delle abitudini, l'ambiente, i pasti e di introdurre animali domestici fa sì che il malato e la sua famiglia siano posti al centro del progetto di cura. La personalizzazione dell'intervento assistenziale molto competente è il fattore determinante del percorso di cura.

LIMITI La nostra è un'esperienza; con i limiti della piccola realtà di un'hospice medio con 12 posti-letto.

CONCLUSIONI Per i malati cronici e soprattutto quelli in fase terminale il bisogno prevalente è il "care", il prendersi cura competente per cui si possono evitare eccessivi investimenti medici e tecnologici perché non necessari. Applicare il modello ospedaliero è inappropriato. Condizione di efficacia però è il n° adeguato e la competenza relazionale ed etica degli infermieri, il lavoro di equipe, la formazione continua, audit, e supervisione mensile. Da rilevare la sostenibilità economica del modello basato su meno ore di presenza del medico e più ore del personale socio-sanitario.

Indirizzo per la corrispondenza

Liberati Nicola, Medico Chirurgo
Casa di Cura Privata - Di Lorenzo
Via Vittorio Veneto, 37 - 67051 - Avezzano
Email: nic.liberati@gmail.com

97. Studio di un metodo per definire l'appropriatezza ed il relativo utilizzo di risorse per il Servizio Sanità Pubblica Veterinaria dell'Azienda USL di Reggio Emilia

Massirio Ivano, Aldrovandi Aurelio, Bassoli Mirco, Lelli Claudio, Micagni Giorgio, Parisoli Sandro, Cuccurese Antonio
Azienda USL Reggio Emilia

BACKGROUND L'attività veterinaria pubblica è sostanzialmente indirizzata a perseguire livelli di sanità animale ed igiene delle produzioni a tutela della salute umana ed animale attraverso requisiti definiti da disposizioni europee, statali e regionali. Vengono quindi implementati piani di controllo che pur auspicando, in taluni casi, interventi basati sulla categorizzazione del rischio, non sempre forniscono una metodologia uniforme e d'insieme utile a definire le priorità non permettendo di modulare l'attività in funzione delle risorse e di valutazioni costo beneficio.

OBIETTIVI Dotare il management aziendale di un metodo con cui definire le priorità in sanità animale attraverso una valutazione dell'appropriatezza e rilevanza degli interventi, del relativo utilizzo di risorse e di una valutazione costo/beneficio.

METODI L'appropriatezza e la rilevanza viene valutata per ogni piano di controllo in sanità animale (es Piano di eradicazione brucellosi bovina, tubercolosi bovina ecc.) attraverso un set di criteri ai quali viene associato un peso in funzione della mission aziendale. Il set di criteri tiene in considerazione se il piano preso in esame trova la sua genesi in una disposizione legislativa e di quale tenore, se è coerente a obiettivi di salute fissati a livello nazionale, regionale o locale, l'arco temporale di svolgimento, il grado di diffusione territoriale, l'interdisciplinarietà, se necessita di formazione specifica, se necessita di comunicazione specifica. Ad ogni criterio viene associato un peso in funzione del grado di adesione al criterio stesso da parte del piano preso in esame. Ogni criterio sopracitato è stato pesato con la seguente modalità: Norme: Norma Comunitaria e/o Norma nazionale = 25; norma regionale = 20; piano regionale volontario = 15; piano locale = 10; piano locale volontario = 5. Significatività: PSN/PNP = 15; PRP = 10; locale = 5 Diffusione: Europea/Nazionale = 15; Regionale = 10; Provinciale/locale = 5 Tempo (durata): più di 2 anni = 15; 2 anni = 10; 1 anno = 5 Interdisciplinarietà: servizi/enti esterni ed interni all'AUSL = 15; più di 2 servizi/UE interni all'AUSL = 10; 2 Servizi/UE interni all'AUSL = 5 Formazione: necessità di formazione specifica = 5 Comunicazione: Nazionale/Regionale = 10; Locale = n 5 I pesi così calcolati sono in funzione delle proprietà intrinseche dell'attività. Manca la ricaduta dell'attività sui cittadini per cui si introduce il Coefficiente di impatto così espresso: Impatto sulla salute umana = 5, Impatto economico su settori produttivi = 3 Impatto sulla pubblica opinione = 2 La somma dei pesi è moltiplicata (fattore di moltiplicazione = importanza) alla somma coefficienti opportunamente selezionati in funzione dell'attività. L'utilizzo di risorse viene calcolato per ogni piano attraverso le ore programmate/effettuate. Si parte dal calcolo delle ore programmate attraverso la seguente espressione: Debito ore di un veterinario: 38 h x 52 settimane x 0,86 indice di presenza = 1700. Debito ore veterinari che operano negli allevamenti: 1700 x 32 = 54400. Debito ore lavorate in allevamento (no ufficio, auto ecc.): 54400 x 0,53 = 28832 suddivise poi per ogni attività. Segue il calcolo delle ore effettuate attraverso la seguente espressione; Si calcolano le Ore lavorate veterinari che operano negli allevamenti: 38 h/sett x 52 sett x 32 vet, a cui si sommano le ore straordinarie dei 32 vet. Il valore così ottenuto si moltiplica per la media dei coefficienti di presenza mensili (0,82) = 31035. Si procede poi come il precedente. La valutazione costo beneficio viene effettuata per il Piano di eradicazione della Brucellosi su base annua. Pertanto a fronte di un finanziamento regionale E 12.752.000 per il settore della sanità pubblica veterinaria dell'AUSL di Reggio Emilia, il costo relativo al piano di eradicazione brucellosi è di E 969.000. In base alla produzione annua dei 1638 allevamenti che producono su base annua 5.231.524 q.li di latte abbiamo 13.345.230 persone consumatrici.

RISULTATI Utilizzando la metodologia proposta emerge come i piani contro la brucellosi bovina, tubercolosi bovina, influenza aviare raggiungano il massimo valore di appropriatezza e rilevanza = 1000, mentre piani quali Blue Tongue e Anemia Infettiva degli equidi assumano valori decisamente inferiori, 225 e 105 rispettivamente, con un possibile risparmio di risorse in termini di Personale del 16%. Inoltre la valutazione costo beneficio effettuata mostra come di fatto il costo per soggetto (persona) che beneficia dell'azione preventiva del piano di eradicazione della brucellosi sia di 7 centesimi di euro.

LIMITI Fase sperimentale al suo primo anno di applicazione. La correttezza dei criteri individuati e il metodo vanno testati per più anni.

CONCLUSIONI Il metodo proposto può rappresentare un ausilio nella definizione delle priorità nella gestione delle attività istituzionali del Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria garantendo trasparenza, leggibilità, uniformità, scongiurando definitivamente rischi di autoreferenzialità.

Indirizzo per la corrispondenza

Massirio Ivano, Veterinario
Azienda USL di Reggio Emilia - Area A - Sanità Animale
Via Amendola, 2 - 42122 - Reggio nell'Emilia
Email: ivano.massirio@ausl.re.it

98. Governance del sistema persona con disabilità: progetto riabilitativo di struttura basato su ICF, riabilitazione narrativa ed EBM nel S.R.R.F. Andria - ASL BT

Mastrapasqua Nunzia¹, Labartino Maria Cristin^{1a}, Bruno Lorenzo¹, De Tommasi Vita Maria²

¹ASL BT, ASL BA

BACKGROUND PIANO DI INDIRIZZO PER LA RIABILITAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE 2011: la Riabilitazione richiede cultura, strumenti, metodologia, organizzazione, modalità di remunerazione specifiche, non mutuabili dall'Area Medica e Chirurgica. Il PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013 conferma il MODELLO OPERATIVO FUNZIONALE: mette al centro del sistema la PERSONA con DISABILITA' (non la Malattia) ed il suo CONTESTO globale, nella prospettiva del miglior governo clinico da attuare attraverso la corretta individuazione e misura degli outcomes.

OBIETTIVI Definire il "Percorso" per rendere possibile nella realtà del nostro operare quotidiano come Team Riabilitativo Interprofessionale, un equilibrio tra la qualità delle Cure Riabilitative e le esigenze finanziario-amministrative, con il supporto delle evidenze scientifiche (Riabilitazione=Scienza del Recupero). E' un obiettivo etico: poter dare adeguata/giusta risposta ai bisogni e diritti delle Persone con disabilità.

METODI Nel Poliambulatorio di Andria era operativo 1 ambulatorio di assistenza specialistica ambulatoriale di Fisiokinesiterapia con la presenza per 3 ore settimanali di 1 Medico con titolo di studio triennale in Fisioterapia (Fisiatra). Era coadiuvato da 1 Infermiere con specializzazione in Fisiokinesiterapia. Pertanto venivano prescritte/erogate prestazioni di rieducazione segmentale, massoterapia, correnti antalgiche, da ripetere a cicli 2 o 3 volte l'anno. Grazie alla lungimiranza dell'Amministrazione della ASL è stato attivato a giugno 97 il SERVIZIO DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (DPR 14/01/97): garantisce attività sanitarie finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psicosociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi/interventi necessari per un compiuto intervento sanitario e per il passaggio successivo alla fase sociale della riabilitazione. E' stata strategica l'assegnazione a tempo pieno di 1 Dirigente Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa, Perfezionamento post-specializzazione in Fisioterapia strumentale, con il mandato di migliorare la qualità/appropriatezza delle prestazioni al fine di contenere la spesa sanitaria nel settore riabilitativo. Il percorso, ancora in corso di perfezionamento, "PASSI ... per l'APPROPRIATEZZA e SOSTENIBILITA' in RIABILITAZIONE TERRITORIALE" è proseguito senza soluzione di continuità fino alla data odierna seguendo l'evoluzione scientifica, normativa e culturale, tenendo conto delle nuove acquisizioni in ambito clinico ed organizzativo-gestionale della Medicina Riabilitativa, ed ha condotto alla creazione, gestione e miglioramento continuo di un PROGETTO RIABILITATIVO DI STRUTTURA per la PREVENZIONE ed il SUPERAMENTO della DISABILITA' in ETA' ADULTA e GERIATRICA. L'utilizzo della Classificazione ICD9 era, come enunciavano le Linee Guida del 96 insufficiente per effettuare una valutazione globale della Persona con disabilità che consentisse la realizzazione di Progetti di riduzione della disabilità finalizzati alla prevenzione e al recupero almeno delle funzioni motorie di base che sottendono attività fondamentali quali camminare, capacità di trasferimento, recarsi in bagno, lavarsi, vestirsi, continenza sfinterica, alimentarsi, comunicare: ci permetteva di valutare le patologie disabilitanti prevalenti, ma non di definire i bisogni, gli interventi ed i professionisti della Riabilitazione necessari.

RISULTATI Il Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa è (Piano di Indirizzo 2011) il direttore d'orchestra per la Governance del Percorso Riabilitativo: si valutano i bisogni e si definiscono gli obiettivi con lo stesso linguaggio ICF, pertanto si lavora con gli stessi obiettivi e in modo interdipendente, uniti da uno sforzo coordinato dal Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa che stabilisce il Progetto Riabilitativo individuale (PRI), ogni professionista del Team Riabilitativo Interprofessionale si assume la responsabilità per quanto attiene il programma di sua specifica competenza. Sono stati regolamentati l'accesso al servizio secondo triage di priorità clinico-funzionali basati sul tipo di bisogno, (lista ordinaria, prioritaria, programmata); la presa in carico riabilitativa ambulatoriale e/o domiciliare in caso di disabilità modificabili; la dimissione dalla presa in cura riabilitativa sanitaria quando si è raggiunta la stabilizzazione della disabilità (disabilità non più modificabile) con programmi di mantenimento del recupero funzionale ottenuto e di prevenzione della sedentarietà (AFA) in autogestione.

LIMITI Manca il Terapista Occupazionale: non possibile recupero dell'attività lavorativa.

CONCLUSIONI Per promuovere appropriatezza d'uso delle risorse disponibili, sostenibilità ed equità è indispensabile definire i LER (Livelli Essenziali Riabilitativi).

Indirizzo per la corrispondenza

Mastrapasqua Nunzia, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale BAT - Servizio Recupero Rieducazione Funzionale Territoriale
Via Fornaci, 201 - 70031 - Andria
Email: nunzia.mastrapasqua@gmail.com

99. Sistema di misura delle performance del “KazNMU Integrated University Hospital Network”

Barollo Matteo ¹, Cardillo Clara ¹, Kushpeleva Nataliya ¹, Dubinski Mihaela ¹, Temirkhanova Madina ¹, Zhaparov Sukhrab ¹, Bartoccioni Filippo ²

¹HTAcamp No-Profit Association, ²Azienda San Camillo Forlanini

BACKGROUND Alla fine del 2012 le attività di ricerca, istruzione e pratiche cliniche della Kazakh National Medical University (KazNMU), erano frammentate in diverse istituzioni universitarie e non. La struttura di coordinamento e organizzazione non era sufficientemente integrata per consentire risultati ottimali in questi campi. Questo ha spinto alla creazione di un network universitario integrato.

OBIETTIVI Il network ha lo scopo di mettere in contatto e far interagire i vari soggetti in maniera integrata, condividendo conoscenze e best practices per il raggiungimento di obiettivi comuni. Per misurare il raggiungimento di tali obiettivi è stato progettato un sistema di misurazione delle performance basato su indicatori legati al contesto.

METODI La prima fase dello studio, iniziato a Settembre 2013, prevede una lista d’indicatori maggiormente rappresentativi. Nella seconda, gli indicatori sono stati suddivisi in 11 aree, rappresentanti le attività nel network. Le aree individuate sono quelle: economica, risorse umane e materiali, epidemiologico-sociale, ricerca, educazione, soddisfazione dei pazienti e degli operatori clinici, qualità, eco-sostenibilità, marketing, internazionalizzazione ed attività inter-ospedaliere. In seguito, gli indicatori sono stati suddivisi tra indicatori di performance “Intra-Hospital”, utilizzabili all’interno di ciascun ospedale e quindi legati al contesto, ed “Inter-Hospital” utilizzabili per confrontare ciascun ospedale appartenente al Network. A fine Settembre 2013, gli indicatori sono stati presentati al Board Universitario ed al Rettore.

RISULTATI A distanza di un mese (Novembre 2013), la rispondenza all’implementazione di tale sistema di misurazione delle performance da parte delle strutture aderenti al Network è positiva. I primi dati ci dicono che la collaborazione tra le strutture ha permesso un incremento di pazienti del 25,6% ed income del 37,5%, con punte massime del 79,6% se paragonati all’anno precedente (2012). In particolare, la struttura ospedaliera Uniclinic ha fatto registrare un incremento del 100% delle collaborazioni internazionali invitando a distanza di poco tempo ricercatori internazionali.

LIMITI Ad oggi, la necessità di collaborare e condividere conoscenze è alla base del successo strutturale e ciò è dimostrabile attraverso lo sviluppo e l’implementazione di un adeguato sistema di misurazione delle performance del Network.

CONCLUSIONI I limiti dello studio sono riconducibili alla poca rappresentatività dei dati fino ad oggi raccolti. Infatti, nonostante la rispondenza sia positiva in termini d’implementazione, le strutture stanno sviluppando un adeguato sistema di raccolta dei dati che potranno essere confrontati a livello “Network”.

Indirizzo per la corrispondenza

Barollo Matteo, Altro
HTAcamp
Email: matteo.barollo@gmail.com

100. Il Dolore in Pronto Soccorso: valutazione dei dati raccolti nei 3 mesi estivi presso le strutture Ospedaliere di Vergato e Porretta Terme

Mattioli Anna Maria, Borelli Monica, Brasa Paolo

ASL Bologna

BACKGROUND Il sintomo principale della maggior parte dei pazienti/utenti che afferiscono ad una struttura di Pronto Soccorso è il dolore, sia esso legato ad una patologia medica, chirurgica od ortopedica. E' ormai noto come il dolore debba essere valutato/misurato allo stesso modo degli altri parametri vitali e di conseguenza trattato.

OBIETTIVI Verificare sul numero totale di pazienti accettati in Pronto Soccorso, su quanti sia stata eseguita una corretta valutazione del dolore e un conseguente trattamento. Scopo del lavoro era: - Definire le priorità della misurazione del dolore. -Quali erano le criticità esistenti da quali fattori erano determinate. (Miglioramento e aggiornamento schede di valutazione ed eventuali modifiche nel programma AREAS. Tracciabilità dei tempi di somministrazione della terapia in pazienti con dolore NRS>3. Mancata formazione personale infermieristico sulla valutazione e sul trattamento del dolore. Rivalutazione del dolore entro due ore. - Quali percorsi potevano essere realmente modificabili in un ottica di miglioramento del trattamento del dolore.

METODI Sulla base del dato numerico dei pazienti accettati si è verificato per quanti è stato rilevato il parametro dolore (secondo le scale: numerica NRS, Faces Pain Scale e PAINAD) e, in base al valore ottenuto, quanti sono stati trattati entro il termine prefissato e quindi rivalutati.

RISULTATI lo studio è stato condotto nei 3 mesi estivi di Giugno, Luglio, Agosto 2013 nel Pronto Soccorso dei 2 Ospedali di Vergato e Porretta terme, dove sono stati accettati un totale di 6.579 pazienti (3.214 a Vergato, 3.365 a Porretta Terme) Le patologie sono state suddivise in : acute, medico-chirurgiche-ginecologiche, pediatriche (Porretta) ed ortopediche (Vergato). Presso il Pronto Soccorso di Porretta Terme i pazienti con NRS>3 sono stati il 76,6%, quelli trattati entro 30 minuti il 72,3% e quelli rivalutati entro 2 ore il 72,3%. Presso il Pronto Soccorso di Vergato i pazienti con NRS>3 sono stati l'88%, quelli trattati entro 30 minuti il 94,6% e quelli rivalutati dopo 2 ore il 94%.

LIMITI Mancanza di Indicatori precedenti che non permettono un raffronto dati. Emergenze contemporanee in Pronto Soccorso che impediscono la rilevazione e trattamento entro i tempi dovuti. Raccolta dati Database aziendale. Scarsa condivisione del progetto da parte dei professionisti coinvolti.

CONCLUSIONI All'inizio della raccolta dati all'interno dei due Pronto Soccorso non era ancora presente una procedura per il trattamento del dolore, quindi nessun indicatore era a disposizione. Nonostante questo, la valutazione del dolore ed il suo trattamento entro il tempo prefissato sono stati soddisfacenti. E' ovvio che con la creazione degli Indicatori successivi al presente lavoro si dovrà tendere ad ottenere un progressivo miglioramento.

Indirizzo per la corrispondenza

Mattioli Anna Maria, Infermiere
ARES 118 - Azienda Regionale Emergenza Sanitaria Lazio - U.O. Servizio Infermieristico
Via Portunense, 240 - 00149 - Roma
Email: a.mattioli@118er.it

101. La mappatura del rischio e l'identificazione di aree di azione prioritarie attraverso l'analisi dei sinistri: una sperimentazione presso l'ASL TO5 del Piemonte

Messori Ioli Giovanni¹, Bo Marco², Leoni Nicolina¹, Zucca Claudia¹, Lasagna Roberto¹, Nebbia Francesco¹, Dore Maurizio¹

¹ASLTO5 - Chieri, ²Università degli Studi di Torino

BACKGROUND Le richieste di risarcimento per responsabilità sanitaria presentano un trend in aumento. In Italia sono disponibili pochi dati circa le caratteristiche del contenzioso sanitario, per lo più ricavati da rapporti periodici pubblicati dalle Regioni o da broker assicurativi. Nonostante l'analisi del contenzioso rappresenti uno strumento utile per l'identificazione dei rischi nei sistemi sanitari, in letteratura sono disponibili informazioni limitate circa le caratteristiche, la frequenza e le cause degli eventi avversi che sottendono i sinistri. Nel 2012 è stata pubblicata e diffusa la Mappatura dei Sinistri RCT/O della Regione Piemonte per il periodo 2005-11. Il 19,7% dei sinistri era relativo a reparti di chirurgia generale, 16,8% il DEA, il 16,3% - per lo più rappresentati da cadute accidentali - la struttura sanitaria, il 13,4% reparti di ortopedia e traumatologia, il 7,1% l'ostetricia e ginecologia. La maggior parte dei sinistri in capo alle strutture di area chirurgica hanno riguardato errori chirurgici, infezioni ed errori diagnostici; questi ultimi rappresentano circa la metà delle cause di sinistro presso i DEA.

OBIETTIVI Identificare gli eventi avversi sottesi ai sinistri a più elevato I.P.R. (Incidenza*Gravità*Prevenibilità) fra quelli chiusi e liquidati presso l'ASL TO5, al fine di implementare strategie preventive volte ad ridurre l'incidenza e l'impatto.

METODI Sono stati raccolti i dati relativi ai sinistri relativi a responsabilità RCT/O contro l'ASL TO5 liquidati nel decennio 2003-2012. I sinistri sono stati suddivisi in gruppi omogenei sulla base dei criteri utilizzati per la stesura dei report regionali. Sono stati selezionati i soli sinistri relativi ad episodi di danno a persone (pazienti, dipendenti o visitatori). Sono stati elaborati: - un sistema di classificazione dei sinistri per gravità è stimata con un indicatore proxy, quale l'entità del risarcimento accordato, suddiviso per classi (minimo 120.000,00); - un sistema di classificazione per frequenza (raro 25%). Secondo un percorso di risk analysis metodologicamente validato a livello di letteratura scientifica internazionale, ogni evento viene quindi analizzato attraverso strumenti riconosciuti, quali la Root Cause Analysis ed il Diagramma di Ishikawa. Ad ogni sinistro è stato infine attribuito un valore di prevedibilità in funzione dell'esistenza di strumenti di prevenzione efficaci, calcolando così per ciascun evento un indice I.P.R.

RISULTATI Applicando i criteri sopra riportati, sono stati così identificati 111 sinistri liquidati per danni a persone. Il 27,9% è risultato essere conseguente ad errori chirurgici, il 25,2% ad errori diagnostici, il 9% ad errori anestesilogici ed il 7,2% a cadute accidentali. La maggior parte dei sinistri (40,5%) si è verificato in strutture di area chirurgica, il 24,3% in DEA/PS, il 13,5% nell'area materno-infantile. Il 51% dei sinistri di area chirurgica è stato causato da errori di tecnica chirurgica (e.g. lesioni nervose o vascolari), il 20% da avulsioni dentarie. La maggior parte (75%) dei sinistri legati a prestazioni di emergenza sono stati causati da errori diagnostici, principalmente caratterizzati da mancata o ritardata diagnosi di patologie ortopediche. Il 30,6% dei sinistri presentava un importo minimo, il 39,6% un importo basso, il 17,1% un importo moderato ed il 7,2% un importo elevato. Il 63% dei sinistri ad importo elevato era attribuibile all'area materno-infantile, mentre il 48% di quelli ad importo moderato/elevato era attribuibile all'area chirurgica.

LIMITI La bassa numerosità e l'eterogeneità dei sinistri analizzati limita la generalizzabilità dei risultati ottenuti. Il data-base decennale permette d'altra parte di contenere tale bias.

CONCLUSIONI L'analisi dei sinistri, anche se condotta su di una casistica aziendale, ha consentito di identificare aree di rischio specifiche e prioritarie, procedendo poi ad un'analisi delle cause profonde degli eventi, valutando infine la reale fattibilità di piani d'azione dedicati. La Direzione Generale dispone così di uno strumento trasparente ed aggiornato in tempo reale per poter decidere come allocare le risorse disponibili alla prevenzione degli eventi avversi.

Indirizzo per la corrispondenza

Messori Ioli Giovanni, Medico Chirurgo
Ospedale Maggiore di Chieri - Controllo di Gestione
Via Demaria, 1 - 10023 - Chieri
Email: messorioli.giovanni@aslto5.piemonte.it

102. Il percorso dell'audit clinico come strumento di Clinical Governance e crescita professionale: l'esperienza dell'ASL TO5 di Chieri nel ciclo di audit e re-audit nell'ambito dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento

Messori Ioli Giovanni¹, Centofanti Barbara¹, Bo Marco², Zardo Luciano¹, Dore Maurizio¹

¹ASL TO5, ²Università degli Studi di Torino

BACKGROUND L'audit clinico, inteso come un'iniziativa condotta da clinici per migliorare qualità ed outcomes di assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, è un tassello fondamentale della Clinical Governance, la cui efficacia nel miglioramento della pratica assistenziale è supportata da evidenze scientifiche. Presso l'ASL TO5 di Chieri (TO) è emersa la necessità di sottoporre a revisione il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per la presa in carico dei pazienti affetti da Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), con particolare riferimento al raggiungimento di un maggior livello di integrazione fra i ruoli e le competenze dei diversi professionisti coinvolti ed alla standardizzazione delle diverse fasi del percorso clinico-assistenziale, dalle modalità diagnosi iniziale al follow-up. La programmazione di un percorso sperimentale di audit clinico è stata quindi considerata una modalità per integrare efficacemente interventi formativi tradizionali con una metodologia strutturata, che consentisse ad un'équipe multi-professionale di acquisire consapevolezza delle aree di miglioramento.

OBIETTIVI Favorire il miglioramento del PDTA per l'assistenza dei pazienti affetti da DSA; diffondere la conoscenza della metodologia dell'audit clinico; favorire lo scambio di conoscenze e competenze interprofessionali nell'ambito del servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI).

METODI Il progetto è stato articolato in 3 fasi. Fase 1: è stato progettato un corso di formazione aziendale sul campo, dedicato agli operatori del servizio di NPI avente ad oggetto lo svolgimento di un audit clinico sul PDTA per la presa in carico dei pazienti affetti da DSA; sono stati inoltre identificati dei facilitatori esperti. Fase 2: sotto la supervisione dei facilitatori, i professionisti iscritti al corso di formazione hanno: - selezionato ed analizzato un campione casuale di c.c. dei pazienti presi in carico presso l'ASL TO5 nel 2010 - descritto le diverse fasi ed attività previste dal PDTA dedicato ai pazienti affetti da DSA dalla presa in carico al follow-up - selezionato uno standard di riferimento ed un set di indicatori condivisi per la valutazione della pratica clinica confrontando la pratica clinica corrente con lo standard - individuato fattori favorevoli e fattori ostacolanti l'applicazione dello standard e stilato un Piano di Miglioramento Fase 3: è stato condotto un re-audit tramite la valutazione di un campione casuale di c.c. di pazienti presi in carico presso l'ASL TO5 nel 2013.

RISULTATI Il progetto formativo è iniziato nel 2010 ed ha coinvolto 35 professionisti (5 neuropsichiatri infantili, 12 tecnici della neuro-psicomotricità, 10 psicologi ed 8 logopedisti) e 5 facilitatori. Sono stati identificati 16 indicatori finalizzati a valutare, tramite analisi retrospettiva delle c.c., alcune attività specifiche: 3 su attività di base (visite NPI, trattamento, relazioni diagnostiche, uso strumenti compensativi); 4 su utilizzo di test diagnostici (WISC, test cognitivi e specifici); 3 su tempi d'attesa; 4 su integrazione nell'attività di équipe fra neuropsichiatri/psicologi e logopedisti; 2 su integrazione con attività scolastica. I partecipanti hanno analizzato 100 c.c., confrontando le fasi principali del PDTA aziendale con gli standard di riferimento. Identificati i fattori favorevoli ed ostacolanti, è stato steso un Piano di Miglioramento condiviso con tutti i professionisti partecipanti. Nel novembre 2013 è stato poi progettato un ciclo di re-audit: selezionato un campione di 72 c.c., sono stati evidenziati miglioramenti in 12 dei 16 indicatori utilizzati in fase di audit. In particolare sono stati evidenziati i seguenti incrementi: - follow-up al cambio di scuola: 74% (2010) e 100% (2013) - miglioramento +26% - erogazione visite neuropsichiatriche: 87% (2010) e 97% (2013)-> +10% - somministrazione prove cognitive: 71% (2010) e 95% (2013)-> +24% - stesura relazioni diagnostiche: 78% (2010) e 96% (2013)-> +18% - stesura relazioni cliniche in forma congiunta: 67% (2010) e 82% (2013)-> +15% - restituzioni congiunte: 23% (2010) e 37% (2013)-> +14% Al contempo, è stato osservato un aumento del 50% del tempo medio di attesa per la presa in carico del paziente ed una riduzione del 7% dei trattamenti erogati entro 1 mese dalla presa in carico; tale fenomeno pare imputabile ad una maggior accuratezza e completezza dei test applicati, dopo aver revisionato il PDTA.

LIMITI Il progetto formativo ha contribuito a diffondere la metodologia dell'audit clinico e ad identificare modelli organizzativi più efficaci. Tra i punti di forza dell'esperienza si segnala il ruolo svolto dal confronto tra professionisti e dal miglioramento della comunicazione fra strutture direzionali e cliniche, nonché la diffusione della cultura del miglioramento.

CONCLUSIONI La piena realizzabilità del piano di miglioramento è vincolata all'effettiva disponibilità di risorse finanziarie e di personale.

Indirizzo per la corrispondenza

Messori Ioli Giovanni, Medico Chirurgo
Ospedale Maggiore di Chieri - Controllo di Gestione
Via Demaria, 1 - 10023 - Chieri
Email: messorioli.giovanni@aslto5.piemonte.it

103. Analisi HTA di sistemi avanzati per la gestione della appropriatezza prescrittiva nella diagnostica di laboratorio: TSH riflesso

Michela Davide¹, Sladojevich Elena, Villani Luciano¹

¹ASL 6 Livorno, ²ESTAV Centro Firenze

BACKGROUND Il TSH riflesso è un algoritmo prescrittivo avanzato che prevede l'esecuzione degli esami di funzionalità tiroidea solo nei casi in cui il TSH superi determinate soglie decisionali, permettendo un'appropriata indagine diagnostica per classificare le più comuni alterazioni della funzionalità tiroidea.

OBIETTIVI Valutare gli effetti dell'utilizzo dell'algoritmo prescrittivo TSH riflesso nella realtà oggetto dello studio sulla inappropriata prescrittiva per i test di funzionalità tiroidea, mediante un metodo di Valutazione della Tecnologia Sanitaria o Health Technology Assessment (HTA).

METODI L'U.O. Patologia Clinica e Laboratorio Analisi dell'ASL 6 di Livorno ha implementato dall'agosto 2013 l'utilizzo dell'algoritmo rappresentando un valido un caso studio. L'analisi è stata condotta secondo le Linee Guida utilizzate dalle Aree Vaste della Toscana (ESTAV). L'osservazione ha interessato le richieste della zona-distretto di Livorno nel periodo 1/8-20/09/2013.

RISULTATI I risultati ottenuti nel periodo di osservazione hanno mostrato una diminuzione complessiva dei test di funzionalità tiroidea dell'8,3% rispetto al 2012, gli indicatori di appropriatezza hanno mostrato trend differenti: positivo per i rapporti TSH/ FT4 (17,9%) e TSH/Ab TPO (23,9%), invariato per il TSH/FT3 (0,9%), negativo per TSH/ AbTG (-22,85%). Il Turn Around Time (TAT) analitico per i test di funzionalità tiroidea è aumentato mediamente di 2 ore e 39 minuti. La proiezione dei risultati ottenuti rispetto all'anno 2012 ha permesso di stimare una diminuzione dei costi annui per la diagnostica tiroidea del 3,9%, come consumo di reattivi e del 3,7%, come risorse economiche attribuite al laboratorio rispetto all'anno precedente.

LIMITI L'osservazione ha preso in considerazione esclusivamente le richieste provenienti dalla zona-distretto di Livorno. Il periodo di osservazione è stato di 50 giorni.

CONCLUSIONI L'introduzione dell'algoritmo prescrittivo "TSH riflesso" nella realtà oggetto dello studio è risultato in grado di agire efficacemente nella diminuzione del numero di test richiesti in maniera inappropriata, mantenendo inalterato livello di efficienza del laboratorio e la capacità della organizzazione di fornire risultati in tempi utili per un loro utilizzo appropriato. Per l'FT3 hanno confermato l'efficacia delle politiche sulla appropriatezza avviate negli anni precedenti per la richiesta di questo analita. I livelli organizzativi e tecnologici presenti permettono l'erogazione di prestazioni in termini di qualità adeguate allo stato dell'arte ma risultano vincolanti per il trasferimento della tecnologia in altre realtà. I risultati ottenuti dovranno essere convalidati da una osservazione più lunga per apprezzare eventuali variazioni cliniche significative.

Indirizzo per la corrispondenza

Michela Davide, Tecnico sanitario laboratorio biomedico
Azienda USL 6 Livorno - U.O. Patologia Clinica e Laboratorio Analisi
Via di Monterotondo, 49 - 57100 - Livorno
Email: davidemichela@tiscali.it

104. La violenza a danno degli operatori sanitari

Minarini Andrea, Poluzzi Barbara, Verrina Carmen

AUSL di Bologna

BACKGROUND Nel corso dell'attività lavorativa, gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono risultare dannosi per la loro salute; tra questi assume particolare rilevanza il rischio di subire un'esperienza di violenza fisica e/o verbale. I medici, gli infermieri e gli operatori sociosanitari sono a rischio più alto in quanto a contatto con il paziente e direttamente coinvolti nel gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente che dei familiari. Il NIOSH definisce la violenza come: Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro. L'Osservatorio europeo sui rischi dell'European Agency for Safety and Health at Work, ha indicato nella violenza e nelle molestie i rischi psicosociali emergenti in materia di sicurezza e salute sul lavoro. Il settore sanitario e sociale è caratterizzato dalla massima esposizione alla violenza sul luogo di lavoro; nell'UE a 27 il tasso di incidenza è del 15,2% (EU-OSHA 2007) Gli episodi di violenza vanno considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione. (Raccomandazione n° 8 del Ministero della Salute, 8 Novembre 2007).

OBIETTIVI L'AUSL di Bologna, ha predisposto un progetto di lavoro per analizzare il fenomeno "Violenza a danno degli operatori". **OBIETTIVI:** - aumentare la cultura della segnalazione degli eventi/quasi eventi collegati agli atti di violenza versus operatori - effettuare l'analisi specifica del rischio "violenza" (aspetti organizzativi e strutturali) - definire i percorsi di supporto per gli operatori che abbiano subito violenza verbale e fisica - predisporre un gruppo di lavoro multidisciplinare per la stesura della Procedura Aziendale - definire un programma di formazione, in collaborazione con la Polizia di Stato, per aumentare le competenze degli operatori in tema di gestione della violenza sul luogo di lavoro - implementare le azioni di miglioramento per gestire/diminuire gli eventi.

METODI La UOC Medicina Legale e mediazione dei conflitti - Gestione del rischio clinico, su mandato della Direzione Aziendale, ha promosso un progetto volto all'analisi degli episodi di violenza (sia fisica che verbale) al fine di evidenziarne i rischi correlati e adottare iniziative volte a prevenirli e/o ad attenuarne le conseguenze. Il progetto ha previsto una fase di sperimentazione nel Dipartimento di Cure Primarie attraverso i seguenti step: 1) Predisposizione di una CHECK-LIST di autovalutazione e di una SCHEDA di SEGNALAZIONE degli eventi 2) Definizione di un percorso per la gestione dell'evento 3) Incontro con Dirigenti e Preposti del DCP per la presentazione del progetto 4) Compilazione della check-list per ogni struttura (sede poliambulatoriale) allo scopo di fotografare la situazione per la valutazione del rischio eventi violenza a danno degli operatori. 6) Istituzione di un percorso di supporto psicologico per gli operatori che abbiano subito violenza per la gestione del disturbo post-traumatico da stress qualora dovesse comparire. 7) Predisposizione di un momento formativo rivolto ai dirigenti e preposti del DCP in cui ci si è potuti confrontare sull'analisi proposta e si è approfondita la tematica in oggetto con la partecipazione di esperti (medici e psicologi della Polizia di Stato). 8) Verifica andamento raccolta dati e predisposizione di azioni di miglioramento per implementare la cultura della segnalazione degli eventi e per adottare eventuali correttivi.

RISULTATI Il percorso per la gestione dell'evento ha permesso: - l'analisi degli eventi attraverso la scheda di segnalazione - la presa in carico di tutti gli operatori coinvolti negli episodi di violenza - la valutazione del "vissuto" del lavoratore per definire la presenza di un'eventuale disturbo Post-Traumatico da Stress - l'individuazione di misure preventive e protettive/azioni di miglioramento - il ritorno informativo alle Unità Operative ed Assistenziali di riferimento - la predisposizione di specifici programmi formativi in collaborazione con la Polizia di Stato in tema di: gestione dell'utenza "problematica", tecniche di de-escalation, - la stesura della Procedura Aziendale.

LIMITI Il percorso per la prevenzione e gestione degli episodi di violenza ha determinato: - Incremento delle segnalazioni - Incontri con gruppi di operatori su criticità emerse o su richieste da parte delle U.O./U.A. coinvolte - Implementazione delle azioni di miglioramento nei Dipartimenti da cui sono pervenute le segnalazioni - Formazione specifica: circa 100 operatori formati nel biennio 2012/2013 - Aumento delle competenze degli operatori in tema di violenza - Maggior coordinamento con le Forze dell'ordine.

CONCLUSIONI Mancata segnalazione degli eventi da parte di alcune U.O.

Indirizzo per la corrispondenza

Poluzzi Barbara, Infermiere
Azienda USL di Bologna - Medicina legale - Gestione del Rischio
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna
Email: barbara.poluzzi@ausl.bologna.it

105. Le buone pratiche nella gestione della terapia endovenosa: percorsi e metodi per prescrivere e somministrare in sicurezza

Molinari Mirella, Zini Valeriano, Maioli Francesca

AUSL modena

BACKGROUND La letteratura inerente l'utilizzo e la gestione dei devices per infusione endovenosa risulta ampia ed esaustiva e include numerosi studi primari, revisioni e linee guida. Nel 2011 abbiamo condotto uno studio di prevalenza sull'uso e la dissipazione del patrimonio venoso dei pazienti nel nostro ospedale osservando e raccogliendo dati nelle varie fasi della prescrizione/somministrazione della terapia. Nei 14 reparti di degenza inclusi sono stati arruolati 323 pazienti con 472 prescrizioni EV, osservando le condizioni e le indicazioni dei 282 dispositivi vascolari venosi.

OBIETTIVI OBIETTIVO PRIMARIO Costruzione di un documento per la gestione degli accessi venosi, attraverso l'apporto di un gruppo di lavoro multidisciplinare, secondo l'Evidence Based Practice, per migliorare efficacia, qualità e appropriatezza delle prestazioni.

METODI Il progetto è articolato in tre aree di azione (formazione, sviluppo, ricerca) AREA formazione: Rilascio di pacchetti formativi differenziati per target e livelli. AREA SVILUPPO: - Creazione di un documento di gestione degli accessi vascolari (dalla scelta alla gestione) - Creazione di documenti di gestione delle infusioni endovenose (dall'allestimento alla somministrazione). AREA DI RICERCA: - Conduzione del II studio di prevalenza per valutare i risultati ottenuti attraverso gli interventi proposti. - Presentazione dei risultati.

RISULTATI Con lo studio di prevalenza abbiamo rilevato alcune problematiche su cui era necessario intervenire, sono comuni ad altre realtà della ASL di Modena sia per le cure ospedaliere che per le cure domiciliari: - al 61% dei pazienti è stato prescritto un farmaco EV. - Circa 2/3 dei degenti infonde farmaci per oltre 7 gg (limite indicato per il posizionamento di un presidio alternativo ai cvp) - il 28% circa delle sostanze somministrate è classificato come irritante o vescicante (indicazione per l'inserimento di un dispositivo venoso centrale) . - 87 volte su 100 però la via di infusione scelta è un accesso venoso di tipo periferico. In altri termini su una percentuale significativa (44%) di soggetti è stato posizionato un presidio non adeguato alle funzioni da svolgere. E' emerso inoltre che circa il 65% della popolazione ospedaliera presenta un patrimonio venoso compromesso dai frequenti tentativi di venipuntura. La percentuale delle sole flebiti rilevate su cvp in sede è dell'8,2% , questo dato è sottostimato in quanto non sono stati considerati i casi di infiammazione dei vasi dai quali era stato rimosso il device. Ancora meno brillanti sono i dati riguardanti la cura dei cateteri venosi (medicazioni, tenuta delle rampe dei raccordi, insert site ect) con il 39% accessi periferici e il 57% accessi centrali che si presentano con carenza di cura. Lo studio ha inoltre messo in evidenza un certo numero di eventi sentinella sulla gestione dei farmaci che determinano un elevato rischio di errori (compatibilità, allestimento delle soluzioni, completezza e leggibilità delle prescrizioni). La conclusione della seconda fase del progetto (formazione) dovrebbe condurci a creare una maggiore consapevolezza nella scelta e nella gestione dei dispositivi vascolari, attraverso: - l'aumento della performance assistenziale, - la riduzione del disagio del paziente - la riduzione del tempo-operatore impiegato nel riposizionamento.

LIMITI il progetto è in fase di avanzamento per cui non sono stati ancora misurati i risultati degli interventi proposti.

CONCLUSIONI Con lo studio di prevalenza abbiamo rilevato alcune problematiche su cui era necessario intervenire, che secondo il nostro gruppo sono comuni ad altre realtà della ASL di Modena sia per le cure ospedaliere che per le cure domiciliari. La conclusione della seconda fase del progetto (formazione base e avanzata) dovrebbe condurci a creare una maggiore consapevolezza nella scelta e nella gestione dei dispositivi vascolari, attraverso: - riduzione delle CRBSI - l'aumento della performance assistenziale, - la riduzione del disagio del paziente - la riduzione del tempo-operatore impiegato nel riposizionamento di accessi a breve termine. - il miglioramento della gestione del paziente cronico con necessità di terapia ev a lungo termine anche nel setting assistenziale extra ospedaliero (assistenza domiciliare, strutture residenziali ect) - L'omogenizzazione delle attività assistenziali eseguite sulla base delle migliori evidenze a disposizione con applicazione dei Bundle di inserimento e gestione. - la riduzione della discrezionalità e del rischio di incorrere in errori legati a mancanza di conoscenza riguardo ad alcuni aspetti della terapia infusiva.

Indirizzo per la corrispondenza

Molinari Mirella, Infermiere
Azienda Unità Sanitaria Locale Modena
Via San Giovanni del Cantone, 23 - 41121 - Modena
Email: straterbis@gmail.com

106. Ottimizzazione del percorso del paziente oncologico affetto da tumore al polmone in Regione Basilicata

Molinari Sergio Maria¹, Lequaglie Cosimo¹, Capobianco Alba Maria Lucia¹, Fusco Vincenzo¹, Cammarota Aldo¹, Marasco Daniela¹, Cilla Vito², Russo Anna², Nardella Michele², Bevilacqua Vitoantonio³

¹IRCCS CROB di Rionero In Vulture, ²AS Matera, ³Politecnico di Bari

BACKGROUND Il partenariato è costituito da due organizzazioni sanitarie della Regione Basilicata IRCCS CROB di Rionero in Vulture (PZ) e Azienda Sanitaria di Matera e dalla società Eli Lilly Italia S.p.A. Il progetto riguarda la ottimizzazione dei percorsi dei pazienti oncologici nelle regioni del Sud, e si prefigge: il miglioramento delle attività dei servizi nella rete locale e la facilitazione di accesso alle relative unità operative, in funzione delle specifiche competenze offerte e maturate dalle stesse; la ottimizzazione del coordinamento gestionale delle procedure diagnostiche e terapeutiche finalizzate a garantire standard di qualità elevata in termini di efficacia e tempestività; la messa in qualità in termini di tracciabilità della presa in carico globale del paziente, con particolare attenzione anche agli aspetti socio-familiari, garantiti per esempio dalle azioni mirate di sostegno psicologico; la definizione di piani di trattamento diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi, efficaci e sostenibili capaci anche di ridurre il fenomeno della mobilità passiva dei pazienti.

OBIETTIVI Individuazione, attuazione e monitoraggio di azioni di sistema basate su metodologie di analisi di performance gestionali finalizzate alla ottimizzazione dei servizi lungo l'intero percorso del paziente oncologico polmonare, dalla presa in carico territoriale, alla definizione della diagnosi certa, alla pianificazione ed effettuazione terapeutica.

METODI La metodologia ha promosso la multidisciplinarietà grazie ad azioni di comunicazione, diffusione e condivisione delle esperienze dei direttori sanitari, dei coordinatori dei servizi sociali distrettuali, e degli specialisti in oncologia medica, radiologia, chirurgia toracica e terapia oncologica e radioterapica. Il team di consulenti ha adottato l'approccio DMAIC (Define-Measure-Analyse-Improve-Control) della metodologia Six Sigma, attraverso cui ha identificato, acquisito, misurato, e analizzato la significatività delle variabili indipendenti da cui dipendono le due variabili di interesse: il tempo T1 tra la presa in carico del paziente e la formulazione della diagnosi certa e il tempo T2 tra la disponibilità della diagnosi certa e l'inizio della terapia.

RISULTATI Il primo risultato si è concretizzato nella condivisione delle significative esperienze dei servizi sanitari specifici offerti dalle due strutture operanti nella stessa regione. Questa condivisione rappresenta la base su cui potenziare la collaborazione fra le due strutture, consapevoli delle potenzialità e dei vantaggi derivabili dalla progettazione e successiva implementazione di un PDTA territoriale condiviso, finalizzato alla erogazione efficiente, efficace e tempestiva di servizi basati sulla valorizzazione delle specifiche competenze maturate su base territoriale. Il secondo risultato è stato quello di fornire gli strumenti metodologici e gestionali, per misurare e quindi monitorare la qualità e le prestazioni di servizi singoli, completi e integrati anche su base territoriale. Questo secondo risultato consentirà, non solo di comprendere come la definizione di un protocollo condiviso possa portare valore aggiunto alla collettività regionale, ma anche come adattare e rimodulare le scelte in funzione della reale capacità di offrire servizi accessibili, sostenibili e duraturi nel tempo, grazie a piani di azioni di intervento, controllo e monitoraggio dei risultati basati su metriche e indicatori di performance. Dal punto di vista quantitativo i risultati ottenuti riguardano, in particolare, su circa 12 mesi di osservazione e su un campione di circa 100 pazienti, sia i tempi di attesa medi rilevati per singole prestazioni o esami del percorso diagnostico, sia il tempo complessivo T1+T2. Gli intervalli temporali, espressi in giorni, tra la prescrizione e la compilazione del referto sono risultati essere: Visita Specialistica 2,62; Ricovero 7,19; RX-torace 5,5; TC-torace 7; Broncoscopia 2; Scintigrafia ossea 10; PET: 8,82; Scintigrafia polmonare 3; T1+T2 38,88 con deviazione standard 21,7 e verifica di distribuzione normale standard con livello di significatività del 99% con entrambi i test Kolmogorov-Smirnov e Lilliefors.

LIMITI I confronti collegiali hanno consentito il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati in linea con gli accordi siglati nel Protocollo di Intesa "sull'Equo Accesso a Cure Oncologiche Personalizzate e di Alta Qualità", volti, fra l'altro, anche a validare modelli assistenziali estendibili ad altri centri e distretti della Basilicata o di altre regioni come la Puglia nella quale risultano essere stati portati avanti progetti confrontabili di eguale valore.

CONCLUSIONI Impossibilità di valutare allo stato attuale il vantaggio della implementazione di metodologie atte a monitorare le performance di servizi assistenziali diagnostico-terapeutici in rete su base regionale per indisponibilità di osservazioni su intervalli temporali di durata significativa.

Indirizzo per la corrispondenza

Molinari Sergio Maria, Medico Chirurgo
CROB - Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico - Direzione Sanitaria
Via Padre Pio, 1 - 85028 - Rionero in Vulture
Email: sergio.molinari@crob.it

107. Dalla formazione al percorso assistenziale: riorganizzazione di un servizio di osservazione breve intensiva in un ps di primo livello

Montomoli Marcello, Targioni Susanna, Cristiano Pasqualina, Tellini Sabrina, Francesconi Luciano

USL 7 Siena

BACKGROUND L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è una funzione importante dell'attività di Pronto Soccorso, se adeguatamente organizzata ha il potenziale di operare una selezione delle casistiche per le quali è appropriato il ricovero ospedaliero, di fornire risposte di salute in modo efficace ed efficiente, con una riduzione del margine di rischio clinico. La Legge Regionale Toscana n. 140 del 2008 fornisce le indicazioni per impostare l'organizzazione di un OBI.

OBIETTIVI Descriviamo un'esperienza di riorganizzazione dell'OBI nel PS dello Stabilimento Ospedaliero di "Nottola-Montepulciano".

METODI Abbiamo introdotto le modifiche organizzative mediante una strategia bidimensionale che comprende la formazione come strumento di sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori (strategia bottom-up) e gli strumenti dell'organizzazione aziendale definiti dalla dirigenza DEU (strategia top-down). Nella prima fase, relativa alla formazione e alla sensibilizzazione degli operatori alle peculiarità del servizio di OBI in un PS di I livello, è stato organizzato un evento formativo sul ruolo e la filosofia operativa dell'OBI. Il personale (operante solo nel PS o sia nel PS che nel servizio 118 di Zona) ha così condiviso un modello di lavoro. Contestualmente a questa fase informativa si è provveduto ad allestire percorsi diagnostico-assistenziali condivisi con le specialistiche di riferimento nel Presidio per alcune aree ad elevato impatto per l'OBI: dolore toracico, dolore addominale, colica renale. Di questi percorsi sono stati misurati i seguenti indicatori: percentuale di pazienti dimessi (D), percentuale di pazienti ricoverati(R).

RISULTATI La partecipazione (90% dei medici di PS e 118/PS) e il gradimento degli eventi formativi sono risultati soddisfacenti. I Percorsi OBI elaborati hanno fatto registrare le seguenti performance (periodo Gennaio-Novembre 2013): Percorso Dolore Toracico (n=139; 14,4%D; 85,6%R); Percorso Dolore Addominale (n=147; 27,2%D; 72,8%R); Percorso Colica Renale (n=49; 10,2%D; 89,8%R).

LIMITI L'esperienza è limitata ad uno dei Presidi del DEU, anche se il processo di riorganizzazione è in corso su tutto l'ambito provinciale del DEU. Non abbiamo dimostrato in modo formalmente quantificabile il contributo specifico della fase di formazione nel determinismo della performance dei percorsi.

CONCLUSIONI Il legame tra strumenti della formazione aziendale e strumenti dell'organizzazione dipartimentale ha consentito di conseguire una riorganizzazione del servizio OBI con un risultato clinicamente rilevante, dimostrato da un set di indicatori di processo.

Indirizzo per la corrispondenza

Montomoli Marcello, Medico Chirurgo
Azienda USL 7 Siena - U.F. Centrale Operativa Siena 118
Piazza Carlo Rosselli, 26 - 53100 - Siena
Email: m.montomoli@usl7.toscana.it

108. Reammissioni a 30 giorni dopo angioplastica percutanea in un centro italiano: incidenza e impatto sulla prognosi

Moretti Claudio, D'ascenzo Fabrizio, Meynet Ilaria, Quadri Giorgio, Ballocca Flavia, Giordana Francesca, Omedè Pierluigi, Biondi Zoccai Giuseppe, Gaita Fiorenzo

Azienda Ospedaliera "Città della Salute e della Scienza" di Torino

BACKGROUND La reammissione in ospedale entro i 30 giorni da un'angioplastica coronarica è stata correlata a prognosi avversa e rappresenta uno dei più usati indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria. Recentemente il suo impatto sulla prognosi e in particolare la causa di reammissione sono stati rivalutati, quasi esclusivamente in centri non europei, per provare a intervenire sui fattori che causano le reammissioni in modo da ridurle.

OBIETTIVI Questo studio ha l'obiettivo di valutare l'incidenza, la tipologia, i predittori e l'impatto sulla prognosi delle reammissioni ospedaliere entro 30 giorni da angioplastica coronarica in un grande centro metropolitano europeo.

METODI Tutti i pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica nel nostro centro da gennaio 2009 a dicembre 2011 sono stati arruolati nello studio, e i tassi di reammissione sono stati indagati utilizzando un database istituzionale o attraverso interrogazione diretta del paziente o del suo medico di base. Le reammissioni sono state definite "a rischio" se dovute ad angina post-infartuale, infarto miocardico o scompenso cardiaco. L'impatto sulla prognosi è stato valutato con una regressione multivariata. Il verificarsi di un composito di MACE (eventi cardiovascolari maggiori) è stato considerato come endpoint primario e i singoli componenti come endpoint secondario.

RISULTATI Sono stati arruolati 1193 pazienti, 53 dei quali (4.7%) sono stati nuovamente ricoverati in ospedale entro 30 giorni. La principale causa di riammissione è stata l'angina instabile (11 pazienti, 21%), seguita da scompenso cardiaco (7 pazienti, 13%), dolore toracico di origine non cardiaca (7 pazienti, 13%), infarto miocardico (4 pazienti, 8%), angina post-infartuale (4 pazienti, 8%). In 7 pazienti (13%) la reammissione era programmata, per effettuare completamento di rivascolarizzazione. I pazienti con reammissioni "a rischio" avevano più frequentemente avuto un infarto peri-procedurale (22% vs 4%; $p=0.012$), e a 30 giorni venivano più spesso sottoposti ad angioplastica (52% vs 0.5%; $p<0.001$) senza una differenza significativa nella mortalità. Dopo un follow-up mediano di 787 giorni, questi pazienti avevano un tasso significativamente maggiore di MACE, morte per tutte le cause e infarto (rispettivamente 64% vs 21%; $p<0.001$: 28% vs 6%; $p=0.017$ e 20% vs 2.7%; $p<0.001$). Alla regressione logistica, l'infarto peri-procedurale è risultato essere l'unico predittore di reammissione a rischio (OR 4.5; 1.1-16.8; $p=0.047$). All'analisi multivariata, la reammissione a rischio risulta correlata ad un aumentato rischio di morte per tutte le cause (OR 3.3; 1.1-8.8; $p=0.02$) e di MACE (OR 2.7; 1.5-4.8; $p=0.001$); le reammissioni non a rischio, invece non risultano correlate né alla morte per tutte le cause (OR 3.1; 0.7-12.9; $p=0.12$) né ai MACE (OR 2.1; 0.9-5.1; $p=0.06$).

LIMITI Il principale limite di questo studio è la sua natura retrospettiva, anche se i dati non sono stati ottenuti solo da registri, ma anche da interrogazione diretta dei pazienti; si tratta inoltre di uno studio monocentrico.

CONCLUSIONI Le reammissioni a 30 giorni dopo angioplastica coronarica sono rare, e sono quelle in pazienti "a rischio" mostrano un significativo impatto sulla prognosi; l'infarto periprocedurale è l'unico predittore indipendente di reammissione a rischio.

Indirizzo per la corrispondenza

Meynet Ilaria, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino - Dipartimento di Cardiovascolare e Toracico
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: ilaria.meynet@gmail.com

109. Reammissioni a 60 giorni da angioplastica coronarica percutanea: incidenza e impatto prognostico

Moretti Claudio, Meynet Ilaria, D'ascenzo Fabrizio, Barbero Umberto, Cerrato Enrico, Colombo Francesco, Omedè Pierluigi, Biondi Zoccai Giuseppe, Gaita Fiorenzo

Azienda Ospedaliera "Città della Salute e della Scienza" di Torino

BACKGROUND Il tasso reammissione a 30 giorni dopo angioplastica coronarica è ormai universalmente accettato e utilizzato come indice della qualità dell'assistenza sanitaria; tale intervallo di tempo potrebbe tuttavia non essere sufficiente per la stabilizzazione della cicatrice miocardica, e il recupero dopo il danno ischemico potrebbe non essere completo.

OBIETTIVI Gli obiettivi di questo studio sono di valutare il tasso di reammissioni entro 60 giorni da angioplastica coronarica nel nostro centro, definirne i predittori e indagarne la relazione con gli outcomes.

METODI Tutti i pazienti sottoposti ad angioplastica percutanea nel nostro centro da gennaio 2009 a dicembre 2011 sono stati arruolati nello studio; le reammissioni sono state ricercate in un registro istituzionale o tramite interrogazione diretta dei pazienti o del loro medico di base. L'outcome primario era la reammissione a 60 giorni. Un composito di eventi cardiovascolari maggiori (MACE) comprensivo di morte per tutte le cause, infarto miocardico e ripetuta rivascolarizzazione coronarica era l'endpoint secondario.

RISULTATI Sono stati arruolati 1193 pazienti; 53 (4.7%) e 100 (8.4%) sono stati riammessi rispettivamente a 30 e a 60 giorni dalla procedura indice. In 27 pazienti (27%) la reammissione a 60 giorni era programmata, per effettuare completamento di angioplastica. Le principali cause di riammissione non programmata a 60 giorni sono state: angina instabile (22 pazienti, 22%), scompenso cardiaco (13 pazienti, 13%), dolore toracico (12 pazienti, 12%), infarto miocardico acuto (7 pazienti, 7%). 23 pazienti (23%) hanno eseguito nuovamente angioplastica non programmata. I pazienti che sono stati riammessi a 60 giorni avevano più frequentemente una malattia del tronco comune (22% vs 8.2%, $p = 0.001$) o della biforcazione (30% vs 20%, $p=0.03$). Alla regressione logistica, l'unico predittore di reammissione era la malattia multivasale (OR 2.01; 1.22-3.28; $p = 0.006$) considerando tutta la popolazione, e la malattia del tronco comune (OR 1.9, $p = 0.04$) analizzando solo le reammissioni non programmate. Dopo un follow up medio di 756 ± 325 giorni, i pazienti riammessi a 60 giorni risultavano avere un maggior numero di MACE (40% vs 14.6%, $p<0.001$), ma una mortalità simile (5% vs 4.1%, $p=0.86$).

LIMITI Lo studio è monocentrico e i dati sono stati ricavati da registri regionali.

CONCLUSIONI Le reammissioni entro i 60 giorni dopo angioplastica coronarica non sono frequenti e sono correlate ad una maggior estensione e prossimalità della malattia coronarica. Questi pazienti hanno un tasso significativamente maggiore di eventi avversi nel follow up, ma la stessa mortalità.

Indirizzo per la corrispondenza

Meynet Ilaria, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino - Dipartimento di Cardiovascolare e Toracico
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: ilaria.meynet@gmail.com

110. L'utilizzo dell'audit clinico per la valutazione dell'efficacia della formazione nel miglioramento delle skill competence nel calcolo della terapia in pediatria

Mosci Daniela, Bascelli Emanuele, Biavati Catia, De Rosa Emanuela

Azienda Ospedaliera di Bologna

BACKGROUND Nel 2009 il National Patient Safety Agency inglese pubblicò un'indagine su scala nazionale condotta nel 2007 e 2008 per studiare il fenomeno degli errori commessi in campo pediatrico. Gli errori più ricorrenti nei bambini erano gli errori di terapia (17%). In Italia non vi sono dati sulla percentuale di errori di somministrazione in pediatria. In ambito pediatrico il processo di somministrazione della terapia risulta infatti particolarmente critico, poiché il dosaggio di ogni somministrazione viene definito in modo individualizzato per ogni bambino, in relazione all'età, alle condizioni cliniche ed al peso. Ciò determina la necessità, da parte dell'infermiere, di possedere abilità di calcolo per definire ogni volta la quantità di farmaco da prelevare e somministrare, in relazione a quanto prescritto, considerato che la formulazione dei farmaci spesso volte non è già adatta al dosaggio pediatrico, ma deve esservi riportata, attraverso equivalenze, proporzioni o divisioni. Durante la formazione dell'infermiere (in particolare nell'area pediatrica) vengono valutate la capacità dello studente di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche anche attraverso il corretto calcolo dei dosaggi e dei tempi di somministrazione dei farmaci. Mentre all'estero è prevista la periodica manutenzione e verifica delle competenze nel calcolo della terapia, questo in Italia non è contemplato da alcuna norma: una volta terminato il corso di studi, infatti, non esistono prove specifiche prima della iscrizione ai Collegi IPASVI e l'unico riferimento normativo è contenuto nel profilo professionale (D.M. 739 del 14 settembre 1994), dove è indicato che "l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche".

OBIETTIVI Valutare l'efficacia della formazione nel miglioramento delle skill competence nel calcolo della terapia in pediatria.

METODI A seguito della diffusione a livello locale di un documento emanato dal Royal College of Nursing, nel 2010, nel 2012 è stato realizzato un primo audit clinico, mediante la somministrazione a tutto il personale infermieristico del dipartimento pediatrico di una scheda terapeutica in cui veniva richiesto di calcolare la quantità di farmaco da preparare per una somministrazione per OS, intramuscolare, endovenosa e la relativa velocità di infusione. A seguito della valutazione dei risultati e l'identificazione di margini di miglioramento sono stati progettati e realizzati degli eventi formativi sia residenziali sia in FAD, che comprendevano sia aspetti legati alla somministrazione farmacologica ed al calcolo dei dosaggi. Nel Maggio 2013 è stato effettuato un secondo audit clinico, con le stesse modalità di quello precedente, per poter osservare i miglioramenti dei risultati dopo l'evento formativo.

RISULTATI Complessivamente hanno partecipato al primo audit clinico 115 infermieri, pari al 64% del personale infermieristico assegnato e di 132 nel secondo audit, pari al 71% del personale infermieristico assegnato. Confrontando i risultati del primo e del secondo audit riguardanti il dosaggio della terapia per OS si le risposte corrette sono passate dal 82,8% all'87,1%, con un incremento delle risposte corrette del 4.3% ($p = 0.366$). Per quanto riguarda la terapia IM, le risposte corrette sono passate dal 77,6% al 97,7% ($p = 0,0001$). Rispetto alla terapia EV la percentuale di risposte corrette è passata dal 55,2% all'87,9% ($p = 0,0001$) e quelle relative alla velocità infusionale dal 47,4% al 65,9% ($p = 0,003$).

LIMITI Un limite del progetto è rappresentato dal fatto che la rilevazione delle competenze è stata effettuata in modo puntuale, con un'unica rilevazione. La ripetizione della rilevazione avrebbe potuto fornire una stima più accurata delle competenze. Tuttavia, essendo l'obiettivo dell'audit quello di valutare la situazione di partenza per la realizzazione delle successive attività volte al miglioramento e al mantenimento della abilità, tale scelta metodologica è considerata accettabile. Inoltre, a causa di un limite di budget, non è stato possibile coinvolgere tutti gli infermieri nelle attività formative.

CONCLUSIONI L'utilizzo dell'audit clinico ha permesso di rilevare l'efficacia della formazione nel migliorare le skill competence rispetto al calcolo della terapia in pediatria, definendo quali sono le aree di incertezza rispetto alle quali saranno indirizzate le prossime strategie formative e di risk management.

Indirizzo per la corrispondenza

Mosci Daniela, Infermiere

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi - Centro Studi Evidence Based Nursing

Via Albertoni, 15 - 40138 - Bologna

Email: daniela.mosci@aosp.bo.it

111. Sperimentazione programmazione ricoveri in regime di Five days ward urologica

Mulloni Giovanna, Petri Roberto, Basso De Marc Raffaella, Nazzi Cheti

Azienda ospedaliero-universitaria di Udine

BACKGROUND L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine sta per trasferire gran parte dell'attività clinico/assistenziale nella nuova sede. Il trasferimento nel nuovo ospedale prevede l'adozione di una filosofia organizzativa che riconosca la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico e di intensità di assistenza superando la logica delle specialità. E' pertanto necessario disegnare il modello organizzativo che meglio si adatta alle aggregazioni definite, agli spazi e ai percorsi del paziente. La Week Five Days Ward (FDW) si configura come la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, con una degenza limitata ai cinque giorni lavorativi della settimana. In tale regime di ricovero breve è possibile trattare quelle patologie chirurgiche che richiedono una degenza post-operatoria inferiore ai cinque giorni. Il razionale dei reparti di FDW è basato su una distribuzione settimanale dell'attività chirurgica ad assistenziale dal lunedì al giovedì, e sulla disponibilità di personale medico ed infermieristico dedicato, con il vantaggio di ridurre in tal modo i costi ospedalieri.

OBIETTIVI Dimostrare il miglioramento dell'impiego delle risorse, il contenimento dei costi e il mantenimento dei livelli di assistenza attraverso la sperimentazione del modello organizzativo FDW SETTING: DPT di Chirurgia Generale dell'AOU di Udine, SOC Urologia e Area di Degenza Chirurgica Elezione.

METODI E' stata effettuata un'analisi della letteratura disponibile al fine di verificare le prove di efficacia relative al modello organizzativo indicato, sono stati ricercati elementi a supporto dell'utilizzo del modello in implementazione. È stata pianificata la sperimentazione in modo incrementale ed è stata condotta per la durata di un anno E' stata effettuata una valutazione alle seguenti dimensioni: organizzativa, clinica, economica, etico-sociale, di qualità. **STRUMENTI:** File di monitoraggio degli indicatori organizzativi Anche dati aziendali per indicatori di sistema.

RISULTATI La valutazione della dimensione organizzativa ha dimostrato la sostenibilità del modello con un'efficace pianificazione chirurgica, infatti il ricorso ad appoggi fuori delle strutture coinvolte nella sperimentazione è stato minimale. Nella gestione clinica complessiva non sono stati evidenziati eventi critici ritenuti oggetto di segnalazione di incident reporting. La dimensione economica ha rilevato un contenimento dei costi outsourcing di pulizie e trasporti; la struttura ha inoltre contenuto del 36% i costi per i beni di consumo e per i beni sanitari, riferito al confronto del primo semestre dell'anno sperimentale con quello non sperimentale. L'aspetto economico è stato valutato anche in relazione all'impiego delle risorse umane. A fronte di una perdita di 3,6 unità tempo pieno equivalente, l'attività è stata sostanzialmente mantenuta e sono state recuperate 218 ore straordinarie nel 2013 a fronte di 43 nello stesso trimestre del 2012 La dimensione etico sociale è stata indagata attraverso la valutazione della fruizione dei diritti contrattuali e le richieste di trasferimento del personale. Per entrambe le variabili l'esito è favorevole al modello. La qualità percepita è stata valutata attraverso la rilevazione delle segnalazioni dell'utenza rilevando complessivamente 3 segnalazioni di disservizi.

LIMITI La sperimentazione si limita ad una struttura mono specialistica. Al variare delle linee produttive della specialità può variare l'impatto del modello organizzativo.

CONCLUSIONI La metodologia HTA è applicabile allo studio di modelli organizzativi. Il percorso della sperimentazione rappresenta una modalità di miglioramento continuo in vista di cambiamenti organizzativi importanti. L'analisi delle diverse dimensioni consente di evidenziare gli aspetti di interesse che supportano l'organizzazione verso scelte organizzativo/processuali di efficacia nell'uso delle risorse disponibili e nella sostenibilità in ambito assistenziale.

Indirizzo per la corrispondenza

Mulloni Giovanna, Infermiere
AOU Udine - Santa Maria della Misericordia di Udine - Dipartimento di Chirurgia Generale
Piazzale Santa Maria della Misericordia, 15 - 33100 - Udine
Email: mulloni.giovanna@aoud.sanita.fvg.it

112. Esperienza di audit clinico a livello di cure primarie pediatriche

Nardini Paolo

ASL Roma E

BACKGROUND Nell'ambito dell'attività della Commissione di Appropriata Prescrittiva Distrettuale (CAPD) della ASL RME le procedure intraprese nel passato, basate solo su dati quantitativi, erano in grado di rappresentare ai Pediatri di famiglia la sola spesa farmaceutica generata senza alcuna connessione con l'appropriatezza clinica. Aver cambiato la struttura dei report ha permesso di ottenere dati confrontabili ed utilizzabili per essere discussi tra i pediatri. Da questo confronto è emersa una estrema variabilità prescrittiva del tutto indipendente dalla variabilità economica (intesa come spesa generata) e non attribuibile alle patologie dei pazienti ma, probabilmente, ai diversi stili prescrittivi individuali. Per ovviare a questo fenomeno si è deciso di intraprendere un percorso di audit distrettuale per rendere omogeneo il comportamento prescrittivo nell'uso dei cortisonici inalatori, dei broncodilatatori inalatori e degli antileucotrenici negli assistiti nella fascia di età 1 – 5 anni.

OBIETTIVI

METODI 20 Pediatri di Famiglia hanno partecipato ad un Audit Clinico, si sono riuniti per decidere l'obiettivo (Uso appropriato degli steroidi inalatori, dei broncodilatatori e degli antileucotrienici nei bambini in età prescolare con broncospasmo, indotto da flogosi respiratoria virale), stabilire gli standard, individuare gli indicatori e definire i target di accettabilità. La raccolta dati è avvenuta tra il 1° giugno 2012 ed il 1° giugno 2013. Sono stati raccolti i dati sulle prescrizioni dei tre farmaci individuati a tutti i bambini di età 1 – 5 anni ed è stata elaborata una scheda raccolta dati per i bambini in quella fascia di età con broncospasmo ricorrente.

RISULTATI Il percorso di Audit terminerà a dicembre 2013, il primo dato parziale raccolto scaturisce dal confronto dei dati prescrittivi del 1° semestre 2012 ed il 1° semestre 2013 che dimostra una diminuzione del 24% dei pezzi di cortisonici prescritti, del 18,2% del salbutamolo mentre quasi invariata è stata la prescrizione del montelukast già regolato da una nota AIFA; sebbene il risparmio economico non era un obiettivo dell'audit l'attivazione della nostra attenzione prescrittiva ha portato un calo della nostra spesa media procapite del 18,7%; il raggiungimento degli standard prefissati sarà valutato alla fine del mese di dicembre.

LIMITI Attività di confronto tra pari attraverso l'Audit clinico si è dimostrata capace di indurre cambiamenti nel comportamento prescrittivo.

CONCLUSIONI La partecipazione seppur alta (80%) dei pediatri non è stata totale. Nell'ambito dell'attività routinaria riempire la scheda raccolta dati ha creato difficoltà. La non omogeneità dei software di studio ha creato difficoltà nel confronto dei dati raccolti. L'accreditamento ECM, che è relativo all'anno solare, ha interferito con lo svolgimento di un Audit organizzato in un arco temporale di 12 mesi a cavallo di due anni solari.

Indirizzo per la corrispondenza

Nardini Paolo, Medico Chirurgo
Azienda USL Roma E - Raggruppamento Pediatri
Borgo Santo Spirito, 3 - 00193 - Roma
Email: paolonardini57@gmail.com

113. EBP e qualità dell'assistenza: i risultati dell'esperienza presso l'Azienda Socio-sanitaria n. 4 Medio-Friuli

Narduzzi Barbara, Picogna Michele, Persello Vera

Azienda n° 4 Medio Friuli

BACKGROUND Nel corso del 2012 e del 2013 l'Asl 4 Medio Friuli ha promosso lo sviluppo della metodologia EBP per la revisione delle pratiche assistenziali. L'esperienza ha coinvolto nel 2012 un gruppo di infermieri dei 4 dipartimenti ospedalieri mentre nel 2013, visti i risultati ottenuti e l'interesse dimostrato, sono stati coinvolti nelle attività anche medici specialisti e professionisti dell'area ambulatoriale. I quesiti trattati nei lavori nascono dalla pratica quotidiana ovvero da comportamenti difforni all'interno del medesimo servizio e/o dagli stessi operatori.

OBIETTIVI Uniformare la pratica clinica sulla base di quanto emerso dall'analisi e revisione delle evidenze disponibili. Stimolare la produzione di conoscenze, il loro utilizzo e il trasferimento ai contesti assistenziali tramite la metodologia tipica dell'EBP. Trasmettere ai professionisti metodi e strumenti per l'accesso alle evidenze scientifiche di elevata qualità condividendo poi i risultati emersi all'interno del presidio ospedaliero.

METODI Sono stati individuati all'interno dei Dipartimenti 2/3 infermieri e ostetriche e 1 medico sensibili alla ricerca. Con l'aiuto dell'esperto gli operatori, dall'analisi della loro pratica quotidiana, hanno evidenziato l'importanza di lavorare su una specifica tematica. Tramite la metodologia PICO il quesito è stato successivamente affinato ed è stata individuata la popolazione oggetto d'indagine, l'intervento da studiare e gli outcome su cui l'intervento agisce. Con il supporto dell'esperto è stata condivisa la metodologia della ricerca e all'interno di motori di ricerca selezionati preliminarmente è stata fatta la revisione della letteratura. La revisione della letteratura è stata eseguita su banche dati che trattano principalmente studi primari e su banche dati integrative, in particolare Cochrane Library, Tripdatabase e Joanna Briggs Institute. Non è stata considerata la letteratura grigia. Sono state quindi costruite delle Best Practice secondo la struttura tipica della letteratura scientifica: dagli studi sono emerse diverse evidenze dalle quali sono state ricavate le principali raccomandazioni da disseminare nella pratica. Le Best Practice sono state approvate dai Direttori dei rispettivi Dipartimenti e tramite diverse riunioni sono state presentate nel Presidio Ospedaliero e successivamente diffuse. Infine sono stati creati dei reminder in formato A4 con la sintesi delle evidenze e le principali raccomandazioni.

RISULTATI Sono state create nell'anno 2012 tre Best Practice: a) gestione dell'ipoglicemia nel neonato sano a termine e a rischio (Dip. Materno-Infantile); b) mantenimento della pervietà del catetere arterioso periferico: soluzione fisiologica vs soluzione eparinata (Dip. di Emergenza); c) indicazioni per l'elastocompressione graduata per la prevenzione del tromboembolismo venoso post-operatorio (Dip. Chirurgico). Per il 2013 sono state individuate e proposte sei nuove Best Practice: la medicazione appropriata per la cura delle lesioni a genesi vascolare o diabetica negli arti inferiori (Ambulatori); le migliori strategie per impedire gli errori nella terapia; fast track vs preparazione tradizionale: qual è la pratica migliore per il paziente (Dip. Chirurgico); il Paziente malnutrito e la dieta artificiale (Dip. Medico); calibro e sede di inserzione del CVP in un paziente accolto in urgenza presso il DEA (Dip. di Emergenza); quando iniziare la nutrizione con latte di formula per evitare una perdita di peso eccessiva nel neonato (Dip. Materno-Infantile). Completato il percorso di inserimento delle Best Practice, sono in fase di costruzione gli standard ed indicatori per valutare il livello di adesione alle rispettive buone pratiche. Nel 2012 l'adesione alle buone pratiche è stata pari al 90% circa della casistica mentre per le raccomandazioni fornite nel 2013 non sono ancora i livelli di adesione. Nello specifico queste in sintesi le ricadute operative: a) nel dipartimento di emergenza non viene più usata l'eparina nel sistema di infusione per la pervietà della linea arteriosa; b) in pediatria il totale delle ipoglicemie nel neonato viene trattato con l'algoritmo decisionale indicato nella buona pratica; c) nel Dipartimento Chirurgico le calze per la prevenzione trombo-embolica sono applicate ai giusti pazienti, nella giusta misura e modalità. Inoltre: in ogni reparto ospedaliero sono presenti i reminder formulati dell'anno 2012 e le Best Practice; i documenti prodotti sono stati inseriti sul portale aziendale del governo clinico e resi disponibili a tutti gli operatori dell'azienda; con il coinvolgimento diretto degli esperti è stata progettata un'offerta formativa sui metodi e gli strumenti dell'EBP e tale offerta è stata inserita nella programmazione aziendale 2013 e 2014; il 19 dicembre del c.a. si svolgerà un seminario di formazione per la condivisione e discussione dei risultati raggiunti; è stato redatto un breve manuale ad uso interno degli operatori sui contenuti base dell'EBP.

LIMITI Gli standard assistenziali e relativi indicatori sono in fase di sviluppo e di trasferimento nella documentazione sanitaria al fine di rendere possibile l'attività di verifica e miglioramento della qualità assistenziale. Ad oggi, i dati non sono raccolti in maniera sistematica ma solo attraverso una osservazione non strutturata sul campo e con interviste effettuate ad alcuni testimoni privilegiati. Gli audit pertanto sono stati informali e non documentali. Nel 2012, inoltre, le pratiche sono state di non facile implementazione poiché in precedenza non si è svolta un'analisi delle barriere e la componente medica non faceva parte dei gruppi, come invece è accaduto nel 2013. La produzione delle Best Practice è stata fatta da operatori con conoscenze parziali sulla metodologia dell'EBP e sui suoi principali strumenti.

CONCLUSIONI C'è stata una notevole crescita del gruppo nell'acquisizione di competenze tecniche nell'utilizzo delle banche dati con la creazione di gruppi multi-professionali e lo sviluppo di una cultura basata su un atteggiamento propositivo rispetto alla pratica basata sulle evidenze. La definizione e l'adozione di più buone pratiche consentirà di verificare il loro utilizzo nei comportamenti degli operatori ma soprattutto le ricadute in termini di appropriatezza e di salute sulla popolazione assistita.

Indirizzo per la corrispondenza

Narduzzi Barbara, Infermiere

Ospedale per Acuti di San Daniele - U.O. Pronto Soccorso e Terapia Intensiva

Viale Trento Trieste, 8 - 33038 - San Daniele del Friuli

Email: barbara.narduzzi@mediofriuli.it

114. La piramide tecnologica: uso estensivo delle tecnologie sanitarie

Niccoli Marco¹, Piovi Monica², Porfido Eugenio³, Colombai Renato²

¹Estav Centro - Regione Toscana, ²Azienda USL 11 Empoli, ³Azienda USL 3 Livorno

BACKGROUND La costante disponibilità di nuove e performanti tecnologie sul mercato comporta che un'azienda sanitaria, per rimanere sul mercato della salute, senta la necessità di rincorrere le "novità", talvolta portando all'abbandono o al sottoutilizzo dei mezzi già acquisiti, che non hanno ancora esaurito la propria vita. Si rilevano pertanto due problematiche: il maggior costo per l'acquisizione delle nuove tecnologie all'avanguardia e il maggior costo per non aver esaurito il ciclo di investimento dei mezzi già in uso. Problematiche di appropriatezza dell'utilizzo della tecnologia, note alle amministrazioni e già al centro di numerosi studi di HTA. Facendo un passo ulteriore alla mera valutazione della tecnologia, si ritiene utile studiare l'evoluzione del parco apparecchiature, non solo all'interno di una singola azienda, ma come disponibilità di un'Area Vasta. Per inquadrare meglio le problematiche legate al rapporto fra livello di prestazione sanitaria e livello tecnologico, risulta utile immaginare la distribuzione del parco apparecchiature aziendale come una piramide: - le apparecchiature di alta fascia e all'avanguardia, numericamente rappresentano una piccolissima percentuale del parco, e dovrebbero essere utilizzate nei presidi dove si erogano prestazioni ad alta specializzazione; - le apparecchiature di fascia intermedia invece dovrebbero rappresentare una porzione maggiore del parco apparecchi ed essere utilizzate per prestazioni standard; - infine i sistemi di fascia bassa, presenza maggiore nel parco tecnologico, dovrebbero essere presenti presso ciascun presidio che eroga prestazioni sanitarie di base.

OBIETTIVI Ciascuna azienda sanitaria dell'Area Vasta potrebbe individuare le apparecchiature non più riallocabili all'interno della propria organizzazione e quindi cedibili ad una terza azienda, sarebbe così realizzabile una sorta di "fondo di apparecchi in esubero" di Area Vasta. Lo stesso principio di condivisione si può utilizzare, non solo nella logica della piramide della tecnologia, ma anche per i semplici esuberanti. Infatti non per tutte le tipologie di apparecchiature si può individuare un percorso di "discesa della piramide" (ad esempio per i ventilatori polmonari e gli apparecchi di anestesia) ma si possono presentare esuberanti a fronte di una riduzione di posti letti o di attività. Le apparecchiature declassate ad altre funzioni, di livello inferiore, qualora non abbiano ricollocazione immediata in Area Vasta, potrebbero essere rimesse sul libero mercato per avere una valorizzazione patrimoniale ed un eventuale recupero economico. Inoltre il fondo di apparecchiature potrebbe rappresentare una riserva da utilizzare nei casi di emergenza o di necessità non programmate, ad esempio anche come "muletto" di Area Vasta.

METODI Allocazione delle apparecchiature e dei servizi, e tentare quindi di analizzare il parco tecnologico, e il livello di prestazioni sanitarie, in termini di Area Vasta. Il primo passo dovrà essere quello di realizzare una mappatura delle apparecchiature di Area Vasta, partendo per esempio dall'inventario delle Tecnologie Sanitarie, selezionando inizialmente solo alcune classi di apparecchiature di interesse (ad esempio gli ecografi). Si ritiene utile evidenziare che il database delle apparecchiature delle Tecnologie Sanitarie, dovrebbe contenere i dati necessari alla valutazione dello stato e delle caratteristiche tecniche delle apparecchiature presenti in Area Vasta e per singola azienda. In collaborazione con le Direzioni Sanitarie, potrebbe essere redatto un primo elenco di apparecchiature sottoutilizzate, o ritenute superflue nell'organizzazione, per ogni Azienda. Questa analisi già di per sé è di indubbio interesse per le Direzioni, e potrebbe portare ad una riallocazione delle apparecchiature all'interno dell'Azienda. Le apparecchiature dell'elenco che non trovano un ricollocamento nell'Azienda possono quindi entrare a far parte del "fondo esubero apparecchi" che le Aziende sono disposte a cedere a terzi.

RISULTATI Quando da un'Azienda viene richiesto ad ESTAV di procedere con un nuovo acquisto, o all'atto della stesura del Piano Investimenti, prima di istituire la procedura di acquisto si potrebbero vagliare gli apparecchi disponibili nel fondo esuberanti. Per le apparecchiature che non trovano riallocazione nell'Area Vasta, si potrebbe ipotizzare anche ad una procedura di vendita a ditte terze.

LIMITI ESTAV potrebbe avere la funzione di fare da elemento di intermediazione, e individuare procedure semplificate per il trasferimento di beni da un'azienda all'altra.

CONCLUSIONI Una soluzione drastica, ma interessante potrebbe essere rappresentata dal passaggio di proprietà delle apparecchiature direttamente alla Regione, mentre le Aziende Sanitarie ne diventano gli utilizzatori ed i gestori (ipotesi non del tutto astratta poiché molte apparecchiature sono finanziate con fondi regionali). Per quanto riguarda la manutenzione, alcuni problemi di gestione potrebbero essere superati con il trasferimento del budget a ESTAV.

Indirizzo per la corrispondenza

Colombai Renato, Medico Chirurgo
Azienda USL 11 Empoli - Direzione Sanitaria
Via dei Cappuccini, 79 - 50053 - Empoli
Email: r.colombai@usl11.tos.it

115. Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN): proposta di un corso di formazione teorico-pratico per infermieri in Terapia Intensiva Neonatale

Nicolò Gabriella, Lo Russo Ilaria, Suppa Annalisa

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

BACKGROUND Negli ultimi decenni in Italia e nel resto del mondo si è osservato un sensibile miglioramento delle cure perinatali che ha comportato un progressivo declino della mortalità infantile. Secondo i dati ISTAT del 2012, il tasso di mortalità infantile totale (numero di neonati con età inferiore ad un anno deceduti per 1000 nati vivi) in Italia è pari a 3,36 morti per 1000 nati vivi nel 2012, 3,38 nel 2011, 5,41 nel 2010, 5,92 nel 2000. Ciò denota che la mortalità infantile, nel corso degli anni, è in calo e che perciò il sistema di cure perinatali, compreso l'innovativo Servizio di Trasporto Neonatale d'Emergenza (STEN), attivo da soli circa trenta anni in Italia, ha migliorato la sopravvivenza neonatale. Attualmente, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i neonati a rischio in Italia ammontano al 18-20% del totale (556.000 totali) e 40.000 neonati, cioè il 6,9% delle nascite, viene messo al mondo con un'età gestazionale inferiore alle 37 settimane e nasce dunque prematuro. Infatti oggigiorno la centralizzazione delle gravidanze a rischio nei centri di 3° livello è parte integrante e prioritaria nelle cure perinatali: il trasporto in utero, ossia il trasferimento della gestante a rischio in una struttura di 3° livello, è oggi riconosciuto universalmente come la modalità più efficace per garantire alla gestante e al neonato l'assistenza più qualificata. Purtroppo però il trasporto in utero non è sempre attuabile: esistono infatti condizioni materne e/o legate al parto e patologie feto-neonatali che non sempre sono prevedibili. In questi casi si rende necessario il trasferimento del neonato dopo la nascita verso centri di 3° livello (STEN). Il trasporto di un neonato patologico però non è mai cosa agevole ed esente da rischi: richiede personale medico ed infermieristico altamente qualificato in grado di assicurare nel più breve tempo possibile un'assistenza ottimale, garantendo un trasporto sicuro nella struttura più idonea. Numerosi autori hanno infatti osservato una percentuale di complicanze, nei trasporti effettuati da personale non specializzato, da 2 a 10 volte superiore rispetto ai trasporti effettuati da team opportunamente addestrati.

OBIETTIVI Approfondire organizzazione e funzionamento del Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN), un sistema molto complesso di cure ed assistenza che richiede una specifica preparazione del personale che presta servizio al suo interno. Elaborazione di un corso di formazione teorico-pratico per il personale infermieristico che sarà parte del team del Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN) del P.O. Macedonio Melloni di Milano.

METODI Analisi di articoli sullo STEN attinti dalla rivista internazionale "Early Human Development", edita da Elsevier, concernente la vita fetale e postnatale. Somministrazione, nel mese di ottobre 2012, di un questionario semistrutturato in forma anonima, articolato in 19 domande a risposta multipla ed aperta, destinato agli infermieri ed infermieri pediatriche della Terapia Intensiva Neonatale del P.O. Macedonio Melloni. Analisi statistica dei dati con elaborazione di grafici tramite il foglio elettronico Excel.

RISULTATI Dal questionario è emerso che il 67% degli infermieri non è soddisfatto della formazione ricevuta sul servizio di trasporto, il 93% del campione considera necessario creare un corso di formazione teorico-pratico sullo STEN, l'80% del campione non ha mai partecipato ad un corso di formazione sullo STEN. I dati emersi dalla revisione della letteratura, unitamente ai risultati del questionario, hanno dimostrato che bisogna creare un corso di formazione teorico-pratico per infermieri sul Servizio STEN, ragione per cui è stato ideato, per la prima volta presso il P.O.M.M., un corso di formazione.

LIMITI La formazione teorico-pratica prevista per il Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN) va limitata al contesto specifico della Terapia Intensiva Neonatale del P.O. Macedonio Melloni di Milano, in quanto, nell'elaborazione del corso, si è tenuto conto delle risorse tecnologiche e delle apparecchiature elettromedicali proprie di quella realtà.

CONCLUSIONI I dati risultanti dalla revisione della letteratura in merito alla formazione del team di trasporto, unitamente a quelli emersi dall'analisi del questionario rivolto agli infermieri della T.I.N., hanno dimostrato che è necessario creare un corso di formazione teorico-pratico per infermieri sul Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN). Grazie al questionario sono stati definiti i bisogni formativi e le tematiche più importanti da approfondire nel corso, e grazie agli studi effettuati in Gran Bretagna sulla formazione del personale STEN, emersi durante la revisione della letteratura, si è compreso quanto le esercitazioni pratiche, il problem-solving e le condivisioni reciproche delle esperienze vissute durante i trasferimenti, oltre alla formazione teorica, aiutino il professionista a diventare sempre più competente, autonomo e informato.

Indirizzo per la corrispondenza

Nicolò Gabriella, Infermiere
Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori
Via Giacomo Venezian, 1 - 20133 - Milano
Email: gabriella.nicolo@istitutotumori.mi.it

116. Progetto radiologia per migliorare la appropriatezza della richiesta, ridurre le liste di attesa e ridurre la mobilità passiva

Oncini Luigi

Ospedale di Macerata

BACKGROUND E' dimostrabile che in Italia si effettua un numero di esami TC e RM per 1000 abitanti superiore agli altri paesi europei.(vedi dati OECD- organo della commissione europea). Ne deriva un rischio molto probabile di inappropriatezza. Anche il numero di macchine TC ed RM per 100 abitanti è superiore agli altri paesi europei. Nella nostra Area Vasta 3 c'è un eccesso di macchine radiologiche pesanti (TC e RM) rispetto al numero di radiologi dipendenti.

OBIETTIVI Responsabilizzare i cittadini, attraverso i MMG, che devono essere resi consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie concorre agli sprechi del SSN.

METODI E' possibile valutare la appropriatezza delle richieste (iniziare con la RM e la TC) nelle varie situazioni cliniche ed attribuire tempi di attesa adeguati. Tale lavoro è stato svolto principalmente dalla provincia di Trento, con la definizione dei RAO (raggruppamenti di attesa omogenei). Si tratta di riprenderli per gruppi di patologia, ridiscuterli e concordarli, prima con gli specialisti (principalmente ortopedici e neurologi), quindi con i MMG dell'Area Vasta e formalizzare quindi un accordo. In tutte le situazioni cliniche per le quali non è previsto un tempo di attesa massimo, quindi ad alta probabilità di in appropriatezza, viene richiesto, in alternativa, un contributo economico al paziente, che potrebbe essere inquadrato in una sorta di libera professione di equipe, da effettuarsi in orario aggiuntivo. La cifra dovrebbe essere bassa, tale da compensare il radiologo, il TSRM e le spese vive dell'Azienda, con la esclusione dell'ammortamento macchina. Le spese vive, in tutte le realtà che adottano sistemi RIS-PACS, sono basse (C D , carta, corrente elettrica e poco altro) . Oltre o in alternativa al personale dipendente potrebbero essere utilizzati radiologi e TSRM disoccupati, per mezzo di contratti a progetto, contribuendo così a ridurre la disoccupazione giovanile.

RISULTATI Riduzione significativa delle liste di attesa. Miglioramento della appropriatezza prescrittiva, in quanto le varie situazioni cliniche sono nella maggioranza dei casi, previste, come pure le indicazioni da scrivere nella richiesta. I casi imprevisti verranno affrontati caso per caso. Ne consegue uno snellimento del lavoro di segreteria e la riduzione degli errori da discrezionale interpretazione del problema clinico. Il paziente sa in anticipo che per alcuni tipi di prestazione, meno importanti, deve dare un contributo modesto, se vuole evitare che vengano messe in coda rispetto ad altre più importanti e non percepisce, o percepisce meno, lo spiacevole meccanismo della libera professione. La condivisione delle varie situazioni cliniche con specialisti e MMG, arricchirà la cultura medica di tutti. Il vantaggio economico per l'ASUR sarà molto consistente, basti pensare ai datidelle convenzioni sommati alla mobilità passiva extraregionale. **DATI PROGETTO** Abitanti Area Vasta 3 = circa Provincia Macerata : 320 mila abitanti Macchine RM disponibili: 2 a basso campo più 2 ad alto campo. Nel corso del 2014 sarà disponibile una ulteriore macchina ad alto campo Radiologi attualmente in servizio : 33 Esami RM prodotti nell'anno 2012 : circa 12 mila Esami RM eseguibili con la dotazione del 2014 : circa 15 mila con le RM alto campo più circa 9 mila con le RM a basso campo Cifra spesa dalla AV3, anno 2012, per RM convenzionate all'interno di AV3 e convenzionate extra regionali: (al momento non conosco il dato esatto). E' comunque ipotizzabile una cifra di circa un milione di E/ anno per un totale di circa 6000 esami RM, prevalentemente colonne e osteoarticolari Si possono ipotizzare altri 500 mila E spesi da circa 2500 pazienti al di fuori della convenzione, corrispondenti a circa 2800 esami 9000 esami RM aggiuntivi potrebbero essere refertati da tre radiologi a contratto ed eseguiti da quattro TSRM a contratto.

LIMITI Penso che con l'avvento delle tecnologie pan esploranti in diagnostica per immagini (eco, TC, RM) di fatto l'indagine del tutto non appropriata non esista più, per lo meno rimane sempre l'effetto tranquillizzante per esclusione delle patologie maggiori. In un sistema a risorse finite, peraltro deve essere evitato l'aspetto consumistico delle prestazioni sanitarie, che sono cosa ben diversa dal diritto alla salute. Il progetto esposto tenta di trasmettere ai cittadini, attraverso la mediazione dei MMG, il concetto di priorità e di rapporto costo-beneficio, che solo può consentire la sostenibilità di un sistema sanitario nazionale equo e universale.

CONCLUSIONI I politici tengono molto alla "customer satisfaction" dei cittadini, come strumento di consenso, e quindi potrebbero essere restii ad affrontare i temi della appropriatezza prescrittiva, debbono però considerare che attualmente i cittadini sono insoddisfatti, mentre la introduzione di una organizzazione del tipo di quella proposta, dopo una adeguata informazione, potrebbe migliorare la situazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Oncini Luigi, Medico Chirurgo
Ospedale di Macerata - Servizio Aziendale Autonomo di Diagnostica per Immagini
Via Santa Lucia, 2 - 62100 - Macerata
Email: luigi.oncini@sanita.marche.it

117. L'implementazione della Checklist per la sicurezza in sala operatoria nell'ASLTO4

Palermo Vincenza¹, Rossetto Paola¹, Basso Della Concordia Luca¹, Miglietta Loredana², Di Lorenzo Sonia³, Frola Giuseppina², Naretto Silvia⁴, Milone Piercarlo⁵

¹ASL TO4, S.S. ²P.O. Ciriè, ³P.O. Cuornè, ⁴P.O. Ivrea, ⁵P.O. Chivasso e altri

BACKGROUND L'ASLTO4 nasce dall'accorpamento delle AA.SS.LL. d'Ivrea, Chivasso e Ciriè e comprende 6 Presidi Ospedalieri. L'istituzione del Gruppo di lavoro, promosso dalla S.C. Risk Management, è stato finalizzato ad elaborare procedure e strumenti condivisi in applicazione alle indicazioni fornite dal "Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria" del Ministero della Salute.

OBIETTIVI "Operare il paziente corretto ed il sito corretto" gestendo l'intero percorso, dal pre-operatorio all'intra operatorio e post operatorio, della persona assistita (p.a.) partendo dalla Checklist per la sicurezza in sala operatoria predisposta dal Ministero della Salute. Contestualizzare ed implementare la Checklist Ministeriale con la finalità di rispondere ai 16 obiettivi identificati nel Manuale.

METODI La Checklist elaborata è uno specifico strumento di lavoro, una sorta di "passaporto", che accompagna la p.a. in tutto il percorso pre-intra e postoperatorio, garantendole di accedere in sicurezza al Blocco Operatorio e consente al singolo operatore di attestare e controfirmare l'attività propria del suo profilo professionale (medico, infermiere, nurse, oss ecc). Formazione sul Campo di 400 operatori dell'area chirurgica per l'utilizzo dello strumento. Predisposizione di specifiche Schede per la raccolta delle non conformità. Monitorare il corretto utilizzo della checklist, Attribuzione dell'IPR alle non conformità del processo chirurgico al fine di identificare la priorità di intervento sui potenziali rischi intercettati dalle singole Strutture interessate e porre in essere i processi di miglioramento tesi alla sicurezza del processo assistenziale.

RISULTATI Le informazioni, attestate, controllate e controfirmate dall'operatore, relative allo stato di salute della p.a., garantiscono il corretto passaggio delle informazioni tra i diversi professionisti coinvolti, agevolandoli nella corretta comunicazione durante il percorso assistenziale: dalla struttura di degenza alla sala operatoria e viceversa. Comparazione dei risultati ottenuti rispetto ad analogo studio precedente su seguenti items: o cartella clinica o consensi o altre informazioni relative all'anestesia o sangue e emoderivati o terapia o sito chirurgico o dispositivi medici o altro materiale consegnato alla Sala Operatoria o protesi accessori non rimossi o informazioni assistenziali relative alla p.a. L'introduzione della Checklist per la Sicurezza in Sala Operatoria, ha consentito, in termini generali, di ottenere una significativa riduzione delle non conformità. Infatti, rispetto allo studio pilota dell'anno precedente, si è verificata una riduzione in media dell'80% su tutti gli items con punte del 100% per quanto concerne la presenza del consenso informato nella cartella clinica della persona assistita all'ingresso del blocco operatorio.

LIMITI Resistenza al cambiamento soprattutto da parte dei medici Necessità di Corso di Formazione per gli operatori dell'area chirurgica Difficoltà nell'analisi dei dati senza supporto informatico.

CONCLUSIONI Il lusinghiero risultato denota in particolar modo come la Checklist abbia influito positivamente nel favorire l'adozione nei professionisti/operatori di modalità di lavoro che permettano di avere a disposizione, nel corso dell'assistenza, uno strumento informativo preciso, esaustivo e puntuale sulla persona. Come è noto, infatti, è proprio sulle informazioni disponibili nella documentazione sanitaria, su cui si compiono le scelte clinico - assistenziali che, a volte, non risultano sufficientemente organizzate per consentirne il facile accesso da parte dei professionisti. Con la checklist, invece, si procede con un ordine sistematico delle informazioni, a cui l'operatore può facilmente attingere, consentendogli di erogare al paziente un'assistenza di qualità centrata su criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, sicurezza e soddisfazione. L'efficacia dello strumento elaborato ha consentito, dopo una prima fase di sperimentazione di estendere la Checklist a tutti i percorsi assistenziali delle aree chirurgiche dell'ASLTO4. In conclusione si può affermare che l'adozione della Checklist ha consentito di rendere trasparente e tracciabile il percorso assistenziale della persona assistita, al fine di garantirne la sua sicurezza e contestualmente tutelare il personale dell'Azienda, qualora chiamato a rispondere del proprio operato in sede giudiziaria.

Indirizzo per la corrispondenza

Palermo Vincenza, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale TO4 - S.S. Risk Management
Via Po, 11 - 10034 - Chivasso
Email: vpalermo@aslto4.piemonte.it

118. Check-list operativa (CLIO): strumento di autoverifica e monitoraggio per la gestione del rischio clinico

Palladino Teresa, Verrina Carmen, Minarini Andrea

Azienda USL Bologna

BACKGROUND Presso l'Azienda USL di Bologna esiste dal 2004 un sistema strutturato che contempla una gestione integrata del rischio clinico. nell'ambito di tale percorso strutturato, partendo dalla necessità di tradurre concretamente la modalità di "learning organization", è stata realizzata presso l'UOC Medicina Legale e Mediazione dei conflitti, una check-list operativa denominata CLIO e ne è stata progettata la sua sperimentazione in due specifici contesti aziendali. La check-list è stata concepita come strumento per l' (auto)-verifica e il monitoraggio della gestione aziendale del rischio clinico nonché come occasione di apprendimento e di implementazione di azioni di prevenzione/miglioramento relativamente alle attività di gestione del rischio clinico.

OBIETTIVI Monitorare il corretto utilizzo degli strumenti e delle metodologie correlate alle diverse fasi di Gestione del Rischio Clinico (identificazione, analisi, trattamento) nonché di verificare a livello aziendale lo stato dell'arte sulle tematiche inerenti la Gestione del Rischio Clinico e la sicurezza delle cure. - sensibilizzare, mediante interventi formativi e/o informativi, gli operatori sanitari, stimolando e alimentando la crescita di una cultura centrata sull'erogazione, in condizioni di sicurezza, dei livelli essenziali di assistenza, in un processo continuo di miglioramento della qualità delle cure.

METODI La check-list operativa che verrà utilizzata nella sperimentazione si compone di tre sezioni che indagano: - la corretta modalità di rilevazione degli eventi avversi/quasi eventi; - la presenza di un sistema strutturato di codifica e gestione delle segnalazioni degli eventi avversi/quasi eventi; - l'esistenza di una valida sorveglianza delle azioni di prevenzione/miglioramento. La check-list verrà sperimentata in due contesti aziendali differenti tra loro sia per il profilo organizzativo che per lo stato di avanzamento in merito ad aspetti connessi con la gestione del rischio clinico. Nello specifico, sono stati individuati il DCP e l'IRCSS, trattandosi il primo, di una articolazione organizzativa ad impronta territoriale, il secondo di una realtà ospedaliera di recente costituzione nata dalla fusione tra l'Azienda USL Bologna e l'Università degli Studi di Bologna e con una complessità organizzativa dovuta alla sua mission di ricerca e di assistenza. Si prevede la somministrazione della check-list ai Responsabili di UO/UA e facilitatori del rischio clinico. Dopo una fase di somministrazione della check-list al tempo t0, con effettuazione in itinere di interventi formativi e/o informativi per quegli item della check-list risultati critici, si prevede una ri-somministrazione al tempo t1 con valutazione dei risultati e successivo feedback informativo alla Direzione Aziendale per la revisione e/o implementazione, laddove ritenuto opportuno, del piano annuale di formazione sul tema della gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.

RISULTATI Verificare nell'ambito aziendale oggetto di sperimentazione, lo stato dell'arte in merito ad aspetti inerenti la gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure. - Fornire ai professionisti sanitari uno strumento per misurare l'avanzamento delle azioni aziendali relative alla gestione del rischio clinico. - Aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sulla tematica della gestione del rischio clinico e della centralità della safety nell'operatività quotidiana. - Supportare i Dipartimenti e le UO ai fini del soddisfacimento dei requisiti richiesti dall'Accreditamento per gli aspetti specifici attinenti alla gestione del rischio clinico. - Definire le priorità di intervento programmando interventi formativi e/o informativi a breve termine dopo le valutazioni preliminari e un piano programma a medio-lungo termine di formazione come azioni di prevenzione e/o miglioramento. - Fornire alla Direzione Strategica Aziendale una fotografia dello stato di attuazione di quanto previsto dalle linee di indirizzo aziendali sugli aspetti inerenti la gestione del rischio clinico al fine di revisionare o implementare un Piano Programma per la Gestione del Rischio e Sicurezza delle cure oltre a contribuire indirettamente ad una migliore allocazione delle risorse.

LIMITI Necessità di sensibilizzare gli operatori sanitari mediante percorsi formativi e/o informativi.

CONCLUSIONI La check-list si propone come metodica operativa di remainder di tutto il processo di gestione del rischio clinico. La conoscenza dello stato di avanzamento degli aspetti inerenti la gestione del rischio nella propria realtà aziendale consente di promuovere iniziative volte ad agire sul fronte della prevenzione e/o del miglioramento mediante l'attuazione di progetti di revisione e/o implementazione dei processi clinico-assistenziali anche in un'ottica di razionalizzazione di tutte le componenti di costo del rischio in termini di allocazione delle risorse sia umane che economiche. Se nell'organizzazione le "cose vanno storte", l'adozione di una check-list può essere letta come opportunità per implementare modifiche organizzative e/o determinare un cambiamento culturale e per dirlo con le parole di Atul Gawande, "checklist: come fare andare meglio le cose".

Indirizzo per la corrispondenza

Palladino Teresa, Medico Chirurgo
Azienda USL di Bologna - Medicina legale - Gestione del Rischio
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna
Email: t.palladino@ausl.bologna.it

119. Strategie aziendali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste per la riduzione degli errori nella terapia farmacologica: Manuale e Procedure sulla triturbilità dei farmaci

Perulli Alfredo, Schincariol Paolo, Parenzan Ketty, Trevisan Maria, Stroili Manuela

Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste

BACKGROUND L'uso non corretto dei farmaci può comportare gravi danni ai pazienti, fino alla loro morte; spesso tale evenienza è correlata ad errori umani e può verificarsi in tutte le strutture ove si somministrano farmaci. Non si tratta quindi di reazioni avverse ai farmaci (Adverse Drug Reaction), ma di errori evitabili, spesso riconducibili a carenza di informazioni, scarsa o inadeguata comunicazione, calo di attenzione, stanchezza, carenze organizzative, luoghi di lavoro rumorosi e di ampiezza insufficiente (Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica-Ministero della Salute,marzo 2008).La fonte di informazioni principali per il medico prescrittore e l'infermiere somministratore sono il contenitore e il foglietto informativo dei farmaci commerciali, che devono rispettare le norme nazionali e comunitarie (Decreto Legislativo 24 aprile 2006 n. 219 - Attuazione della direttiva 2001/83/CE e successive direttive di modifica) e la Farmacopea Ufficiale per i farmaci galenici e magistrali.Tali informazioni non sono esaustive per almeno due aspetti: la limitazione e prevenzione pre-immissione in commercio di specialità con nome simile e aspetto simile dei farmaci (LASA - look alike e sound alike) e la triturbilità delle compresse per via orale.

OBIETTIVI Il nostro obiettivo è l'adozione di Procedure interne che limitino tali rischi e migliorino le informazioni disponibili, non potendo agire sulla normativa autorizzativa che compete agli Stati membri dell'Unione Europea.Ciò nondimeno questo contributo potrebbe servire a stimolare i decisori politici e l'AIFA a considerare i profili di rischio descritti,che non risultano ancora adeguatamente presidiati, a differenza ad esempio dalla FDA.Riteniamo utile infatti che le aziende produttrici integrino le informazioni sulle terapie orali con indicazioni sulla triturbilità dei preparati e adottino grafica e nomi differenziati che prevenano l'errore umano legato allo scambio di farmaci.

METODI E' stato costituito un Gruppo di lavoro che ha rivisto tutti i farmaci nella loro formulazione per via orale presenti nel nostro Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO), ricercando le informazioni sulla triturbilità delle compresse in tutte le Banche dati esistenti o contattando direttamente il Produttore. E' stato successivamente integrato in Intranet il PTO elettronico ad uso interno ospedaliero con le risultanze emerse.

RISULTATI Il nostro PTO contiene 1028 Prodotti farmaceutici, di cui 389 somministrabili per via orale, di questi 351 sono confezionati sotto forma di capsule o compresse. L'analisi sui 351 prodotti ha evidenziato che per 189 di essi è controindicata la triturazione. Tali informazioni sono state inserite nel PTO aziendale associate ad un pittogramma di attenzione per le formulazioni che non possono essere triturate. L'adozione di tali provvedimenti ha fatto emergere che la triturazione dei farmaci è un fenomeno spesso sottovalutato (in letteratura ha una incidenza stimata del 23-40% di triturazione di tutte le terapie orali somministrate).Le segnalazioni ricevute dai Reparti dell'Ospedale ci stanno consentendo di rimodulare l'offerta di farmaci in PTO con una presenza maggiore di farmaci dispersibili per via orale (sono farmaci da sciogliere in bocca senza dover deglutire la compressa intera) o solubili. In parallelo è stato redatto anche un Manuale informativo per il medico e il farmacista illustrando le caratteristiche dei farmaci orali e proponendo un algoritmo decisionale per la scelta dei farmaci in caso di difficoltà deglutorie.A tali azioni è stato associato un percorso di verifica e formazione a cura della farmacia e della qualità per il corretto stoccaggio dei farmaci LASA (che devono essere stoccati separatamente per limitare gli errori umani) seguendo le raccomandazioni ministeriali.

LIMITI E' nostro intendimento richiamare l'attenzione di medici ed infermieri sulla necessità di una adeguata informazione per l'utilizzo dei farmaci, che deve avvenire anche a partire dai produttori e vigilata dagli enti autorizzatori. L'adozione di politiche e procedure efficaci sul farmaco da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private rappresenta per noi un passo fondamentale nella gestione del rischio clinico.

CONCLUSIONI Il PTO è uno strumento dinamico che necessita di continui adeguamenti.La ricerca delle informazioni necessarie per il suo aggiornamento è spesso molto complessa e prevede competenze riguardanti i sistemi informatici.

Indirizzo per la corrispondenza

Stroili Manuela, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti Trieste - S.S. Dip. Technology Assessment
Via Farneto, 3 - 34142 - Trieste
Email: manuela.stroili@tin.it

120. Ospedale senza Dolore

Petroni Salvatore, Liberati Nicola, Baldascino Giada, Mancini Alessandro, Capuano Simona

Casa di Cura Di Lorenzo di Avezzano (AQ)

BACKGROUND Il Progetto Ospedale Senza Dolore è inserito nel più ampio programma degli "Ospedali per la promozione della salute" (Health Promoting Hospital - HPH), promosso dall'Ufficio Europeo dell'OMS, già negli anni '80. La finalità generale del Programma HPH è quella di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera.

OBIETTIVI La cultura del diritto a non soffrire inutilmente si sta affermando anche nel nostro Paese, che ha visto da molti anni nascere e svilupparsi esperienze d'avanguardia nei settori della terapia del dolore e delle cure palliative. In attinenza al programma OMS, La Casa di Cura "Di Lorenzo" ha istituito nel 2009 il COSD (Comitato Ospedale senza Dolore) il cui obiettivo è la Lotta contro il dolore. Considerato l'elevato numero di interventi chirurgici effettuato nella Casa di Cura il primo sguardo è stato rivolto al trattamento del Dolore Post-Operatorio. Il primo obiettivo è stata la stesura, divulgazione e applicazione di un protocollo per la terapia del Dolore post-operatorio. Una rilevazione corretta e costante del sintomo dolore con scale validate e di semplice applicazione e comprensione, trattamenti pronti e corretti in base a protocolli elaborati sulla base delle evidenze, formazione del personale, informazione della popolazione, verifica dei risultati, sono i cardini della realizzazione del Progetto.

METODI Sono state protocollate diverse schede di terapia del dolore in base al grado di chirurgia. Ogni scheda prevede una somministrazione di analgesico ad intervalli regolari o in infusione continua, più dosi "rescue" qualora il dolore avvertito dal paziente sia superiore ad un limite soggettivo di VAS 4. Il Team dedicato alla Terapia del dolore costituito da Anestesisti ed infermieri di Sala Operatoria effettua valutazioni, ad intervalli regolari, del grado di dolore avendo cura di somministrare dosi rescue se necessario, di ricaricare eventuali device di infusione continua o di rivalutare la terapia del dolore qualora inefficace. Infermieri di reparto e personale medico di guardia si occuperanno dell'applicazione delle schede di Terapia del dolore nelle restanti ore della giornata. Vengono eseguiti mediamente 2 audit annuali con l'obiettivo di analisi dei risultati e miglioramento degli stessi.

RISULTATI Nel primi 9 mesi del 2012 si sono registrati in Sala operatoria 3322 interventi: su 975 è stata realizzata una scheda di rilevazione del dolore postoperatorio. Sono stati esclusi dalla rilevazione i pazienti sottoposti ad interventi ambulatoriali (es. Cataratta), molti day-surgery candidati a chirurgia di 1° grado (es. exeresi epitelioimi) e pazienti sottoposti a procedure miniinvasive non suscettibili di terapia del dolore (es. Inserzione di CVC, drenaggio toracico). Sono state registrate mediamente 2 rilevazioni giornaliere a distanza di 8 ore. Le rilevazioni più critiche sono risultate le prime 5 riferibili alle prime 60 ore postoperatorie. Alla prima rilevazione il 5% dei pazienti mostra una VAS - 5 e di questo 5% il 75% manifesta una VAS tra 5 e 7. Alla seconda Rilevazione il 9% manifesta una VAS - 5, percentuale che sale al 13% alla 3° rilevazione per poi tornare al 5% alla quarta e quinta rilevazione. L'apparente aumento percentuale dei pazienti con VAS > 5 è imputabile alla diminuzione del numero dei pazienti da valutare (molti vengono dimessi entro 12-24 ore) piuttosto che all'aumento della VAS.

LIMITI Limiti rimangono la oppioidofobia da parte di infermieri di reparto e medici di Guardia non adeguatamente istruiti: ciò può risultare in una non perfetta aderenza ai protocolli di Terapia del dolore. Altro limite è il tempo trascorso tra la fine dell'intervento e la prima rilevazione: così se un'adeguata pre-emptive analgesia risulta in un efficace controllo del dolore nell'immediato post-operatorio, un mancato steady-state della morfina prima della rilevazione ne aumenta la VAS.

CONCLUSIONI Da un'analisi relativa alla Customer Satisfaction risulta evidente il gradimento dell'utente sottoposto ad intervento chirurgico in termini di gestione del dolore post-operatorio. Il controllo del dolore non è solo fine a se stesso ma migliora l'outcome dell'intervento chirurgico in termini di ripresa precoce di attività quali adeguata ventilazione, deambulazione, nutrizione, benessere psichico. Ciò consente anche una riduzione dei tempi di degenza con riduzione dei costi sanitari.

Indirizzo per la corrispondenza

Liberati Nicola, Medico Chirurgo
Casa di Cura Privata - Di Lorenzo
Via Vittorio Veneto, 37 - 67051 - Avezzano
Email: nic.liberati@gmail.com

121. **Condivisione di un percorso per la gestione multidisciplinare dell'attività di instillazioni vescicali con chemioterapici e BCG in Poliambulatorio Ospedaliero**

Piccoli Graziella, De Tommasi Annalisa, Nigro Filippo, Modenese Anna, Sist Anna Paola, Zamperetti Nereo

Ospedale San Bortolo di Vicenza

BACKGROUND Le instillazioni vescicali con chemioterapico (soprattutto Mitomicina C) o con bacillo di Calmette-Guerrin (BCG, ceppo TICE) sono un approccio consolidato nella terapia delle neoplasie vescicali non infiltranti il muscolo, realizzata in regime ambulatoriale in cicli di 6/8 instillazioni settimanali. Nel 2012, nell'OC di Vicenza sono stati eseguite 528 instillazioni, di cui 279 con Mitomicina C e 249 con BCG. Nel 2013 tale attività è in aumento: 543 instillazioni in 10 mesi. Nella primavera del 2013, il percorso delle instillazioni vescicali attuato presso l'UO di Urologia con personale del Poliambulatorio (P.Amb.) dell'Ospedale di Vicenza evidenziava alcune criticità derivanti dalla frammentarietà e poca coordinazione del percorso; ciò era potenziale fonte di rischio e di disagio sia per l'utenza che per gli operatori coinvolti.

OBIETTIVI Attuare una revisione sistematica e complessiva della gestione dell'attività di instillazioni vescicali nei pazienti ambulatoriali, per giungere ad un percorso efficace e condiviso che permetta una effettiva presa in carico della persona con neoplasia vescicale, un controllo del rischio, l'oggettiva sicurezza delle persone e degli operatori coinvolti ed una limitazione dei disagi.

METODI In accordo con la Direzione Medica Ospedaliera ed il Servizio Qualità, Sicurezza ed Accreditamento, il personale del Poliambulatorio, dell'UO di Urologia e dell'Ufficio Prevenzione e Protezione Aziendale ha analizzato il processo utilizzando la metodologia FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis): sono stati realizzati incontri di coordinamento a distanza di circa una/due settimane, per scomporre il percorso in fasi che poi sono state esaminate singolarmente. In questo lavoro è stato man mano coinvolto personale anche di altre Unità Operative, fra cui la U.O.C. di Malattie Infettive e Tropicali, la U.O.C. di Farmacia Ospedaliera, le UU.OO. di Ematologia e di Oncologia (sedi di cappa per diluizione farmaci).

RISULTATI Fasi individuate, le criticità e soluzioni 1: Prescrizione della prestazione e indicazione del farmaco Criticità: Prescrizioni /anagrafica paziente separate Intervento: Elaborato un foglio unitario 2: Approvvigionamento e stoccaggio dei farmaci Criticità: Richiesta di farmaci separate in due servizi (P.Amb. e Urologia) Intervento: Assegnato a P.Amb. il compito di approvvigionamento, stoccaggio e conservazione dei farmaci 3: Diluizione e trasporto dei farmaci chemioterapici e immunomodulanti Criticità: Diluizione in cappa secondo le necessità organizzative di altra U.O. Intervento: Consultazione per centralizzazione in Farmacia Osped. della preparazione del farmaco. Elaborazione di una procedura e pianificato un corso di formazione per gli infermieri su tutta la procedura. 4: Allestimento del locale dedicato alla prestazione Criticità: Prestazione erogata in reparto di degenza Intervento: Individuato locale dedicato presso il P.Amb., adeguatamente allestito 5: Presa in carico del paziente Criticità: Accesso del paziente con modalità di accettazione frammentaria e non coordinata Intervento: Create: cartella ambulatoriale, scheda per prescrizione, scheda pianificazione delle sedute. Attivato percorso di counselling dedicato. 6: Istillazione vescicale Criticità: Somministrazione terapeutica eseguita in autonomia, senza confronto o coordinamento con il medico Intervento: Programma instillazioni nelle fasce orarie di compresenza del medico in P.Amb. 7: Modalità di somministrazione Criticità: Disomogeneità condizionata dall'esperienza dell'operatore Intervento: Elaborate le procedure. Individuati gli operatori cui affidare questa attività 8: Dimissione ambulatoriale Criticità: Educazione al paziente disomogenea e non pianificata Intervento: Elaborato un pieghevole informativo, attivate attività di supporto post-procedura 9: Smaltimento rifiuti, ripristino del locale Criticità: Uso promiscuo dell'ambulatorio Intervento: Individuato locale dedicato; consolidate le procedure aziendali per gestione rifiuti e per ricondizionamento ambulatorio dedicato. Sono stati definiti indicatori che consentono un costante monitoraggio dell'adeguatezza del percorso.

LIMITI L'attuazione del percorso si è ottenuta con una serie di modifiche organizzative e tecniche che hanno comportato un significativo impegno da parte di tutti gli attori coinvolti. I benefici ottenuti si sono dimostrati sicuramente maggiori ai costi economici sostenuti. In corso di completamento la centralizzazione della preparazione dei farmaci.

CONCLUSIONI La realizzazione di questo percorso è stata possibile per la capacità e la volontà dei professionisti di mettersi a confronto e contribuire a migliorare il servizio. L'utilizzo di una metodologia condivisa ha permesso di aggredire una problematica complessa e articolata in modo multidisciplinare. Questo ha favorito la coesione del gruppo di professionisti ed un elevato grado di soddisfazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Zamperetti Nereo, Medico Chirurgo
Ospedale San Bortolo di Vicenza - U.O. Rianimazione
Viale Ferdinando Rodolfi, 37 - 36100 - Vicenza
Email: nereo.zamperetti@ulssvicenza.it

122. Il Case Management psichiatrico. Esperienza di applicazione dei modelli di Chronic Disease Management (CDM) nel trattamento territoriale

Pompili Enrico¹, Silvestrini Cristiana¹, Nicolò Giuseppe¹, Pitino Annalisa², Bernabei Laura³

¹ASL Roma G, ²Istituto di Fisiologia Clinica CNR Roma, ³Policlinico Umberto I Roma

BACKGROUND Si avverte sempre più la necessità di aggiornare gli interventi della pratica clinica, seguendo procedure validate ed integrate. Queste prassi devono consentire la miglior gestione di pazienti ad alto carico assistenziale. Tra i diversi percorsi di cura, il Chronic Disease Management (CDM), un particolare tipo di case management, sembra rispondere a queste necessità. I principi del CDM sono: la multidisciplinarietà, l'applicazione di linee guida basate sull'evidenza, l'educazione del paziente al self-management, la valutazione e le misurazioni del processo di cura, dei suoi risultati e del feedback fornito dai pazienti e/o dagli operatori. I disturbi attualmente trattati con un approccio di tipo CDM sono prevalentemente organici (diabete, asma, etc.). Nell'ambito delle patologie psichiatriche, il CDM può essere definito come un modello organizzativo dell'assistenza psichiatrica ad elevata complessità, centrata sul singolo caso, avente l'obiettivo di integrare al massimo gli interventi richiesti con lo scopo di fornire al paziente la migliore assistenza possibile al minor costo e con la maggiore efficacia.

OBIETTIVI L'obiettivo di questo studio è di individuare protocolli operativi applicabili nella realtà clinica dei Servizi Territoriali della Salute Mentale, che siano in grado di migliorare gli esiti clinici e del funzionamento del paziente grave, senza gravare sulla spesa economica sanitaria. Si tratta di interventi modulari che soddisfano i bisogni di cura specifici del singolo paziente. Il punto di partenza è confutare l'idea che il trattamento psichiatrico territoriale consista solo nella somministrazione di una terapia farmacologica.

METODI Sono stati reclutati venticinque pazienti affetti da Schizofrenia Cronica. Sono stati valutati la psicopatologia generale, tramite Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e Clinical Global Impression (CGI); la Camberwell Assessment of Need (CAN) e la Life Skills Profile (LSP) sono state utilizzate per valutare i bisogni di cura percepiti dai pazienti e dai caregivers ed il funzionamento sociale. La qualità di vita è stata valutata attraverso la Quality of Life Index (QLI). Tutte le valutazioni sono state effettuate prima e dopo un anno di trattamento di Case Management. L'analisi statistica è stata condotta attraverso l'applicativo SPSS 13.

RISULTATI I pazienti reclutati hanno un'età compresa tra 50 e 79 anni, disoccupati e single. Dopo un anno di presa in carico (TO) attraverso CDM (Chronic Disease Management) si è verificato un miglioramento significativo, al test di Wilcoxon, alle scale psicopatologiche BPRS, totale (Z -4,3 p

LIMITI I limiti dello studio sono principalmente caratterizzati dalla scarsa numerosità del campione e dall'età dei soggetti. Sarebbe auspicabile un follow-up ripetuto nel tempo (almeno a 24 e 36 mesi) per valutare l'efficacia nel tempo del CDM in questa tipologia di pazienti.

CONCLUSIONI Gli interventi integrati erogati attraverso approcci tipo CDM forniscono evidenze nel migliorare i bisogni clinici e psicosociali dei pazienti con patologie psichiatriche croniche. Inoltre, presentano importanti ripercussioni sull'impegno di spesa sanitario, in quanto, riducono, in modo diretto, il ricorso alle ospedalizzazioni.

Indirizzo per la corrispondenza

Pompili Enrico, Medico Chirurgo
Azienda USL Roma G - Direzione Generale
Via Acquaregna, 1/15 - 00019 - Tivoli
Email: enrico.pompili@aslromag.it

123. Medicina Basata sull'Evidenza EBM nell'ASL11

Porfido Eugenio, Piovi Monica, Colombai Renato, Leonello Guidi, Milandri Carlo, Virgili Gianni, Zipoli Andrea, Lavecchia Rinaldo, Pavone Eleonora, Bini Barbara

Azienda USL11 Empoli

BACKGROUND Nell'ambito del sistema Qualità Aziendale è stato istituito un Gruppo di Lavoro Aziendale per l'Evidence Based Medicine, che analizzi le evidenze di letteratura e produca: un livello di raccomandazione sulla rilevanza della trasferibilità di un'innovazione in Azienda (relativamente a temi ritenuti "strategici"); un parere sugli studi clinici, prima che questi siano sottoposti al Comitato Etico.

OBIETTIVI Obiettivo generale: diffondere la cultura "dell'evidenza" in Azienda. Obiettivi specifici: - esprimere raccomandazioni in merito all'evidenza dell'effetto di nuovi farmaci e tecnologie, - definire standard di qualità, - valutare, alla luce delle evidenze scientifiche disponibili, se uno studio clinico possa o meno essere di interesse per l'Azienda, prima che questo venga sottoposto al Comitato Etico, - supportare le politiche aziendali di miglioramento continuo dell'appropriatezza, della efficacia e dell'efficienza delle prestazioni sanitarie.

METODI Per produrre e graduare le raccomandazioni cliniche degli interventi sanitari viene preso come riferimento il metodo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Per l'applicazione del metodo è stato creato un "panel" di esperti, costituito da tecnici della materia da approfondire, coordinati da un metodologo. Nel Gruppo è presente anche un esperto di economia che valuta l'impatto economico delle innovazioni. Qualora l'argomento trattato richieda specifiche conoscenze è facoltà del Gruppo invitare uno o più esperti. Il Gruppo collabora e si integra con le attività delle strutture aziendali deputate al supporto delle politiche aziendali. E' nominato dal Collegio di Direzione e rimane in carica 3 anni. E' composto da quattro clinici un farmacista esperto di farmaco-economia, un biologo, un esperto della qualità, un rappresentante del Collegio dei Sanitari, un infermiere, è presieduto dal Direttore della Specialistica con la supervisione del Direttore Sanitario e si avvale della consulenza di un metodologo. Il Gruppo si interfaccia con la Commissione Terapeutica, Commissione per gli Investimenti Tecnologici, Comitato Aziendale per la Qualità ed il Comitato Etico.

RISULTATI Il Gruppo ha iniziato la propria attività alla fine del 2012. Per giungere ad una raccomandazione per ogni tema trattato sono stati necessari 3 incontri. Il primo è stato utilizzato per l'inquadramento del problema e la pianificazione della ricerca dei dati disponibili; il secondo per l'analisi della letteratura ed l'estrapolazione delle evidenze; il terzo per l'espressione della raccomandazione. La partecipazione dei componenti è stata mediamente del 80%. I temi analizzati sono stati 4: il dispositivo medico, denominato Baby Guard grado di assistere ed accompagnare la fase espulsiva del parto; l'impiego del Gel Piastrinico; PDE linfografia e Fluorescenza con Verde di Indocianina per lo studio del linfonodo sentinella; e la terapia pressione negativa. Per i primi due argomenti l'iter è già concluso e sono state espresse raccomandazioni positive, con limitazioni in linea con il livello delle evidenze. Per il terzo tema è in corso la fase di definizione della raccomandazione. Mentre per la terapia a pressione negativa si sta effettuando l'analisi delle evidenze di letteratura. Si è stimato che il valore economico per l'Azienda dei primi due argomenti trattati sia di circa 200.000 euro per il "Baby Guard" e 50.000 euro per il "Gel Piastrinico".

LIMITI Un Gruppo che analizzi le evidenze dell'innovazione ed esprima raccomandazioni basate sull'evidenza all'interno di un'Azienda, è fondamentale per un'accurato HTA. La diffusione di criteri "evidence-based" è determinante per un'ottimizzazione delle risorse, sempre più limitate, anche a fronte delle continue innovazioni, che pongono a serio rischio la sostenibilità di un'adeguata assistenza sanitaria. A questo scopo, diventa determinante non solo essere in grado di saper integrare l'innovazione nell'Azienda, ma anche poter valutare la possibilità di re-impiego delle risorse già in essere, in modo che la sostenibilità in Sanità diventi a "tutto campo" una continua analisi delle risorse futuribili e di quelle già in essere. Anche su quest'ultimo tema il Gruppo si propone di estendere in futuro il suo lavoro.

CONCLUSIONI Opera ad isorisorse, cosa che se da un lato è meritorio, dall'altro può limitare le potenzialità di approfondimento delle analisi, ad esempio quando ci sia da attingere da fonti "dirette" come l'invito di esperti non dell'Azienda. I tempi di espressione di una raccomandazione sono mediamente di due mesi. Questo è dovuto soprattutto al fatto che il gruppo coinvolge personale non esclusivamente dedicato (dai clinici al supporto amministrativo). Difficoltà delle analisi economiche accurate, dal momento che spesso, per le nuove tecnologie/farmaci, vi sono generalmente studi di efficacia, ma spesso sono carenti le analisi sull'impatto economico. Dimensioni del Gruppo: per temi di grande rilievo sarebbe auspicabile un'analogo Gruppo a livello anche inter-Aziendale.

Indirizzo per la corrispondenza

Colombai Renato, Medico Chirurgo
Azienda USL 11 Empoli - Direzione Sanitaria
Via dei Cappuccini, 79 - 50053 - Empoli
Email: r.colombai@usl11.tos.it

124. Learning Transfer: misurare la ricaduta degli apprendimenti nell'operatività clinica e organizzativa

Presutti Michele, Ferro Valentina, Costa Silvia, Gaeta Giovanna, Coppola Mariangela

ASLTO3

BACKGROUND L'analisi del Learning Transfer consente di dare evidenza del livello di ricaduta, nella realtà professionale, delle competenze apprese in sede formativa. La ricerca costituisce il proseguimento di un precedente lavoro di tipo qualitativo attraverso la messa a punto di uno strumento d'indagine questa volta di tipo quantitativo.

OBIETTIVI La finalità generale della ricerca è validare internamente e sperimentare l'utilizzo di uno strumento di rilevazione del Learning Transfer, che consenta di verificare la percezione degli operatori sanitari su i principali fattori che possono influenzare positivamente o negativamente l'impatto degli apprendimenti sulla performance professionale ed organizzativa.

METODI La ricerca riguarda un campione di 7 corsi dell'ASL TO3, svolti nel 2013. È stato somministrato un questionario ai soggetti partecipanti, ad una distanza massima di 6 mesi dalla conclusione dei corsi. Lo strumento è stato preliminarmente sottoposto ad una validazione di contenuto e ad una validazione a vista. I dati sono stati sottoposti ad Analisi Fattoriale che ha permesso di individuare i fattori a cui ricondurre gli items e, per descrivere sinteticamente ciascuna variabile, è stata creata una distribuzione di frequenze.

RISULTATI L'analisi fattoriale ha permesso di mantenere 4 dei 7 fattori ipotizzati: risorse interne, supporto tra pari, supporto da parte dei superiori, opportunità di utilizzo. La maggior parte dei soggetti appartiene al genere femminile ed opera da 6 a 15 anni, all'interno dell'ASL TO3. Solo il 3% dei soggetti dichiara di non riuscire ad applicare, nel contesto lavorativo, le competenze apprese in sede formativa. La distribuzione di frequenze percentuali su ogni variabile ha evidenziato: per le "risorse interne" (motivazione, costanza nell'impegno, senso di auto-efficacia, consapevolezza competenza acquisita), 73% di accordo, il 23% accordo parziale e il 4% di disaccordo; "supporto tra pari" 34% di accordo, 27% di accordo parziale, 39% di disaccordo; "supporto da parte dei superiori": 33% di accordo, 26% di accordo parziale, 39% di disaccordo, con un margine di non risposta del 2%; "opportunità di utilizzo" 42% di accordo, 29% di accordo parziale, 29% di disaccordo.

LIMITI La somministrazione in autocompilazione del questionario ha determinato una restituzione non completa rispetto alla popolazione bersaglio.

CONCLUSIONI Circa il 97% degli intervistati dichiara di riuscire a trasferire nella propria realtà professionale ciò che apprende in sede formativa. Si può ipotizzare che le Risorse interne e le reali Opportunità di utilizzo possano essere tra i fattori facilitanti il processo di Learning Transfer. Il Supporto tra pari e il Supporto da parte dei superiori potrebbero essere fattori ostacolanti ma, viste le percentuali di risposta, occorrerebbe un approfondimento nella pesatura del valore di tali fattori.

Indirizzo per la corrispondenza

Presutti Michele, Psicologo
ASL TO3 - S.C. Ricerca e Formazione
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 - Collegno
Email: mikito22@libero.it

125. Percorso di erogazione di galenici magistrali in farmacia territoriale: esperienza quinquennale nella ASL di Varese

Punginelli Maurizia, Crenna Paolo, Bellia Tiziana, De Rosa Stefania, Cangelosi Laura, Nistico' Carmela

ASL Varese

BACKGROUND La preparazione galenica magistrale consente l'accesso sicuro e personalizzato a terapie farmacologiche non altrimenti disponibili. A partire dall'anno 2008 l'ASL di Varese per assicurare la continuità assistenziale, in particolar modo ai pazienti in età pediatrica e/o affetti da malattia rara, ha messo a punto una procedura, condivisa con le diverse figure professionali coinvolte, per l'allestimento e l'erogazione tramite SSN di preparazioni magistrali coinvolgendo le farmacie al pubblico. L'attività nel tempo si è intensificata sia per numero di pazienti che per tipologia e varietà di preparazioni autorizzate, quindi si è reso necessario predisporre un Prontuario ad hoc come guida per la prescrizione appropriata.

OBIETTIVI Descrivere le modalità di erogazione di preparazioni magistrali attraverso il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico.

METODI La procedura in uso descrive il percorso assistenziale del paziente e prevede: la compilazione da parte dello Specialista di un piano terapeutico, la verifica dell'appropriatezza da parte del Farmacista dell'ASL e l'autorizzazione alla dispensazione, la redazione della ricetta SSN da parte del Medico Territoriale, l'allestimento e l'erogazione della preparazione magistrale tramite la farmacia al pubblico. Per la predisposizione del Prontuario sono state valutate le prescrizioni galeniche registrate nel periodo 2008-2012 sulla base dell'appropriatezza di indicazione, posologia, formulazione, regime di dispensazione e dell'aderenza ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Regionali per le malattie rare. Col supporto di banche dati si è verificata l'assenza di alternativa terapeutica di origine industriale. Le prescrizioni sono state così ricondotte in tre gruppi: legge 648/96, malattia rara e non dispensabili (alla data della revisione).

RISULTATI Sono state registrate 315 prescrizioni galeniche riconducibili principalmente a patologie cardiache (46,18%), metaboliche (19,75%), gastroenteriche (15,61%). I pazienti coinvolti sono 263, la maggior parte dei quali in età pediatrica: 0-2 anni (41,08%), 3-12 (46,50%), 13-18 (3,18%), > 18 (9,24%). Le formulazioni più prescritte sono: captopril (16,88%), omeprazolo (15,92%), soluzione di Joulie (6,69%). Il Prontuario redatto contiene per ogni preparazione galenica: le indicazioni terapeutiche con relativo codice ICD-9, le posologie nell'adulto e pediatrica, le caratteristiche della formulazione, la prescrivibilità.

LIMITI È in previsione la predisposizione di un Formulario condiviso con i farmacisti preparatori al fine di standardizzare il processo di allestimento delle preparazioni magistrali nel territorio dell'ASL.

CONCLUSIONI La procedura, applicata e diffusa all'interno della rete assistenziale, assieme al Prontuario consentono di operare nel rispetto della normativa sia a garanzia della sicurezza del paziente sia a tutela dell'attività di ciascun professionista coinvolto. Inoltre il Prontuario diventa strumento di revisione sistematica e di immediata consultazione nella pratica quotidiana. È in previsione la predisposizione di un Formulario condiviso con i farmacisti preparatori al fine di standardizzare il processo di allestimento delle preparazioni magistrali nel territorio dell'ASL.

Indirizzo per la corrispondenza

De Rosa Stefania, Farmacista
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese - Farmaceutica Territoriale
Via Ottorino Rossi, 9 - 21100 - Varese
Email: derosas@asl.varese.it

126. Modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva delle terapie destinate a pazienti affetti da malattia rara nell'ASL della Provincia di Varese

Punginelli Maurizia, Crenna Paolo, Cangelosi Laura, Nistico' Carmela, De Rosa Stefania, Bellia Tiziana

ASL Varese

BACKGROUND Con la DGR 8/9459, del 20/5/2009 è stato approvato il progetto triennale "Sviluppi della rete regionale per le malattie rare in Lombardia: il registro delle malattie rare, i percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, potenziamento della rete e strumenti di governance". Il progetto, a suo tempo presentato all'organo regionale, rientra in tale ambito con lo scopo di sostenere un team di professionisti in ambito aziendale che sia integrato nella rete regionale delle malattie rare e disponibile per rispondere alle esigenze dei pazienti affetti da queste patologie nell'ambito del territorio della ASL di Varese.

OBIETTIVI È stata effettuata, a partire dal 2011, una analisi dei piani terapeutici dei pazienti affetti da malattia rara pervenuti al Servizio Farmaceutico aziendale. Detta analisi è consistita in una valutazione di appropriatezza terapeutica in relazione ai PDTA (percorsi diagnostico- terapeutici assistenziali) che sono prodotti a livello regionale da gruppi a ciò preposti.

METODI I piani pervenuti nel corso del 2011 sono stati 80 distribuiti come descritto in seguito: CODICE ESENZIONE DIAGNOSI PIANI TERAPEUTICI RDG020 DISORDINI EREDITARI TROMBOFILICI 43 RCG040 DISTURBI DEL MET.E DEL TRASP.DEGLI AMINOACIDI 6 RN0690 KLINEFELTER SINDROME DI 6 RDG010 ANEMIA CONGENITA 4 altri codici altre patologie rare 21 I piani pervenuti nel corso del 2012 sono stati 91 distribuiti come descritto in seguito: CODICE ESENZIONE DIAGNOSI PIANI TERAPEUTICI RCG040 DISTURBI DEL MET.E DEL TRASP.DEGLI AMINOACIDI 13 RC0190 ANGIOEDEMA EREDITARIO 11 RN0680 TURNER SINDROMEDI 9 RDG020 DISORDINI EREDITARI TROMBOFILICI 8 altri codici altre patologie rare 50.

RISULTATI La verifica di appropriatezza ha riguardato le patologie per le quali i piani terapeutici sono risultati in numero maggiore e cioè quelle con codice di esenzione RDG020, RCG040 e RDG010 per il 2011 e RN0680 e RC0190 per il 2012. Per il codice di esenzione RN0690 non è stato possibile procedere alla verifica di appropriatezza poiché non è disponibile il PDTA. Di seguito si riporta la descrizione dei farmaci prescrivibili per i codici di esenzione analizzati estratta dalla lettura dei PDTA regionali CODICE ESENZIONE DIAGNOSI farmaci previsti da PDTA RCG040 Disturbi del met. e del trasp.degli aminoacidi Captopril, D-penicillamina, Tiopronina, Sali alcalini di K e Mg, CALCIO, VITAMINA d, LEVODOPA, carbidopa, triptofano, tetraidrobiopterina, acido folinico, glucosio, insulina, soluzioni nutrizionali, multivitaminici, calcio, VITAMINA d, antiepilettici CODICE ESENZIONE DIAGNOSI farmaci previsti da PDTA RDG010 anemie congenite Deferasirox, Deferiprone, Etil-estradiolo, estroprogestinici, testosterone DEPOT tiroxina, insulina, ormone della crescita, calcio, vitamina D, bifosfonati, calcitriolo, calcio, idrocortisone, ace inibitore, betabloccante, diuretico, inibitori angiotensina, digossina, antivirali CODICE ESENZIONE DIAGNOSI farmaci previsti da PDTA RDG020 difetti della coagulazione Fattori coagulazione CODICE ESENZIONE DIAGNOSI farmaci previsti da PDTA RN0680 Sindrome di Turner ormone della crescita, estroprogestinici, ormone tiroideo, ipoglicemizzanti orali, insulina, antiipertensivi, profilassi antibiotica, Calcio, VITAMINA d CODICE ESENZIONE DIAGNOSI farmaci previsti da PDTA RC0190 Angioedema Ereditario Berinert, Ruconest, Firazyr/Icatibant, ac tranexamico (tranex, Ugurol) Danazolo(Danatrol), Cinryze

LIMITI --

CONCLUSIONI Relativamente al codice di malattia rara RDG020, RCG040, RN0680, RC0190, E RDG010 la verifica di appropriatezza ha evidenziato la completa coerenza dei farmaci prescritti nei piani terapeutici con quelli previsti dai tre PDTA licenziati dalla regione. Infine, per il codice di malattia rara RDG010, la verifica ha evidenziato la coerenza dei farmaci prescritti con quelli previsti dal PDTA ad eccezione di 2 piani terapeutici per i quali i farmaci prescritti Omeprazolo e Acido acetil salicilico non rientrano nei PDTA e con la precisazione di due piani terapeutici dove sono stati prescritti l'acido folico e l'idrossicarbamide non previsti da dal PDTA, ma in indicazione.

Indirizzo per la corrispondenza

De Rosa Stefania, Farmacista
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese - Farmaceutica Territoriale
Via Ottorino Rossi, 9 - 21100 - Varese
Email: derosas@asl.varese.it

127. L'implementazione del percorso assistenziale del servizio di Nutrizione Artificiale Domiciliare della ASL di Varese attraverso un gruppo tecnico dedicato

Punginelli Maurizia, Crenna Paolo, Derosa Stefania, Nistico' Carmela, Cangelosi Laura, Bellia Tiziana

ASL Varese

BACKGROUND La norma vigente in materia di nutrizione artificiale in Regione Lombardia è la DGR 6 agosto 1992 - n. V/577, la quale fornisce le indicazioni per le ASL di prendere in carico pazienti che necessitano di Nutrizione artificiale domiciliare (NAD), qualora sia terapia insostituibile per la sopravvivenza e il corretto trattamento terapeutico, sostitutiva di ospedalizzazione a lungo termine e di metodica di NAD condotta in ospedale, caratterizzata da minori oneri per il servizio sanitario e tale da consentire al paziente stesso una vita sociale e di relazione nell'abituale ambiente di vita.

OBIETTIVI E' stato costituito un gruppo multidisciplinare "Gruppo aziendale di nutrizione enterale e parenterale", allo scopo di implementare la gestione del servizio NAD, di coordinare gli operatori sanitari della ASL coinvolti nella sua gestione e di individuare percorsi comuni nel monitoraggio della appropriatezza prescrittiva, nella gestione delle differenti fasi ed eventuali complicanze del programma seguito dal paziente, ottimizzando in tal modo il percorso assistenziale ad esso riferito.

METODI Il percorso assistenziale della NAD si articola a partire dalla prescrizione, effettuata da un Medico di Azienda Ospedaliera o Struttura Accreditata presso la quale il paziente è ricoverato. Successivamente la stessa è trasmessa al Distretto Socio Sanitario di residenza dell'assistito valutata e autorizzata dal Medico del distretto per l'erogazione della NAD a carico del SSN, inserita con i dati del paziente in un programma gestionale dedicato. Infine il Farmacista del U.O.C. Farmaceutica esegue una valutazione quali-quantitativa dei prodotti prescritti e dispone la consegna a domicilio attraverso una azienda di servizi. La terapia viene consegnata a domicilio attraverso una ditta autorizzata. Nel percorso assistenziale rientrano diverse figure professionali della ASL che hanno il compito di valutare, autorizzare ed eseguire i necessari controlli sulle forniture. Il gruppo aziendale è costituito da diversi operatori, ognuno in rappresentanza dei diversi profili professionali: Farmacista Direttore e Dirigente dell'U.O.C. Farmaceutica, Medico Nutrizionista, Dietista, referente SITRA, Medico del Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale, Infermieri Professionali. Dal 2011 ad oggi sono stati affrontati argomenti riconducibili a tre aree del percorso assistenziale: Appropriata prescrittiva, Monitoraggio dei processi e della spesa e Progettualità.

RISULTATI I risultati raggiunti dopo la costituzione del gruppo NAD nel biennio 2011/2013 sono stati: Nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva è stato rimodulato il kit di materiale di consumo in uso agli assistiti portatori di gastrostomia percutanea (PEG) sulla base di una valutazione EBP ed è stato diffuso agli interessati; effettuato un corso tenuto da personale SINPE (Società Italiana Nutrizione Parenterale ed Enterale); Sono state stabilite le tempistiche necessarie al rinnovo delle terapie in atto e la durata delle nuove autorizzazioni; Sono state concordate le modalità di passaggio ai prodotti nutrizionali aggiudicati con procedure di gara in pazienti già in trattamento; Infine sono state condivise e approvate nuove modulistiche per la prescrizione e rinnovo delle diete e per la comunicazione e l'informazione all'assistito e al MAP o PDF. Per l'Area di monitoraggio dei processi e della spesa sono state effettuate analisi di dati relativi alla spesa al fine di minimizzare il ricorso ad acquisti in economia e il costo servizio/paziente; Sono state valutate nuove modalità di monitoraggio; e' stata gestita una ricontrattazione del servizio fornito dall'azienda a seguito della rimodulazione del Kit di materiale di consumo fornito e della legge 135/2012. I dati relativi all'organizzazione del servizio, al monitoraggio dei pazienti serviti e dei costi relativi sono stati prodotti e discussi.

LIMITI --

CONCLUSIONI La nutrizione artificiale a domicilio è una strategia terapeutica consolidata e diffusa nel nostro territorio. La creazione di un Gruppo Aziendale dedicato alla Nutrizione artificiale, ha consentito la gestione del paziente servito e di raggiungere risultati ascrivibili alle tre aree: appropriatezza clinica, monitoraggio e gestione dei processi e progettualità. La decentralizzazione dei processi che hanno origine dalla prescrizione ospedaliera e come risultato la consegna dei prodotti al domicilio del paziente, attraverso l'impiego di strumenti informatici e il coinvolgimento degli operatori distrettuali, ha comportato nel corso dell'ultimo biennio un miglioramento dell'organizzazione in termini di risparmio di tempo e di riduzione degli errori. I distretti, più coinvolti nel processo, riescono a gestire eventuali criticità, fornendo all'assistito una risposta rapida e professionale. La formazione scientifica prevista dall'ASL, e la creazione di un gruppo interaziendale ha consentito la condivisione delle esperienze e il perfezionamento dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Indirizzo per la corrispondenza

De Rosa Stefania, Farmacista
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese - Farmaceutica Territoriale
Via Ottorino Rossi, 9 - 21100 - Varese
Email: derosas@asl.varese.it

128. Distribuzione diretta farmaci per l'emofilia: risparmio calcolato rispetto alla distribuzione per il tramite delle farmacie aperte al pubblico

Punginelli Maurizia, De Rosa Stefania, Nistico' Varmela, Bellia Tiziana, Crenna Paolo, Cangelosi Laura
ASL Varese

BACKGROUND L'Asl di Varese ha individuato nella distribuzione diretta una leva per il contenimento della spesa farmaceutica che, ai sensi della L 405/2001, oltre a rappresentare un'innegabile rilevanza economica, garantisce la continuità terapeutica ospedale territorio e semplifica agli assistiti le modalità di reperimento dei medicinali prescritti. L'emofilia ed i farmaci per il trattamento rappresentano un'opportunità per realizzare il duplice obiettivo e pertanto l'Asl di Varese ha individuato, tra le altre, questa categoria di medicinali su cui concentrare l'attenzione agli scopi sopra detti.

OBIETTIVI Coniugare la necessità di governare al meglio le ridotte risorse disponibili con la possibilità di garantire la continuità terapeutica ospedale territorio e semplificare agli assistiti le modalità di reperimento dei medicinali prescritti

METODI La distribuzione diretta rientra tra le attività gestite dall'UOC Farmaceutica e segue, con il diretto controllo di un farmacista, tutte le fasi consuete della distribuzione fino alla rendicontazione in File F e ad analisi farmaco-economiche. L'analisi dei risparmi ha tenuto conto, per la distribuzione diretta, del prezzo di acquisto ottenuto da procedure di gara mentre per la distribuzione convenzionata, delle scontistiche cui questi medicinali sono soggetti considerando quale prezzo di partenza il prezzo di vendita al pubblico nell'anno di dispensazione.

RISULTATI Nel 2011 sono stati trattati 26 pazienti: 1 con fattore VII, 21 con fattore VIII di cui 7 con plasmaderivati e 14 con ricombinante, 4 con fattore IX. La spesa è stata circa 5.800.000 € verso un importo stimato di circa 6.900.000 € del canale della farmaceutica convenzionata, con un risparmio di circa 1.000.000 €. Nel 2012 sono stati trattati 33 pazienti: 1 con fattore VII, 28 con fattore VIII di cui 9 con plasmaderivati e 19 con ricombinante, 4 con fattore IX. La spesa è stata circa di 5.600.000 € verso un importo stimato di 6.600.000 € del canale della farmaceutica convenzionata, con un risparmio di 1.000.000 €. Nel periodo esaminato un paziente è stato trattato con alte dosi di fattore VIII plasmatico nell'ambito di un trattamento di desensibilizzazione e la riduzione della spesa nel 2012, a fronte di un maggior numero di assistiti trattati, è dovuta alla sospensione nell'ultimo trimestre della terapia con alte dosi di plasmaderivato e alla normalizzazione del regime terapeutico del paziente che aveva sviluppato l'inibitore.

LIMITI ---

CONCLUSIONI La distribuzione diretta dei medicinali, con particolari rilievo per i fattori della coagulazione, rientra nell'ambito di un processo di gestione e monitoraggio sia in termini economici, con un risparmio in due anni di circa 2.000.000 di euro, sia clinici, con la verifica dei piani di cura per ogni paziente mirato alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza terapeutica.

Indirizzo per la corrispondenza

De Rosa Stefania, Farmacista
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Varese - Farmaceutica Territoriale
Via Ottorino Rossi, 9 - 21100 - Varese
Email: derosas@asl.varese.it

129. Overdiagnosis in nefrologia: un problema aperto

Quintaliani Giuseppe¹, Standoli M Laura², Timio Francesca², Fiorucci Gioia², Patera Francesco², Mattozzi Francesca², Battistoni Sara², Ricci Elisa²

¹*Società Italiana di Nefrologia*, ²*Scuola di specializzazione in Nefrologia di Perugia*

BACKGROUND Attualmente si parla molto di overdiagnosis e overtreatment. In particolare il BMJ ha recentemente esordito con un articolo dal titolo enigmatico: "Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased" dove si riporta la tesi che la insufficienza renale cronica (IRC) non sia una malattia e quindi come tale non dovrebbe essere diagnosticata in assenza di segni e sintomi. Noi non crediamo che le conclusioni descritte nell'articolo possano essere considerate esatte. O quanto meno non del tutto vere. Infatti la "Overdiagnosis" in nefrologia non può essere posta in relazione solo alla progressione della malattia renale. La malattia renale comporta non solo la progressione verso la dialisi ma soprattutto la presenza di numerose alterazioni metaboliche ed aumento del rischio sia di morte che di eventi CV e avversi come all'iperpotassiemia in corso di terapia con ACEi, o semplicemente la dannosa assunzione di antibiotici a dosaggi non congrui se non viene stimata la funzione renale od ancora alla scarsa attenzione che una Acute Renal Failure (ARF) possa scatenarsi sovrapponendosi ad una IRC e che rende molto frequenti gli errori al momento del ricovero.

OBIETTIVI La IRC è un problema di salute pubblica la cui prevalenza è di circa il 5-7% (IRC con GFR < 60 ml/min m2 BSA) Alla IRC sono legati diversi rischi che possono portare a ricoveri ripetuti, eventi cardiovascolari oltre che a morte e/o alla dialisi. La letteratura è concorde che non è possibile scrinare tutta la popolazione, ma si consiglia di scrinare i pazienti [2] ipertesi e diabetici. Per fare ciò è necessario che i medici di primary care effettuino la valutazione della funzione renale. Per capire cosa in effetti si sta facendo e con l'intento di migliorare sempre più abbiamo effettuato un audit sul controllo della funzione renale da parte dei mmg.

METODI L'audit ha coinvolto 73 mmg e i vertici amministrativi-gestionali della ASL di riferimento. Il criterio di inclusione era pazienti diabetici e/o ipertesi età > 18 anni. Il progetto prevedeva una prima fase che fotografasse la realtà ed una seconda che valutasse i risultati del percorso formativo. Il progetto si è articolato in più fasi: a) illustrazione dello studio e delle problematiche connesse alla IRC; b) Estrazione dai database computerizzati dei MMG dati dei pazienti diabetici e/o ipertesi. Sono stati calcolati: la % di richiesta della creatinina, il calcolo dell'eGFR, la segnalazione della IRC nei pazienti affetti tramite codice ICD9. c) Illustrazione dei dati ottenuti nella prima fase rinforzando le motivazioni legate alla importanza della individuazione della IRC; d) Dopo sei mesi si sono estratti gli stessi dati per valutare l'impatto che il percorso formativo poteva aver avuto sulla consapevolezza dell'importanza della valutazione della funzione renale. e) riunione finale con illustrazione risultati, distribuzione materiale illustrativo (LG ISS, schema esami, consigli su raccolta urine) e rinforzo sulla importanza della corretta diagnosi di IRC. Contemporaneamente si è provveduto a pubblicare nel Bollettino dell'ordine dei medici un decalogo sugli esami atti al follow-up.

RISULTATI Sono stati selezionati 15572 pazienti di cui 61363 (40%) avevano determinato una creatininemia. Tra questi 979 erano in classe 3-5 DOQI; (16%) solo 271 pazienti erano stati attribuiti correttamente ad una classe ICD9 corrispondente al 27%. Dopo il progetto formativo abbiamo avuto 9376 pazienti, 5473 creatinine effettuate (58%) con 18% assoluti rispetto alla basale. Anche in questo caso i pazienti con IRC classe 3-5 DOQI sono stati il 15%, dato costante rispetto alla prima elaborazione, mentre gli ICD9 correttamente attribuiti sono saliti dal 27% al 35%. È in corso il secondo step del progetto che prevede l'arruolamento di ulteriori 60 MMG con circa 150.000 pazienti. I risultati della prima estrazione, prima quindi del progetto formativo, evidenziano una creatinina segnata a pazienti ipertesi e diabetici di circa il 44%, la prevalenza di IRC è di circa il 13% (eGFR < 60 ml/min).

LIMITI Il limite più grosso è rappresentato dal fatto che molti mmg non riportano il valore della creatinina limitandosi ad appuntarlo solo se sopra la norma. Purtroppo sappiamo che un valore entro la norma di creatinina nasconde almeno nel 50% dei casi un valore stimato di funzione renale che risulta sotto la norma.

CONCLUSIONI L'invio al nefrologo per un corretto inquadramento del caso fornendo accurata anamnesi ed esami biochimici specifici può aiutare a discernere la gravità di una IRC, anche se in letteratura è ben riportato quando e come inviare al nefrologo il paziente con IRC. La corretta diagnosi di IRC permette quindi di discernere tra chi trattare e chi no a seconda delle alterazioni metaboliche presenti, della velocità di progressione e della situazione clinica dei pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Quintaliani Giuseppe, Medico Chirurgo
Ospedale Santa Maria della Misericordia - U.O. Nefrologia e Dialisi
Piazzale Giorgio Menghini - 06156 - Perugia
Email: g.quintaliani@yahoo.it

130. Il rischio clinico nel processo di triage: la valutazione dell'infermiere e la percezione del paziente

Ricci Michela

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi

BACKGROUND Cuore pulsante dell'ospedale in Italia, il Pronto Soccorso, è da sempre al centro di polemiche e riflessioni da parte dell'opinione pubblica e sanitaria anche a causa delle alterne vicende riferite nella cronaca quotidiana. Il triage, secondo quanto riportato nell'Atto di Intesa Stato Regioni, è "il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento". I pazienti a cui è stato assegnato, da parte del personale addetto all'attività di triage, un codice di priorità di accesso sottostimato rispetto alla condizione clinica e al rischio evolutivo, possono andare incontro a morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico ovvero dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato. La Raccomandazione ministeriale n. 15 vuole incoraggiare l'adozione di appropriate misure organizzative, formative e assistenziali per prevenire l'insorgenza di eventi avversi o minimizzare gli effetti conseguenti a una non corretta identificazione del grado di criticità e complessità dell'evento segnalato alla Centrale Operativa 118 e ad una non corretta attribuzione del codice triage da parte dall'équipe di soccorso 118 e/o in Pronto Soccorso. La raccomandazione identifica essenzialmente tre ambiti di criticità che possono condurre a una non corretta attribuzione del codice di priorità e, quindi, al rischio che si verifichi un evento avverso: l'ambito strutturale/organizzativo, assistenziale e relazionale.

OBIETTIVI Lo studio si pone come obiettivo quello di valutare mediante l'utilizzo di questionari, da un lato il gradimento e la soddisfazione da parte dell'utenza del servizio di Pronto Soccorso, e dall'altro la presenza di protocolli e strumenti di triage che aiutano l'infermiere ad evitare situazioni di errore. Una volta individuati i punti critici dell'attività, lo studio si propone di evidenziare i punti da poter migliorare nell'assistenza.

METODI Il questionario somministrato a 102 utenti è composto di 23 domande di cui 16 che utilizzano scala likert, è stato utilizzato con i pazienti a cui è stato attribuito un codice colore bianco, verde o giallo in attesa o nei box o nella sala d'aspetto del Pronto Soccorso dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona. Il periodo di riferimento va dal 01/06/2013 al 30/09/2013. Il questionario per gli infermieri che contiene 23 domande di cui 6 con scala likert è stato distribuito ai 34 infermieri dipendenti del pronto soccorso dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona. Le scale likert di entrambi i questionari hanno uno score da 1(giudizio negativo) a 5(giudizio positivo).

RISULTATI Dalla somma dei punteggi ottenuti dalle scale likert dei pazienti è emerso che il nessuno ha ottenuto gradi di giudizio bassi o medio/bassi, il 18% ha ottenuto un giudizio di media soddisfazione del servizio, il 43% una valutazione medio/alta e infine il 39% una valutazione alta. Dalla somma dei punteggi delle scale likert agli infermieri nessuno ha ottenuto punteggio alto e basso, il 12% ha ottenuto punteggio medio/basso, il 32% soddisfazione media e il 55% soddisfazione medio/alta.

LIMITI I limiti del questionario all'utenza sono correlati alla scala likert poiché la tendenza è di dare giudizi positivi mentre per il questionario agli infermieri risulta essere la lunghezza e quindi la compilazione completa.

CONCLUSIONI Dall'analisi sono emerse alcuni punti da poter migliorare nell'assistenza come: la rumorosità della sala d'attesa che non consente l'ascolto corretto dei numeri, la disposizione dei locali destinati all'utenza che non consentono la corretta identificazione degli spazi, la comunicazione con il personale adibito al triage che potrebbe essere migliorata e infine non si esclude da parte dell'utenza l'attivazione di percorsi infermieristici alternativi per i codici minori. D'altra parte gli infermieri gradirebbero la presenza di un mediatore culturale nella sala d'attesa per la comunicazione con l'utenza di lingua straniera e l'inserimento del dolore nella scheda informatizzata di triage.

Indirizzo per la corrispondenza

Ricci Michela, Infermiere

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi

Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona

Email: vega.90@hotmail.it

131. Il governo clinico: integrazione dei modelli lean six sigma ed audit clinico ed impatto su appropriatezza d'uso dei farmaci e relativi costi

Ripa Franco, Rocatti Laura, La Valle Giovanni, Daghero Lorella, Boraso Flavio

ASL Torino 4

BACKGROUND La razionalizzazione del consumo di farmaci in epoca di spending review è una esigenza inderogabile nelle Aziende Sanitarie. In tale ambito, peraltro, è essenziale mettere in atto modelli di lavoro condivisi tra direzione, sistema di programmazione e controllo, farmacia e componente professionale, in funzione della progressiva ricerca dell'appropriatezza delle prescrizioni per il contenimento dei costi, secondo i principi del governo clinico. L'ASL TO 4 è Azienda Territoriale dell'area torinese, a cui afferisce una popolazione di circa 520.000 abitanti; sono presenti cinque ospedali che contemplano le principali discipline di base per un totale di 980 posti letto, con Dipartimento Emergenza e Accettazione di primo livello e cinque Distretti Sanitari.

OBIETTIVI Obiettivo del progetto, nelle logiche del governo clinico, è lo sviluppo nell'ASL Torino 4 di un percorso di miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci e del relativo impatto sui costi, con la implementazione di metodologie di lavoro strutturate secondo i modelli del lean six sigma e dell'audit clinico utilizzate in forma integrate tra loro.

METODI Dal punto di vista operativo il lean six sigma è un'applicazione di tecniche statistiche e principi di qualità fortemente orientati al miglioramento dei processi, a partire dall'analisi sistematica dei dati e della loro deviazione rispetto alla norma. L'audit clinico invece si caratterizza nello sviluppo del tipico ciclo della qualità su problemi di carattere tipicamente professionale. I due modelli sono stati applicati nell'ASL TO 4 in forma parallela ed integrata con la definizione dei problemi di inapproprietezza nel consumo dei farmaci, la declinazione di criteri indicatori e standard e la misurazione, l'analisi degli scostamenti tra standard e valori osservati, la messa in atto dell'intervento correttivo, la rimisurazione post-intervento. In particolare nell'ambito dello sviluppo del progetto sono stati utilizzati a vari livelli specifici strumenti di lavoro (project charter, diagramma di Ishikawa, diagramma di Pareto, diagramma di Gant, carte di controllo). Gli eventi kaizen sono avvenuti alla presenza di metodologi esperti di qualità, farmacisti e clinici e si sono caratterizzati per una fattiva collaborazione degli attori in funzione degli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza, peraltro previsti dal sistema premiante aziendale.

RISULTATI Per quanto riguarda i risultati ottenuti, il dato complessivo è indicativo per il contenimento della spesa ospedaliera per farmaci: spesa complessiva anno 2011 Euro 36.050.279, anno 2012 Euro 33.596.772; spesa distribuzione diretta anno 2011 Euro 19.439.321, anno 2012 Euro 21.058.321, spesa consumo ospedaliero netto anno 2011 Euro 16.610.958, anno 2012 Euro 12.538.540). A titolo esemplificativo si evidenzia che la spesa per farmaci nei quattro centri di responsabilità delle Medicine Generali degli Ospedali dell'ASL Torno 4 in totale è passata da Euro 2.132.029 del 2010 a Euro 1.647.203 Euro nel 2012, con un incremento della valorizzazione tariffaria dei ricoveri e delle prestazioni (in totale da Euro 24.916.929 del 2010 a Euro 26.786.567 del 2012, segno di un parallelo incremento dell'attività e del peso). Una situazione sostanzialmente simile è avvenuta, con rare eccezioni, negli altri centri di responsabilità clinici.

LIMITI La spesa ospedaliera deve essere tenuta costantemente sotto controllo, anche in relazione alla introduzione di nuovi farmaci.

CONCLUSIONI Ovviamente tali risultati possono essere legati a molte variabili, ma è indubbio che l'applicazione di metodiche strutturate può essere di grande supporto nelle azioni di miglioramento. Dal punto di vista metodologico lo sviluppo dei modelli lean six sigma ed audit clinico in forma integrata offre il vantaggio di mediare un approccio strutturato di tipo industriale alla qualità con una impostazione professionale, maggiormente modulata sul vissuto dei professionisti clinici. In tale ambito il miglioramento dell'appropriatezza nel consumo dei farmaci si è tradotto in una riduzione della spesa relativa, segno tangibile che la qualità può contribuire in modo compiuto al contenimento dei costi.

Indirizzo per la corrispondenza

Ripa Franco, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale TO4 - S.C. Programmazione e Controllo di Gestione
Via Po, 11 - 10034 - Chivasso
Email: franco.ripa@libero.it

132. Il riordino delle cure primarie: come evolve il Servizio Farmaceutico Aziendale in un processo di accountability. Il modello della Ausl8 di Arezzo

Roghi Alessandra¹, D'Avella Rosella¹, Pavone Eleonora², Bilia Anna Rita³

¹Ausl8 Arezzo, ²Ausl11 Empoli, ³Università degli Studi di Firenze

BACKGROUND Il monitoraggio della spesa farmaceutica locale costituisce una necessità prioritaria per potere assolvere al compito di rispondere alla domanda di cure in una situazione di ormai cronica crisi finanziaria del settore pubblico. In Italia da più di un decennio l'assistenza primaria è oggetto di studio, e recentemente con il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 si è posto le basi per una riforma strutturale dei modelli assistenziali, accompagnata da un processo di reale valorizzazione e responsabilizzazione (accountability) del MMG. Gli obiettivi contenuti prevedono il raggiungimento di traguardi importanti quali l'introduzione delle aggregazioni funzionali tra medici di famiglia e di continuità assistenziale (AFT) e la costituzione di Unità Complesse di Cure primarie (UCCP). In questo senso l'Accordo Integrativo della Regione Toscana con la Medicina Generale conferma la spinta innovatrice, consegnando al territorio la gestione totale dei bisogni assistenziali dei cittadini, con particolare riferimento alle patologie croniche. Inoltre il riordino delle cure primarie si otterrà senza aumenti di spesa, ma con razionalizzazioni soprattutto nel campo farmaceutico.

OBIETTIVI Lo scopo di questo lavoro è delineare i possibili interventi che il Servizio Farmaceutico Aziendale può adottare per attuare la "governance" della spesa farmaceutica, collaborando con tutti gli attori coinvolti e integrandosi nel nuovo assetto delle cure primarie.

METODI Nella realtà della Ausl8 è stato stipulato un Accordo Pluriennale con la Medicina generale (Delibera 527/2010) volto ad implementare la gestione delle patologie croniche nel territorio e l'uso appropriato delle risorse per una maggior efficienza economica del Sistema. Tra gli ambiti di azione individuati assume particolare rilievo la farmaceutica, intesa come buon uso del farmaco e appropriatezza prescrittiva. In quest'ottica la Farmaceutica Territoriale dal 2010 ha collaborato con l'Azienda al fine di individuare le criticità prescrittive, definire le metodiche di risoluzione e garantire gli strumenti per realizzarle. Quindi per il 2013 il Servizio Farmaceutico è stato partecipe di tutti i processi di "governance della spesa farmaceutica": 1. definizione degli obiettivi economici per Zona Distretto, AFT e singolo medico, 2. condivisione con i Coordinatori di AFT e MMG (incontri/riunioni) 3. monitoraggio degli Indicatori stabiliti, tramite reportistica dedicata 4. partecipazione a Corsi di formazione sul Buon Uso del Farmaco 5. attività di informazione sistematica.

RISULTATI Relativamente all'andamento della spesa farmaceutica lorda pro capite dell'Ausl8 si registra un trend in decremento. La riduzione% di spesa pro capite passando dal 1° semestre 2010 all'ultimo semestre 2012 è per la Ausl8 pari a -21% mentre la media regionale si attesta a -19%. Inoltre lo scostamento% della spesa aziendale rispetto alla media regionale tende nel tempo a ridursi, partendo da un 5.7% del primo semestre 2010 ad un 3% dell'ultimo semestre 2012. Analizzando i dati di spesa farmaceutica 2012 in confronto al 2011, si può notare come per la Ausl8 si registri una riduzione notevole sia in termini lordi (-8.2%) che in termini netti (-12%) in linea con la media regionale. Ciò si è tradotto in un risparmio sulla spesa farmaceutica netta di 6.5 mln, dovuto in parte all'introduzione dei Ticket ricetta (circa 1 mln) e all'aumento della scontistica rivolta alle Farmacie e alle Industrie (795.907€) e il restante dovuto ad una prescrizione "off-patent oriented" (4.913.000€). L'Ausl8 è partita da un dato di prescrizione di off patent sul totale delle confezioni di farmaci dispensati pari a 54.2% nel 2009, valore più basso rispetto alla media RT di 55,9%. Dal 2010 ad oggi questo valore è cresciuto e nel 2012 ha superato la stessa media regionale attestandosi a quota 68.5%.

LIMITI Applicazione del metodo ad una specifica realtà, possibile estensione ad altre Aziende Sanitarie e Regioni.

CONCLUSIONI Il nuovo assetto delle cure primarie ha come scopo la riduzione complessiva della spesa sanitaria, riconoscendo nel medico di MG la figura professionale in grado di accompagnare, sotto la sua responsabilità, il paziente all'interno del percorso clinico, aumentando contemporaneamente l'efficienza del sistema (maggiore appropriatezza e, di conseguenza, minori costi) e la soddisfazione del cittadino. Il farmacista aziendale si fa promotore dell'utilizzo appropriato del farmaco e affianca il medico, mettendo a disposizione la propria professionalità, nella scelta consapevole della terapia al fine di perseguire una prescrizione razionale. Il ruolo del farmacista si delinea come "Trait Union" tra Azienda e medico, capace di coniugare tra loro due aspetti fondamentali dell'assistenza farmaceutica: l'appropriatezza e la sostenibilità economica.

Indirizzo per la corrispondenza

Roghi Alessandra, Farmacista
Azienda USL 8 Arezzo - U.O. Farmacia Territoriale
Via Curtatone, 54 - 52100 - Arezzo
Email: alessandra.roghi@usl8.toscana.it

133. Gestione della lista di attesa per la programmazione dei ricoveri: analisi di un'esperienza

Romandini Nerisella, Dignani Lucia, Toccaceli Andrea

AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona

BACKGROUND Negli ultimi anni il problema dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie ha assunto proporzioni sempre più rilevanti nell'ambito dei servizi sanitari a copertura universalistica, diventando uno dei principali fattori critici per la soddisfazione degli utenti. In Italia, la questione dei tempi di attesa riveste un ruolo di primo piano, poiché la normativa nazionale riconosce al cittadino non soltanto il diritto a ricevere le prestazioni sanitarie secondo una corretta modalità assistenziale, ma anche ad usufruirne entro tempi appropriati rispetto alla patologia ed alle necessità di cura. La corretta gestione delle liste di attesa diviene quindi indicatore sia della percezione della qualità del servizio da parte dell'utente, sia della capacità di soddisfare la domanda da parte delle strutture che erogano prestazioni.

OBIETTIVI Analizzare l'impatto dell'introduzione di un nuovo sistema di gestione della lista di attesa rispetto ai tempi di attesa per ricovero ordinario e day hospital in un reparto ospedaliero.

METODI Disegno e campione: studio osservazionale prospettico che ha coinvolto 789 pazienti consecutivi (407 day hospital e 382 ricoveri ordinari) inseriti nella lista di attesa del reparto di Pneumologia dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona. Periodo di riferimento: 1 Giugno del 2012 - 31 Maggio del 2013. Strumenti: è stato utilizzato un database access, appositamente costruito, per l'inserimento e la consultazione rapida delle informazioni sui pazienti in lista di attesa per ricovero. Analisi statistica: test del chi-quadro per variabili dicotomiche. Analisi dei dati: è stata condotta attraverso l'elaboratore statistico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versione 19.0).

RISULTATI Il database è stato creato in modo da consentire una rapida consultazione dei pazienti in lista di attesa, e la visualizzazione filtrata per patologia e per percorso diagnostico-terapeutico. Questo nuovo sistema ha permesso una maggiore specificità nella distribuzione dei ricoveri secondo la programmazione delle attività clinico-assistenziali dell'unità operativa, rispetto alla precedente metodologia di gestione della lista di attesa, che si basava sull'utilizzo di un registro cartaceo. Nel periodo di tempo osservato, si è rilevato un rispetto dei tempi per day hospital nel 72,97% (n=297; p = 0.002) dei casi, mentre per i ricoveri ordinari è stato nel 75,39% (n=288; p = 0.001). Gli standard su base annua riferibili alla precedente metodologia, attribuiti secondo codici di priorità clinica assegnati a ciascun paziente dal medico pneumologo, erano: day hospital= 61,87% e ricoveri ordinari 64,68%. I dati mostrano che l'introduzione della nuova metodologia di gestione delle liste di attesa ha portato ad un miglioramento nell'organizzazione complessiva dei ricoveri, sia in regime ordinario che in day hospital, in termini di riduzione dei tempi di attesa. I dati evidenziano un aumento dell'efficienza della gestione dei tempi di attesa (sia per i ricoveri ordinari che per l'attività di day-hospital) dei pazienti afferenti all'unità operativa di Pneumologia dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona quando si usa il database testato.

LIMITI L'implementazione del nuovo sistema di gestione della lista di attesa in una sola unità operativa a carattere medico, pone dei limiti alla estensibilità esterna della validità dei risultati.

CONCLUSIONI Questo studio pone in evidenza una modalità per far fronte al problema della lista di attesa nel reparto Pneumologia attraverso l'implementazione di uno strumento specificatamente progettato per consentire una rapida consultazione delle informazioni e una maggiore appropriatezza nella distribuzione dei ricoveri del reparto. I risultati ottenuti incoraggiano al proseguimento del percorso intrapreso e alla sua implementazione anche in altre unità operative.

Indirizzo per la corrispondenza

Dignani Lucia, Infermiere

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Pneumologia

Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona

Email: luciadignani@yahoo.it

134. La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza attraverso il linguaggio dei colori: una comunicazione

Rosseti Rossella, Pacciani Cristina, Capanni Patrizia, Mondini Patrizia, Appicciafuoco Alberto, Ciralo Francesca

Azienda Sanitaria di Firenze

BACKGROUND In ambito ospedaliero il problema delle infezioni assume particolare rilevanza per l'elevata incidenza dei casi di patologie infettive, per l'affollamento dei reparti di degenza, per le numerose occasioni di contagio dovute alle pratiche assistenziali e per la maggiore suscettibilità alle infezioni della popolazione ospedaliera. La conoscenza delle misure da attivare in presenza di malattie infettive in ospedale, ha lo scopo di proteggere i pazienti, il personale e i visitatori dai rischi di contagio. A tal fine la Direzione Sanitaria ed Infermieristica dei Presidi Ospedalieri della zona Sud-Est dal 2010 ha sviluppato un nuovo sistema di comunicazione del rischio infettivo, attraverso un linguaggio semplice ed immediato, "il colore", un linguaggio comprensibile da tutti gli attori del processo, che non sono più solo gli operatori sanitari, ma anche operatori di Ditte appaltate (ditte di pulizia, di trasporto utenti, di lavanderia), che per le specifiche mansioni vengono comunque a contatto con il l'utente ospedalizzato.

OBIETTIVI Attivare un sistema di comunicazione che consenta interventi di buone pratiche, nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; Uniformare un metodo efficace ed efficiente di comunicazione nella prevenzione del rischio infettivo.

METODI incontri formativi- operativi con personale medico, infermieristico, tecnico, di supporto e con le ditte convenzionate attraverso la formazione on the job con l'utilizzo e divulgazione degli opuscoli informativi sui colori dell'isolamento e di un reminder codice-colore di isolamento. Opuscoli informativi "i colori dell'isolamento" per gli operatori sanitari e per il personale delle Ditte esterne, dove sono elencate in ordine alfabetico tutte le principali malattie infettive e le precauzioni da adottare, ed un codice colore di riferimento. Reminder codice colore di isolamento, dove è presente una sintesi delle precauzioni da adottare, in forma tascabile di facile utilizzo per ogni operatore.

RISULTATI Negli ultimi quattro anni Le infezioni in ospedale sono aumentate del 30% , le infezioni più rilevate sono state quelle determinate da Clostridium difficile e germi Multiresistenti (klebisella pneumoniae, acinetobacter baumannii, pseudomonas aeruginosa), e sono quest'ultimi che sono aumentati notevolmente, ma da due anni i casi di trasmissione intraospedaliera si sono ridotti, questo determinato dal fatto di una migliore attenzione alle precauzioni di isolamento da adottare e da una comunicazione efficace. Dal 2010 i casi segnalati per Clostridium difficile nel Presidio Santa Maria Annunziata sono stati : nel 2010 35 casi, nel 2011 61 casi, nel 2012 75 casi, nel 2013 56 casi. per MDRO nel 2011 5 casi, nel 2012 15 casi nel 2013 22 casi. la percentuale di trasmissione per Clostridium difficile è stata nel 2010 80% casi, la rilevazione è stata fatta dopo un cluster epidemico, nel 2011 nel 15% dei casi c'è stata una trasmissione intraospedaliera, nel 2012 nel 10% dei casi c'è stata una trasmissione intraospedaliera, nel 2013 solo nel 2% dei casi si può ipotizzare una trasmissione intraospedaliera. Dal 2010 i casi segnalati per Clostridium difficile nel Presidio Serristori sono stati : nel 2010 5 casi, nel 2011 10 casi, nel 2012 22 casi, nel 2013 17 casi. per MDRO nel 2011 nessun caso, nel 2012 8 casi nel 2013 10 casi. la percentuale di trasmissione per Clostridium difficile è stata nel 2010 50% casi, nel 2011 nel 25% dei casi c'è stata una trasmissione intraospedaliera, nel 2012 nel 10% dei casi c'è stata una trasmissione intraospedaliera, nel 2013 solo nel 3% dei casi si può ipotizzare una trasmissione intraospedaliera. Dal 2010 la comunicazione a colori è stata implementata attraverso la formazione on the job (formazione fatta nei luoghi di lavoro) in entrambi i presidi della zona sud-est. nel 2010 sono state formate 250 persone (medici, infermieri, oss e personale delle ditte appaltate), nel 2011 sono state formate 350 persone (medici, infermieri e oss), nel 2012 350 persone (medici, infermieri, oss, personale ditte appaltate) e nel 2013 sono state formate 450 persone (medici, infermieri, oss, personale ditte appaltate). dal 2011 il percorso formativo è stato accreditato per il personale infermieristico e di supporto.

LIMITI I risultati raggiunti in questi quattro anni sono stati quelli di uniformare un metodo di comportamento secondo le linee guida attuali, implementando un sistema di comunicazione semplice, ed immediato attraverso l'uso dei colori. Questo metodo si è rivelato efficace in quanto ha consentito di migliorare la comunicazione dell'evento infettivo, ridotto la trasmissione intraospedaliera e evitato cluster epidemici.

CONCLUSIONI Questa metodica deve essere periodicamente implementata attraverso la formazione on the job, per mantenere sempre alta l'attenzione e quindi per evitare la mancata segnalazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Rosseti Rossella, Infermiere
Distretto Sud-Est - Direzione
Via dell'Antella, 58 - 50012 - Bagno a Ripoli
Email: rossella.rosseti@asf.toscana.it

135. Il corretto conferimento dei rifiuti ospedalieri: una metodica semplice con l'uso dell'alfabeto

Rosseti Rossella, Pacciani Cristina, Mondini Patrizia, Naldini Simone, Ciruolo Francesca, Appicciafuoco Alberto
Azienda sanitaria di Firenze

BACKGROUND Il percorso dei rifiuti prodotti in ospedale, un macroprocesso che coinvolge tutti gli operatori. Nel P.O. S. M. Annunziata di Firenze dal 2009 sono stati realizzati una serie di interventi formativi e di controllo atti a migliorare la gestione ,garantire il rispetto della sicurezza operativa, l'aderenza alle disposizioni date, ridurre l'impatto ambientale ed i costi relativi allo smaltimento. Dal 2008 vengono svolti eventi formativi che si ripetono ogni anno e dal 2009 si è costituita una commissione interna formata da un Medico ed un Infermiere, che verificano il corretto conferimento dei rifiuti nei luoghi di produzione utilizzando una check-list appositamente predisposta. Nel 2013, dall'esperienza degli ultimi cinque anni, è stato elaborato un manuale operativo "l'ABC del rifiuto sanitario" dove vengono elencati in ordine alfabetico, i principali rifiuti prodotti in ospedale.

OBIETTIVI 1) Identificare il rifiuto per il giusto conferimento 2) Ridurre i rischi derivanti da una scorretta gestione del rifiuto 3) Ottimizzare la raccolta, il trasporto e lo smaltimento 4) Ridurre i costi dello smaltimento 5) Migliorare la raccolta dei rifiuti da inviare al riciclo.

METODI Attraverso il metodo della formazione on the job, formazione offerta nei luoghi di lavoro Incontri formativi-operativi con personale medico, infermieristico, tecnico, di supporto e con le ditte convenzionate. Utilizzo di strumenti operativi sintetici e di facile utilizzo. **MATERIALI** - Manuale "l'A,B,C del rifiuto Ospedaliero" per gli operatori sanitari, dove sono elencate in ordine alfabetico tutte le principali tipologie di rifiuto. - Reminder codice colore dei rifiuti ospedalieri, dove è presente una sintesi delle tipologie di rifiuto e modalità di conferimento. - Brochure informative sul conferimento dei rifiuti ospedalieri.

RISULTATI Nel 2012 sono stati effettuati 19 sopralluoghi in presenza del Coordinatore Infermieristico o Tecnico del reparto/servizio interessato. Sono risultati di n. 9 verbali conformi e n. 10 verbali con non conformità consistenti in: - presenza di rifiuti assimilabili agli urbani conferiti nei rifiuti solidi a rischio infettivo (5 volte) - presenza di rifiuti a rischio infettivo conferiti nei RSU (2 volte) - contenitore per RSU non idoneo (2 volte). - contenitore dei rifiuti taglienti/pungenti con il tappo non chiuso correttamente (1 volta) - contenitore dei rifiuti solidi a rischio infettivo riempito più dei 2/3 (1 volta). Il rationale della scelta di effettuare un controllo di tipo qualitativo sui rifiuti prodotti, verificando i contenitori aperti nei luoghi di produzione ha permesso di implementare il processo formativo già intrapreso, di migliorare la qualità della gestione dei rifiuti e di tenere sempre aperto un confronto operativo con i responsabili del loro conferimento, il verbale condiviso è lo strumento che ci consente di pianificare eventuali azioni correttive e di verificarne l'esito.

LIMITI Necessaria una formazione on the job annuale per facilitare l'attenzione al corretto conferimento, capace di formare capillarmente tutto il personale.

CONCLUSIONI Il lavoro svolto in questi anni e la realizzazione di uno strumento operativo di facile consultazione il manuale "l'A B C del rifiuto sanitario" servirà a migliorare il conferimento dei rifiuti, fornendo informazioni sulla loro corretta identificazione, riducendo il margine di errore, migliorando la qualità della loro raccolta, ed in termini di economia sanitaria servirà anche a contenere la spesa.

Indirizzo per la corrispondenza

Rosseti Rossella, Infermiere
Distretto Sud-Est - Direzione
Via dell'Antella, 58 - 50012 - Bagno a Ripoli
Email: rossella.rosseti@asf.toscana.it

136. La creazione di reti del valore tra Aziende sanitarie e territorio. Il caso dell'Area Vasta di Pordenone

Samani Fabio, Brunello Cinzia, Francescutti Carlo, Grizzo Alberto, Pessina Giuliana

ASS6 Friuli Occidentale

BACKGROUND La caratteristica delle aziende sanitarie di essere volte alla creazione di valore non solo socio-sanitario, ma anche economico, richiede per l'analisi dei fattori di "buona pratica" l'adozione di un framework che consideri tale peculiarità. Il valore socio-sanitario viene creato non tanto dall'azienda in modo autonomo e autoreferenziale, ma in relazione ad una rete di attori facenti parte di un sistema esterno. Assume pertanto particolare rilievo nel modello strategico dell'azienda sanitaria la propria capacità di sviluppare un sistema di creazione del valore che incorpori le istanze degli attori dell'ambiente esterno, ovvero quella parte del "modello di business" che Hamel (2000) definisce value network. Tale strategia, basata sulla generazione ed il consolidamento di alleanze, diventa ancora più significativa in contesti caratterizzati da consistenti minori finanziamenti pubblici e da un'impreditoria privata in grave crisi, situazione comune a tutto il Paese e, all'interno di questo, al territorio pordenonese.

OBIETTIVI Il lavoro si pone l'obiettivo di analizzare il valore aggiunto che una strategia basata sul value network può generare nell'intero territorio di competenza, in termini sia socio-sanitari sia economici. Il caso dell'Area Vasta Pordenonese rappresenta un significativo esempio di organizzazione che ha saputo costruire un sistema a rete con una pluralità di soggetti, generando contestualmente valore socio-sanitario e valore economico. I soggetti principali di tale sistema di relazioni sono l'azienda sanitaria territoriale (ASS6 Friuli Occidentale), l'azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli, il CRO di Aviano, gli enti locali di riferimento (Comuni della provincia di Pordenone), il privato convenzionato, le cooperative sociali.

METODI Il concetto di rete del valore è stato recentemente proposto in vari campi di ricerca, in termini di potenziale per la creazione di vantaggio competitivo (Stabell, Fjeldstad 1998), o di valore aggiunto e coesione di un sistema strategico (Winther 2001; Zott e Amit, 2002), come un mezzo per il raggiungimento di obiettivi collettivi (Todeva e Knoke, 2002), o per il trattamento delle esternalità (Economides, 1996). Le varie definizioni, tuttavia, si rifanno al concetto di complementarità per cui per ciascuno dei partecipanti il ritorno marginale derivante dalla propria partecipazione alla rete aumenta con la partecipazione alla rete stessa degli altri attori: nella gestione di una rete del valore, il gestore del network (nel caso pordenonese l'ASS6) si occuperà di fare in modo che eventuali variazioni nella rete (es. riorganizzazione ospedaliera) portino ad un maggior valore per la rete intera (es. investimenti sul territorio, riqualificazione delle prese in carico dei pazienti fragili e/o affetti da patologie cronico-degenerative), e non solamente per sé.

RISULTATI L'avvio nell'area pordenonese di un sistema volto a favorire e contemplare il concetto di complementarità positiva tra le parti del sistema ha creato un effetto di lock in, ovvero di cooptazione stabile dei partner nel network. Principale esempio è stata la costruzione e l'adozione del "Piano di zona" (area socio sanitaria) che ha favorito la creazione di un sistema solidaristico e reticolare delle imprese sociali. Grazie a questo l'Ass6 è passata, ad es., da una moltitudine di rapporti duali, per l'affidamento di commesse di servizi, ad un sistema d'interfaccia con un'unica rete di imprese, che operano in maniera integrata. Si sono così ridotti i costi gestionali dei contratti per l'ASS6, incentivati meccanismi di solidarietà tra i soggetti privati, poste le premesse per un rapporto stabile, anche economicamente, nel tempo (valori per la rete). Tali logiche si stanno attualmente trasponendo nella costruzione del nuovo accordo di area vasta.

LIMITI L'esperienza condotta evidenzia sia un elevato costo di coordinamento della rete, soprattutto da parte del "gestore" della stessa, sia la necessità di sviluppare risorse umane con specifiche competenze in ambito di negoziazione e di gestione delle complessità. I cambiamenti repentini di direttori generali rappresentano, inoltre, un elemento di criticità nella creazione di rapporti fiduciari e stabili nel tempo.

CONCLUSIONI Il superamento di una logica di "competizione"/scarsa per la costruzione di una "rete del valore" con i diversi soggetti presenti nel territorio pordenonese sta portando ad una revisione della mission di numerose organizzazioni che operano nel settore socio-sanitario. L'ASS6, dopo aver avviato un sistema di alleanze con le imprese sociali, nella fase attuale, caratterizzata da un contesto di significativo minor finanziamento sanitario pubblico (-17ml€ nel 2014 per PN), sta svolgendo una funzione di regia per favorire la ridefinizione dell'offerta di servizi delle aziende sanitarie (pubbliche e private) della provincia. La strategia consiste nel superare la logica di competizione a favore di un sistema di complementarità.

Indirizzo per la corrispondenza

Brunello Cinzia, Altro
ASS n.6 Friuli Occidentale - Servizio Programmazione e Controllo di Gestione
Via Vecchia Ceramica, 1 - 33170 - Pordenone
Email: cinzia.brunello@ass6.sanita.fvg.it

137. Vittime di maltrattamento in Pronto Soccorso Ospedaliero Pubblico: Utilità delle tecniche di counselling in emergenza

Schinco Patrizio, Arione Roberto, Arcari Micaela, Levi Stefana, Pipicella Maria Carmela, Platini Maria Maddalena, Vendrame Rosangela

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

BACKGROUND I dati dell'OMS danno una drammatica misura della violenza subita dalle donne (IPV - Intimate Partner Violence): il 35% delle donne nel mondo è vittima di violenza fisica e/o sessuale da parte del partner o di sconosciuti; il 38% dei femminicidi avviene per mano del proprio compagno; il 30% dei maltrattamenti alle donne ha inizio in gravidanza e 1 donna su 4 è oggetto di violenza in questa fase della vita. Per rispondere a questa realtà che è una vera "emergenza sanitaria globale", l'Oms ha pubblicato nuove Linee Guida per una formazione specifica degli operatori sanitari, in maniera che possano adeguatamente accogliere le donne, riconoscere i segni della violenza e incoraggiare alla denuncia. Le IPV quando non portano alla morte, producono danni fisici e psichici gravi che si ripercuotono anche sui figli: i bambini che crescono in un ambiente violento hanno maggiori probabilità di sviluppare comportamenti di abuso di alcool e droghe, un rischio di suicidio 6 volte maggiore e spesso da adulti sono a loro volta oggetto e soggetto di violenza. Le mancate denunce sono infatti una quota altissima: il 24% delle donne che subiscono violenza tace completamente, e se la violenza avviene in famiglia la "scelta" del silenzio arriva al 33,9%, mentre solo il 7% denuncia alle autorità la violenza subita dal partner.

OBIETTIVI Gli autori hanno voluto offrire alle donne vittime di Violenza nelle relazioni intime che accedono al Pronto Soccorso dell'Ospedale Molinette di Torino la possibilità di accedere ad un servizio di Counselling in modo da gestire immediatamente la fase di emergenza in un contesto di rapporti adeguato a garantire una corretta gestione dei casi. Il Counsellor viene inserito nell'emergenza e applica tecniche di counselling alle vittime di IPV accolte nel DEA. Il contesto dell'emergenza viene affrontato attraverso l'illustrazione di strategie relazionali efficaci che consentono di valorizzare la rete dei rapporti tra le persone e illustrare le normali reazioni ad un evento critico o fortemente stressante. La presenza del Counsellor fin dai primi momenti o la sua disponibilità nella fase immediatamente successiva si inquadra in una presa in carico globale del paziente e di eventuali familiari di cui vengono considerati gli aspetti ambientali, fisici e psicologici, relazionali e comunicativi che possono migliorare le condizioni di salute e benessere della persona e favorire la ricerca delle soluzioni migliori ad un problema che non si esaurisce nella sola prestazione di Pronto Soccorso. In particolare consente tempestivamente di accedere quando indicato ad un esame psichico con relazione oggettiva dei sintomi dichiarati od obiettabili (tremori, ansia, mutacismo, paura, stordimento, amnesia dissociativa, reticenza, incapacità a ricordare aspetti e tempi del trauma, flash back, sintomi di arousal).

METODI Quando si evidenzia o sospetta un caso di IPV l'operatore adotta una procedura concordata effettuando una prima valutazione clinica con assegnazione di un codice di adeguato a ridurre l'attesa. Nella procedura si indica il massimo possibile di privacy: pone con tatto le domande; cerca di avere un atteggiamento rassicurante, disponibile e di ascolto; non fa commenti e non esprime giudizi; presta le cure strettamente necessarie e allerta immediatamente tutti i servizi che sono reperibili in quel momento. Nel sospetto di violenza non segnalata o negata dalla vittima, avvisa il medico e i servizi coinvolti nella gestione dei casi (Centro antiviolenza, servizi sociali, servizi di psicologia). Gli autori hanno revisionato la casistica relativa al 2012 verificando quante pazienti successivamente alla prestazione di PS oppure in costanza di questa hanno goduto di un supporto di counselling e con quali risultati.

RISULTATI Nel corso del 2012 nel nostro Pronto Soccorso sono state accolte 262 vittime di violenza domestica di queste 126 hanno successivamente usufruito di un supporto di Counselling per un totale di 204 prestazioni. 78 vittime di IPV hanno richiesto almeno un secondo colloquio di Counselling (il 29,7% delle vittime osservate ed il 61,9 delle vittime che avevano effettuato un primo colloquio).

LIMITI Il limite maggiore deriva dalla difficoltà di offrire il servizio alle donne vittime che si presentano negli orari feriali e festivi che sono quelli con maggiore concentrazione dei casi di IPV.

CONCLUSIONI L'approccio del Counselling offerto precocemente alle vittime di IPV può ridurre la sottostima del fenomeno migliorando la qualità dell'assistenza fornita e l'adesione ai programmi di sostegno alle vittime di violenza nelle relazioni. L'offerta precoce di un servizio di Counselling aumenta la propensione all'esplicitazione delle storie di IPV e riduce la richiesta di trattamenti sanitari per patologie derivanti dallo stress subito.

Indirizzo per la corrispondenza

Schinco Patrizio, Medico Chirurgo
Ospedale Molinette - Direzione Sanitaria Presidio
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: pschinco2@cittadellasalute.to.it

138. Conseguenze della Violenza nelle relazioni intime (IPV) sulla salute delle donne e dei loro figli.

Schinco Patrizio, Arione Roberto, Calcagno Dorina, Cibelli Alessandra, Cimini Barbara

AOU Città della salute e della Scienza di Torino

BACKGROUND La Violenza nelle relazioni Intime (Intimate Partner Violence o IPV) è un'epidemia globale che si ripercuote negativamente sulla salute fisica e mentale delle donne e impedisce loro di condurre una vita pienamente produttiva. La IPV è un problema molto comune, colpisce un gran numero di donne, uomini e bambini che richiedono assistenza sanitaria e cure mediche. I problemi di salute mentale sono frequenti, in particolare depressione e sindromi da stress post-traumatico. Sono rilevanti i danni alla salute fisica, meno familiari al personale sanitario non addestrato: medici e infermieri hanno un ruolo importante nel riconoscere e affrontare i bisogni di salute delle vittime di IPV. Una donna su 4 e un uomo su 10 subiscono nella loro vita molestie e abusi e molte di queste vittime non si libereranno mai delle sequele di questa esperienza e avranno conseguenze negative per la salute a causa della violenza che hanno subito. La IPV sembra essere un fattore di rischio per una vasta gamma di patologie fisiche e mentali. Le donne vittime di IPV ricorrono a cure sanitarie mediamente 4 o 5 volte di più delle donne non abusate. La IPV si associa a malattie autoimmuni, dolori cronici, cefalee, infezioni sessualmente trasmesse, malattie gastriche ed intestinali. È nota una associazione tra IPV e scarsa salute fisica e mentale. Assistere a IPV da bambini crea danni tramite la metilazione delle molecole biologiche che può esprimere disagio e patologie in età adulta. I bambini presentano minor salute globale se assistono alla IPV rispetto a quelli che la subiscono direttamente. L'intensità delle cure materne influenza ansia e peso corporeo della prole in modo permanente attraverso l'espressione o meno del gene Npyr1. Lo stress cronico della IPV inibisce la produzione di NGF a livello dell'ippocampo, riduce la neurogenesi e la produzione di dopamina. Ricerche con RMNI hanno dimostrato una riduzione del peso delle aree deputate alla memoria a breve termine. È dimostrata una relazione fra riduzione dell'attività telomerasica e storie di IPV come causa acceleratrice di patologia e invecchiamento cellulare. Vissuti di IPV sono in relazione anche con malattie specialistiche: lo stupro è fattore di rischio per malattie cardiache. Lo stress in gravidanza è associato ad alterazioni neuroendocrine: lo studio dei profili ormonali nelle donne maltrattate mette in evidenza un diverso pattern ormonale dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene-placenta. Studi forniscono prova dell'alterazione della risposta immunitaria Th1 nelle vittime di IPV. Altri studi fanno emergere alterazioni della funzione immunitaria di difesa nelle donne maltrattate e della produzione di Interferone e nella frequenza di cancro della cervice. Esiste una forte relazione fra IPV e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

OBIETTIVI Gli Autori hanno cercato di stabilire i possibili effetti della Violenza nelle relazioni intime (IPV) e delle sue sequele sulla salute delle donne che l'hanno subita e sulla loro prole, compresa l'espressione di patologie che meno frequentemente vengono messe in relazione con l'IPV.

METODI Abbiamo preso in considerazione numerose pubblicazioni sui danni alla salute delle vittime di Violenza nelle relazioni intime (IPV) e i dati ricavati sono stati comparati con quelli della casistica del Pronto Soccorso dell'Ospedale Molinette di Torino.

RISULTATI Nel 2012 nel nostro DEA abbiamo fornito 503 prestazioni relative a 357 donne vittime di VG nelle quali è emersa una elevata richiesta di supporto sanitario in ordine a patologie specialistiche organiche diverse dai danni diretti traumatici: Depressione 35,1%, Perdita di autostima 48,5%, Disturbi del sonno 41,0%, Ansia 36,9%, Dolori sine-materia 18,5%, Idee di suicidio 2,1%, Difficoltà a gestire i figli 14,2%. Altri disturbi: Emicranie, cefalee. Dolori articolari. Asma. Malattie della cute. Neoplasie. Disturbi del comportamento alimentare: 30%.

LIMITI Il nostro studio ha evidenziato due limiti: uno determinato dalla scarsa propensione delle donne a riferire le loro esperienze di IPV, il secondo determinato dalla incapacità del personale sanitario a riconoscere e a gestire correttamente le vittime di violenza nel Pronto Soccorso e negli Ambulatori Ospedalieri in ordine a patologie diverse dalla violenza fisica evidente.

CONCLUSIONI I dati degli Autori e la letteratura internazionale evidenziano una scarsa valutazione della Violenza nelle relazioni intime (IPV) da parte dell'abituale approccio medico ospedaliero e suggeriscono che la relazione fra il fenomeno della IPV e i danni alla salute delle vittime sia molto più complesso. È auspicabile che programmi d'istruzione migliorino la formazione del personale sanitario in ordine al riconoscimento e alla gestione delle sequele della Violenza nelle Relazioni Intime che affliggono prevalentemente il sesso femminile deteminando una scarsa valutazione dei loro bisogni di salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Schinco Patrizio, Medico Chirurgo
Ospedale Molinette - Direzione Sanitaria Presidio
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: pschinco2@cittadellasalute.to.it

139. Stress lavoro-correlato; dalla valutazione alla pianificazione degli interventi per gestire il cambiamento professionale ed organizzativo. Indagine conoscitiva.

Sciacca Simona

Azienda USL 11 Empoli

BACKGROUND Lavorare in un ambiente in cui il clima lavorativo ed organizzativo è sereno ed equilibrato, non può che far bene a chi vi opera quotidianamente ma anche a chi interagisce con l'organizzazione stessa. Se poi, questa organizzazione si occupa di salute, a maggior ragione non è superfluo ribadire, come il benessere psico-fisico, a cui segue quello organizzativo, è tra i principali obiettivi da perseguire. Il dato più significativo di evoluzione normativa del sistema salute-sicurezza del personale è dato dal passaggio dal concetto di fattori di rischio organizzativi a quello di definizione e valutazione dei rischi non solo legati all'organizzazione ma anche a fattori psico-sociali disposto dal D. Lgs 81/2008. Lo stress lavoro-correlato rappresenta il secondo problema di salute legato all'attività lavorativa, interessa più di 1 lavoratore su 4, tra il 50% e il 60% di tutte le giornate lavorative perse è dovuta allo stress. Nel 2002 il costo economico dello stress lavoro-correlato nell'UE era di circa 20 Milioni di euro, inoltre il numero delle persone che soffrono di stress da attività lavorativa è destinato ad aumentare.

OBIETTIVI L'indagine conoscitiva si propone di: - conoscere i processi che incidono sul benessere organizzativo;- rilevare i gap formativi e favorire l'acquisizione di nuove conoscenze sul tema "stress lavoro-correlato" e sulla gestione dei conflitti;- favorire il confronto fra gli operatori circa i processi operativi in ordine alle competenze professionali e agli obiettivi aziendali;- migliorare la capacità di condividere le differenti esperienze lavorative, i significati, i contenuti, nell'agire professionale attraverso audit e focus group;- elaborare "processi" di lavoro attraverso gruppi costituiti dagli stessi lavoratori per chiarire chi, fa cosa, come e quando;- identificare un referente, fra i lavoratori, del percorso di cambiamento, che faccia da filtro e promuova la partecipazione dei lavoratori stessi nelle decisioni aziendali ed organizzative;- individuare le criticità per elaborare il progetto di miglioramento e l'evento formativo.

METODI Il processo di ricerca ha previsto le seguenti fasi: - predisposizione degli strumenti per l'indagine;- individuazione del campione oggetto di studio;- utilizzo di questionario già validato; - organizzazione modalità di somministrazione e successivo ritiro dello strumento;- raccolta ed elaborazione dei dati;- elaborazione progetto miglioramento con stesura indicatori e standard;- elaborazione evento formativo attraverso lezioni frontali e con possibilità della richiesta di crediti formativi.

RISULTATI L'indagine è stata condotta nel mese di ottobre 2011 su campione di 20 operatori del reparto di Medicina di Urgenza dell'Azienda Ospedaliera Pisana. Dei 20 questionari consegnati ne sono stati restituiti 18, ottenendo comunque una percentuale significativa per l'elaborazione dei dati. Il questionario è composto da 35 items. Tra i dati maggiormente rilevanti:- 80% deve lavorare spesso intensamente;- 40% solo sporadicamente può decidere la velocità del lavoro;- 40% raramente riceve informazioni di supporto al lavoro;- 2% è soggetto a comportamenti scorretti;- per l'80% le richieste sono difficili da combinare tra loro;- 60% solo qualche volta può decidere di fare una pausa;- il 50% può contare sul capo solo qualche volta in caso di problemi;- nel 90% dei casi solo raramente è possibile scegliere liberamente decisioni da prendere;- 40% raramente capisce come il lavoro si inserisce negli obiettivi aziendali;- 30% attriti tra colleghi;- 40% non è supportato in lavori emotivamente impegnativi.

LIMITI Possibile limite all'applicazione del progetto è la rilevazione del reale carico di lavoro che preveda l'integrazione della complessità clinica con la complessità assistenziale nel riassetto organizzativo, visto che non sempre le "due facce della complessità" vanno di pari passo.

CONCLUSIONI L'indagine, seppure su piccolo campione, ha dimostrato quelle che sono le criticità organizzative che da tempo riflettono i pensieri di ognuno di noi, che se non supportati e coinvolti nei cambiamenti organizzativi, possono portare a manifestazioni indirette dello stress legato all'attività lavorativa (assenteismo, infortuni,turn over, conflittualità con colleghi, lamentele, disturbi fisici, disturbi emotivi) inficiando la qualità assistenziale erogata oltre che lo stato di salute del professionista. Condurre regolari riunioni con i collaboratori e fra i diversi gruppi (audit e focus group) incrementa la condivisione delle scelte e degli stili d'azione aziendali con approfondimento dei problemi e ricerca di soluzioni comuni rafforzando il senso di appartenenza e del significato del proprio lavoro. La necessità di una formazione specifica è di notevole importanza per la crescita di nuove conoscenze e competenze professionali, sviluppo di carriera e aumento delle abilità relazionali per affrontare adeguatamente situazioni di difficoltà/conflitto anche con i superiori.

Indirizzo per la corrispondenza

Sciacca Simona, Infermiere
Azienda USL 11 Empoli
Via dei Cappuccini, 79 - 50053 - Empoli
Email: s.sciacca@virgilio.it

140. Analisi del corretto utilizzo del monitoraggio EtCO₂ nel percorso emergenza/urgenza ed in terapia intensiva

Seganti Nicola

AUSL di Ravenna

BACKGROUND Il monitoraggio non invasivo End-tidal CO₂ secondo le linee guida AARC 2011 è considerato Gold Standard per la verifica del posizionamento corretto del tubo endotracheale o di qualsiasi altro presidio extra-glottico; per verificare l'efficacia della rianimazione cardiopolmonare; per l'analisi della respirazione del paziente, intesa come scambio gassoso alveolo-capillare; per la modifica dei parametri ventilatori e delle regolazioni del ventilatore in ambiente di terapia intensiva. A questa analisi è seguito uno studio, presso l'unità operativa Rianimazione dell'ospedale "Maggiore" di Bologna, per verificare l'aggiornamento delle metodiche di gestione e di applicazione del monitoraggio EtCO₂ del personale infermieristico.

OBIETTIVI Approfondire gli aspetti e le modalità del monitoraggio EtCO₂. Applicazione Linee Guida AARC 2011 sulla corretta gestione e applicazione del monitoraggio EtCO₂. Uso dell'audit clinico come strumento per l'aggiornamento e la formazione attiva di un'equipe.

METODI 1. Raccolta dati (Pre-Audit): 53 casi da maggio a giugno 2013. i dati sono stati raccolti senza avvisare il personale in servizio presso l'U.O. e esaminando 11 azioni sulla gestione del monitoraggio: EtCO₂ presente per paziente ventilato in PCV, ACV, VG o PSV>8; EtCO₂ presente per paziente ventilato in PSV >3 e <8; EtCO₂ presente per paziente ventilato in PSV <3; Presenza EtCO₂ in caso di intubazione dichiarata difficile; Presenza EtCO₂ in caso di intubazione urgente; Data calibrazione adattatore >= data IOT?; Data calibrazione adattatore >= data calibrazione sensore; FiO₂ compensata; Allarmi impostati in pazienti "categoria A", ventilati in modalità controllata o con PSV > 8; Allarmi impostati in pazienti "categoria B" ventilati in modalità controllata o con PSV > 8; Mantenimento della calibrazione del capnografo (entro le 48 ore o in caso di adattatore sporco). i pazienti considerati di categoria A sono emodinamicamente instabili; quelli di "categoria B" sono emodinamicamente stabili, ma che necessitano di un monitoraggio intensivo. 2. Somministrazione di un questionario composto da 6 quiz a risposta multipla di cui 1 sola corretta, a tutti gli infermieri dell'U.O. 3. Attività di reminder: - pubblicazione dei risultati emersi dal Pre-Audit; - divulgazione tramite e-mail delle raccomandazioni AARC 2011; - Predisposizione di un poster sull'argomento, per facilitare la memorizzazione delle azioni da modificare; - discussioni di casi clinici e confronti con gli operatori. 3. seguito di ciò è stata intrapresa un'ulteriore raccolta dati (53 casi da giugno a settembre) per verificare l'efficacia dei sistemi di "reminder" e per valutare l'adesione degli operatori successiva alle attività: In-ternal Audit.

RISULTATI Tra i dati Pre-Audit e i dati In-ternal Audit si è verificato un miglioramento, o uno scarto pari a "0", su 11 azioni infermieristiche valutate su 11: Azione valutata% adesione Pre-Audit% adesione In-Audit Differenza% scarto EtCO₂ presente per paziente ventilato in PCV, ACV, VG o PSV>8 90 100 10 EtCO₂ presente per paziente ventilato in PSV >3 e <8 3 0 0 0 Presenza EtCO₂ in caso di intubazione dichiarata difficile 100 100 0 Presenza EtCO₂ in caso di intubazione urgente 60 100 40 Data calibrazione adattatore >= data IOT 83 90 7 Data calibrazione adattatore >= data calibrazione sensore 50 58 8 FiO₂ compensata 56 77 21 Allarmi impostati in pazienti "categoria A", ventilati in modalità controllata o con PSV > 8 77 94 17 Allarmi impostati in pazienti "categoria B" ventilati in modalità controllata o con PSV > 8 37 71 34 Mantenimento della calibrazione del capnografo (entro le 48 ore o in caso di adattatore sporco) 74 78 4

LIMITI Il numero dei casi esaminati è sicuramente un limite per lo studio. Comunque può essere considerato un buon risultato in quanto l'audit ha avuto una durata inferiore ai sei mesi.

CONCLUSIONI Auspicio che lo strumento metodologico dell'audit clinico sia utilizzato in futuro: per migliorare la qualità delle azioni infermieristiche sulla persona assistita, eliminando le "scorrette abitudini"; per aggiornare protocolli e le procedure interne o aziendali in relazione alle ultime raccomandazioni disponibili.

Indirizzo per la corrispondenza

Seganti Nicola, Infermiere

Azienda USL di Ravenna

Via Alberto Missiroli, 10 - 48121 - Ravenna

Email: segonik@yahoo.it

141. Il controllo di un processo multilaboratorio: un cruscotto per il governo e la verifica della appropriatezza delle prestazioni

Setti Monica, Trenti Tommaso, Cecoli Sonia, Garagnani Massimo

AUSL Modena

BACKGROUND Dal 2005 a Modena è stato realizzato un laboratorio che serve 7 ospedali e circa 700.000 cittadini in una logica progettuale hub&spoke. Questo "MultiLab" consiste in 4 laboratori, diversi per tipo di servizio offerto, che spazia da un pannello limitato di test sino a tutti i possibili test che possono essere prodotti in una ottica logicamente concentrica. Il volume di attività in una giornata tipo vede oltre 5000 richieste "checkinate" distribuite nelle 24 ore con punte a punta 1000 (alle ore 10) per il laboratorio del Nuovo Ospedale S. Agostino -Estense. Il numero di referti messi in disponibilità ai medici di base (sistema SOLE) ha raggiunto i 75.000 (marzo 2013) in costante crescita.

OBIETTIVI La gestione del MultiLab, ha evidenziato la necessità di uno strumento snello, intuitivo e flessibile gestione che consente il recupero di informazioni immediate dagli eventi macro fino al dettaglio del singolo evento in funzione del controllo in tempo reale della efficienza produttiva e della qualità dei prodotti dei laboratori stessi.

METODI Per risolvere questo problema, è stata sviluppata una soluzione ICT, cercando di realizzare un unico quadro rappresentativo, nel quale informazioni diverse, sono collegate da un punto di vista logico. Il software è un'applicazione web sviluppata utilizzando SpagoBI, una piattaforma open source di business intelligence, in cui tutti i dati sono stati riorganizzati in modo da renderli disponibili in modo veloce e intuitivo. Essa raccoglie e collega i dati dal Sistema Informativo di Laboratorio (LIS), dal sistema di gestione del magazzino e da un software utilizzato per gestire i dispositivi medicali.

RISULTATI Il cruscotto, chiamato PAGODA, fornisce informazioni sia in visualizzazioni grafiche che tabellari, permette una visione dai dati macro reparto, fino alle attività di analisi svolte da un settore del laboratorio e fornisce diversi tipi di "query" per consentire il confronto dei risultati in tempi diversi. In tempo reale, ad esempio, è possibile verificare l'effetto applicativo indotto dall'applicazione di regole di appropriatezza applicate nella prescrizione di test di laboratorio, sia in termini di riduzione dell'attività, per proscrittore che per risparmi reali di consumo. Inoltre, il cruscotto permette il monitoraggio sincronizzato delle attività e della quantità di campioni trattati e può suggerire azioni correttive per eliminare eventuali "colli di bottiglia" ottimizzazione della rete di distribuzione e la fornitura dei materiali. Esempio di applicazione del cruscotto per verificare le regole di appropriatezza applicate ai test (TSH, FT3, FT4): 2010 2011 - 2011-2010 2012 - 2012-2011 - 2012-2010 TSH 219.647 161.461 -26% 85.887 -47% -61% TSHReflex 62.372 139.718 124% Tot tests 219.647 223.833 2% 225.605 1% 3% FT3 95.252 60.916 -36% 44.921 -26% -53% FT4 50.170 30.773 -39% 23.057 -25% -54% TOTALE 365.069 315.522 -14% 293.583 -7% -20% Dalla stessa analisi è possibile risalire al risparmio economico derivato dall'applicazione della regola di appropriatezza sugli esami in 83.950 euro.

LIMITI La soluzione adottata per la gestione dell'appropriatezza prescrittiva è "post" e va integrata con la possibilità di una guida prescrittiva "ante".

CONCLUSIONI Fino ad oggi lo sviluppo di soluzioni IT in laboratori è consolidata e sono disponibili una enorme quantità di dati molte volte difficili da interpretare specialmente in soluzioni multi - laboratorio. Raccogliendoli e correlandoli in modo adeguato, come realizzato con il nuovo cruscotto è possibile dare una risposta concreta alla gestione del laboratorio, fornendo un significativo miglioramento in termini di efficienza ed efficacia sulla base di dati oggettivi con uno sguardo importante alla appropriatezza delle prescrizioni.

Indirizzo per la corrispondenza

Garagnani Massimo, Ingegnere
Azienda Unità Sanitaria Locale Modena - Servizio Ingegneria Clinica
Via San Giovanni del Cantone, 23 - 41121 - Modena
Email: m.garagnani@ausl.mo.it

142. Competenza culturale degli infermieri e caring percepito dagli utenti stranieri: uno studio cross-sectional

Simonetti Valentina¹, Troiani Silvano², Comparcini Dania¹, Tomietto Marco³, Donadio Carmen¹, El Ouechrine Khaoula², Di Nicola Marta¹, Cicolini Giancarlo¹

¹CRC-CeSI - Università "G. D'Annunzio" di Chieti, ²Università Politecnica delle Marche, ³Università di Verona

BACKGROUND Una delle sfide più complesse che l'infermiere affronta, come professionista del XXI secolo, è rappresentata dalla gestione delle diversità culturali all'interno della società. L'aumento delle richieste di prestazioni sanitarie, implica la continua necessità di erogare un'assistenza infermieristica culturalmente competente e congruente con i bisogni espressi dai diversi gruppi etnici e razziali. Carenti conoscenze sulle diversità culturali, unite ad un'adeguata interpretazione dei bisogni dei pazienti infatti, possono determinare pregiudizi e discriminazioni, rendendo difficile la partnership fra infermiere e persona assistita. Nella definizione di ambienti di cura culturalmente competenti è importante considerare anche il livello di caring percepito dall'utente, in quanto la valutazione dell'assistenza erogata dovrebbe fondarsi, in primo luogo, sulla percezione delle persone che afferiscono al servizio. Ad oggi tuttavia, non sono stati condotti studi per accertare il livello di competenza culturale tra gli infermieri italiani. In particolare, nessuno studio è stato realizzato per esplorare la competenza culturale degli infermieri e come questa possa essere correlata al caring percepito dai pazienti.

OBIETTIVI Valutare il livello di competenza culturale del personale infermieristico, esplorando la qualità dell'assistenza infermieristica percepita dal paziente straniero ed indagare se esiste una correlazione tra il livello di competenza culturale degli infermieri ed il caring percepito dai pazienti.

METODI L'indagine è stata condotta presso 10 unità operative del Presidio Ospedaliero di Ascoli Piceno. È stato eseguito un campionamento di convenienza in tutti i centri partecipanti allo studio. Agli infermieri è stato somministrato il questionario "Cultural Competence Assessment" (CCA), composto da 26 items e 2 fattori: la Cultural Awareness & Sensitivity (CAS) che valuta la consapevolezza e la sensibilità culturale e la Cultural Competence Behaviors (CCB) che valuta i comportamenti di competenza culturale. Le modalità di risposta sono espresse su scala Likert a 7 punti da "completo accordo" a "completo disaccordo" per la CAS e da "sempre" a "mai" per la CCB. Ai pazienti stranieri ricoverati presso le medesime unità operative, è stato somministrato il questionario "Caring Behavior Inventory" (CBI-24) che indaga l'esperienza del paziente durante il ricovero e la sua relazione con il personale infermieristico. Gli item del questionario sono posti su scala Likert a 6 punti da "mai" a "sempre".

RISULTATI Hanno partecipato 154 infermieri e 40 pazienti. Gli infermieri sono prevalentemente di genere femminile (n=125, 81.2%), con un'età media di 42 anni (DS=8.4). Di questi, solo il 44.5% (n=69) ha partecipato ad eventi formativi sulla diversità culturale. Il punteggio medio assegnato agli item della CAS è pari a 2.94 (DS=0.51), mentre quello relativo alla CCB è di 3.77 (DS=1.10). I pazienti sono per lo più di genere femminile (n=21, 52.5%), con età media 36.5 anni (DS=14.66) e di nazionalità Albanese/Rumena (42.5%) seguiti dalla nazionalità Marocchina/Tunisina (37.5%). Il punteggio medio assegnato alla Scala CBI-24 è pari a 4.72 (DS=1.12). L'analisi di associazione tra competenza culturale e il livello di caring è stata effettuata considerando un campione di 40 infermieri e 40 pazienti. Elevati livelli di caring si associano positivamente con l'espressione di competenza culturale da parte degli infermieri, sia per quanto riguarda le dimensioni di consapevolezza e sensibilità culturale ($\chi^2=0.22$; $p=0.63$) che per i comportamenti culturalmente competenti ($\chi^2=0.06$; $p=0.79$). Tuttavia, non si evidenziano associazioni statisticamente significative.

LIMITI Il disegno di studio, cross-sectional e monocentrico, non consente di stabilire un nesso di causalità tra il costrutto della competenza culturale e il caring percepito dai pazienti. La ridotta numerosità campionaria inoltre, potrebbe aver generato l'assenza di significatività statistica nei risultati di associazione.

CONCLUSIONI La riflessione condotta sulla competenza culturale e il livello di caring percepito dagli utenti stranieri contribuisce alla comprensione dell'importanza di un'assistenza infermieristica culturalmente competente come determinante del caring percepito dai pazienti. La valutazione della competenza culturale è stata effettuata attraverso l'utilizzo di uno strumento specifico che ha permesso di rilevare le criticità e di individuare le aree che potrebbero essere migliorate attraverso un'efficace progettazione formativa volta a favorire la consapevolezza e la sensibilità degli operatori sanitari attraverso l'approfondimento del nursing transculturale.

Indirizzo per la corrispondenza

Simonetti Valentina, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 8 Civitanova Marche
Piazza G.Garibaldi, 8 - 62013 - Civitanova Marche
Email: v.simonetti@unich.it

143. La Mediazione dei conflitti in sanità: occasione per gestire il cambiamento organizzativo e professionale

Simoni Anna, Palladino Teresa, Nardo Vincenzina, Minarini Andrea

AUSL Bologna

BACKGROUND Partendo dalla conflittualità presente nella relazione tra operatori sanitari e i cittadini e dall'osservazione della modalità spesso carente con cui attualmente essa è gestita, l'Azienda USL di Bologna, aderendo al programma regionale di gestione del rischio in sanità, ha definito nel 2010 un percorso strutturato di ascolto e mediazione. In particolare è stata accolta e sviluppata in maniera innovativa l'idea che la mediazione possa rappresentare una risorsa per gestire il cambiamento professionale e organizzativo e una occasione per facilitare il ripristino della relazione di fiducia tra il cittadino e l'organizzazione.

OBIETTIVI Il percorso strutturato di ascolto e mediazione si prefigge di: -facilitare e ristabilire una nuova relazione basata sulla fiducia e sul rispetto reciproco tra il cittadino e il professionista a prescindere dall'evento che ha scatenato il conflitto; -prevenire l'avvio di procedure giudiziarie e/o l'avvio di richieste di risarcimento danni; -migliorare e curare l'organizzazione attraverso azioni di miglioramento.

METODI L'ascolto e la mediazione si articolano attraverso un percorso articolato in varie fasi: fase 1: i mediatori raccolte le informazioni e la documentazione, analizzano il caso stabilendo modalità e tempistica con cui contattare le parti che vengono ascoltate separatamente. fase 2: durante l'ascolto di ogni parte, deve emergere la natura del conflitto e la sua potenzialità trasformativa, proponendo un successivo incontro congiunto tra le parti. fase 3: se entrambe le parti accettano, si procede all'incontro congiunto, in cui il mediatore facilita il raggiungimento di un accordo.

RISULTATI Il numero totale di mediazioni nell'anno 2012 - primo semestre 2013 è stato di 60. Nello specifico sono stati effettuati 159 ascolti di cui 93 con i professionisti sanitari e 60 con i cittadini. Alcune realtà aziendali sono state maggiormente interessate dal percorso; ciò sembra attribuibile al profilo organizzativo e alla specificità del contesto clinico-assistenziale. L'analisi, nella totalità dei casi, ha evidenziato l'esistenza preponderante di criticità di tipo comunicativo e/o relazionale non solo tra operatori sanitari e cittadini, ma anche tra gli stessi operatori sanitari. In una minoranza di casi, sono emerse problematiche di natura strettamente tecnico-organizzativa specie nei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e con ripercussioni talora negative sulla relazione e sull'escalation del conflitto.

LIMITI Necessità di integrazione con altri strumenti di gestione del rischio clinico. Tempistica condizionata da fattori di sistema a volte variabili.

CONCLUSIONI La mediazione attraverso la creazione di un clima empatico di ascolto e attenzione può essere occasione per gestire positivamente i conflitti, prevenendo talora l'avvio di una procedura giudiziaria e/o risarcitoria, inoltre attraverso un'osservazione neutrale e non giudicante aiuta la lettura dei contesti organizzativi in cui si è verificato il conflitto e favorisce la restituzione all'organizzazione delle carenze emerse, per l'adozione di eventuali soluzioni. La gestione dei conflitti nell'ambito dell'organizzazione sanitaria rappresenta un possibile strumento di cambiamento che costringe il sistema a riflettere su se stesso e ad interrogarsi sulla propria capacità di adattamento e flessibilità. Nella panoramica dei servizi destinati ai cittadini e ai professionisti, la mediazione può giocare un ruolo rilevante per migliorare la qualità dell'assistenza e il clima organizzativo contribuendo in maniera significativa a costruire e a ri-costruire il capitale di fiducia delle organizzazioni sanitarie.

Indirizzo per la corrispondenza

Simoni Anna, Infermiere
Azienda USL di Bologna - Medicina legale - Gestione del Rischio
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna
Email: anna.simoni@ausl.bologna.it

144. Promozione a livello aziendale dell'utilizzo di indicatori di esito

Sist Anna Paola, Tramarin Andrea, Zamperetti Nereo, Zappin Fabio

Ospedale di Vicenza, ULSS 6

BACKGROUND Alla fine del 2012 tutte le Unità Operative (UU.OO.) dell'Az. ULSS 6 Vicenza erano in grado di produrre indicatori di volume e di percorso ma non indicatori di esito. Tale situazione, evidenziata anche dal risultato della visita di Accredimento istituzionale, è stata giudicata in contrasto con l'attuale tendenza della gestione della salute: dalla normativa europea sulla mobilità transfrontaliera fino al programma Esiti dell'AGENAS gli esiti sono sempre più importanti nella valutazione della qualità della cura. Sono inoltre a disposizione dei cittadini strumenti che classificano gli istituti di cura sulla base di esiti chiaramente definiti (vedi <http://www.drfoosterhealth.co.uk/> in Inghilterra e, per quanto riguarda l'Italia, <http://www.doveecomemicro.it/index.php>).

OBIETTIVI Promuovere la produzione di indicatori di esito dei processi di cura da parte di tutte le Unità Operative dell'ULSS quali fondamento di una reale cultura della qualità.

METODI Il Servizio Qualità, Sicurezza ed Accredimento ha elaborato e distribuito una scheda per la definizione degli obiettivi, in modo da uniformare a livello aziendale la descrizione degli stessi. Tale scheda prevede, per ogni indicatore di esito individuato, la esplicitazione di alcuni dati: nome dell'indicatore, rationale, tipo di misura, tipo di calcolo, numeratore, denominatore, criteri di inclusione e di esclusione, rilevazione, durata, fonte del dato e modalità di raccolta, standard di riferimento, bibliografia. È stato organizzato un programma formativo consistente in due pomeriggi diretta ai tutti i Direttori di Unità Operativa e a tutti i Coordinatori Infermieristici e Tecnici riguardo agli indicatori di esito, invitando relatori fra i più esperti a livello nazionale su tale argomento. È stato quindi chiesto a tutte le Unità Operative di individuare almeno due indicatori di esito e di produrre dei dati specifici riferibili a tali indicatori: questo compito è stato inserito fra gli obiettivi di budget concordati. Le Unità Operative sono state lasciate libere nella scelta degli indicatori specifici da scegliere, che ognuna ha definito a seconda della propria realtà di competenza; i criteri suggeriti sono stati l'interesse (la capacità di dare informazioni importanti alla UO che li sceglie), la gestibilità (possibilità di loro gestione con costi contenuti, possibilmente con dati già disponibili senza dover ricorrere a laboriose revisioni di pile di cartelle cliniche) e l'affidabilità (capacità di rilevare le caratteristiche significative dei percorsi di cura). Il Comitato Aziendale di Governo Clinico si è reso disponibile per sostenere le Unità Operative nel lavoro di identificazione e descrizione degli indicatori di esito.

RISULTATI Tutte le Unità Operative hanno individuato almeno due indicatori di esito e li hanno descritti in maniera uniforme utilizzando una scheda specifica; esse sono inoltre impegnate a produrre dati specifici riferibili ad essi. Alcune Unità Operative hanno individuato indicatori globali di cura (per esempio, il tasso di riammissioni non programmate entro 30 giorni dalla dimissione); altre UU.OO. si sono concentrate su patologie specifiche (per esempio, l'UO di Neurologia ha individuato una serie di indicatori per monitorizzare gli esiti del percorso interno della persona affetta da ictus ischemico: complicanze mediche della fase acuta, disabilità a tre mesi calcolata con indice di Barthel e con mRS, mortalità ospedaliera, mortalità a tre mesi), altre ancora hanno individuato indicatori che individuano esiti specifici di momenti diversi di un percorso (per esempio, l'UO di Radiologia ha proposto di monitorizzare il tasso di affidabilità della diagnosi di nodulo alla mammografia rispetto alla conseguente ecografia di controllo, e dell'ecografia positiva rispetto al conseguente ago-aspirato).

LIMITI La decisione di lasciare libere le Unità Operative nella scelta degli indicatori specifici da scegliere può rischiare di condurre alla produzione di una serie di indicatori slegati fra di loro e non in grado di offrire una visione d'insieme dei principali percorsi di cura. È un rischio che si è deciso di correre perché, in questa prima fase, il passaggio importante sembrava quello di aiutare le diverse Unità Operative ad ripensare la loro attività complessiva per individuare i modi in questa poteva effettivamente influire sullo stato di salute delle persone. Il prossimo passo sarà di condividere degli indicatori che permettano all'Azienda di monitorizzare efficacemente i percorsi di cura più significativi e di dare quindi un'idea del "volume" di salute mantenuto o prodotto.

CONCLUSIONI È stato proposto - ed accolto con successo - un percorso per stimolare ed aiutare le Unità Operative dell'ULSS a produrre indicatori di esito che permettano alle UU.OO. stesse a valutare gli esiti dei processi di cura e che consentano all'Azienda di monitorizzare efficacemente i percorsi di cura più importanti.

Indirizzo per la corrispondenza

Zamperetti Nereo, Medico Chirurgo
Ospedale San Bortolo di Vicenza - U.O. Rianimazione
Viale Ferdinando Rodolfi, 37 - 36100 - Vicenza
Email: nereo.zamperetti@ulssvicenza.it

145. Insegnamento del massaggio neonatale in azienda ospedaliera

Spadini Ennio, Valdarchi Lucia

Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma

BACKGROUND L'intervento del Riabilitatore in Neonatologia-TIN trova la sua realizzazione su un intervento personalizzato allo sviluppo, centrato sulla famiglia. Esso si basa sulla chiara consapevolezza che lo sviluppo delle funzioni, in particolare del sistema nervoso centrale, è influenzato dalle caratteristiche individuali del neonato e dalle sue relazioni con l'ambiente circostante: famiglia, operatori ed ambiente esterno. Il massaggio neonatale non è una tecnica ma uno spazio-tempo, un modo di stare con il proprio bambino. Un modo privilegiato per comunicare e stare con lui, un « tocco buono» che mette insieme suono, contatto visivo, tocco che definisce, riconoscimento del sé corporeo. Il massaggio neonatale non è una tecnica ma uno spazio-tempo, un modo di stare con il proprio bambino. Un modo privilegiato per comunicare e stare con lui, un « tocco buono» che mette insieme suono, contatto visivo, tocco che definisce, riconoscimento del se' corporeo. In seguito ad una nascita prematura il neonato è costretto ad interrompere l'esperienza intrauterina per essere catapultato in un ambiente fisico macro e micro difficile e doloroso quale quello del ricovero ospedaliero, dell'incubatrice al posto dell'utero, di «traffico» necessario e perpetuante, voci, mani e figure estranee.

OBIETTIVI Il massaggio aiuta, attraverso il contatto, a creare un legame di attaccamento, soprattutto, in tutti quei casi in cui, per l'appunto, bambino e genitori sono stati separati fisicamente alla nascita (cesareo, bambino pretermine). Facilitando così: Legame affettivo e attaccamento; Conoscenza del sé Stimolazione sistema muscolare, circolatorio, gastro-intestinale; rilassamento

METODI L'insegnamento avviene in piccoli gruppi di genitori e bambini. Il corso è tenuto da un'insegnante A.I.M.I., consiste in cinque incontri della durata di un'ora. Gli incontri comprendono: L'apprendimento pratico della sequenza del massaggio; Momenti di riflessione e scambi di opinioni tra i partecipanti su tematiche relative al legame genitore-bambino

RISULTATI in poco più di un anno si sono tenuti 13 corsi. Ogni gruppo ha coinvolto da 3 a 4 neonati con i propri genitori. al termine dell'esperienza è possibile misurare il gradimento degli utenti attraverso strumenti di audit. risposte a questionario su 4 items il 96% degli utenti (domande riguardo al miglioramento del bonding, delle condizioni di salute del neonato, sulla risposta alle aspettative dell'esperienza fatta, risposta per mezzo di scala analogica da 1 a 5) dati definitivi in via di elaborazione.

LIMITI un'esperienza interessante, coinvolgente, unica nel suo genere in ambiente ospedaliero, almeno nel centro sud. Risultati misurabili, un metodo antico ma che poggia su solide basi scientifiche. Avrebbe bisogno di diffusione e sostegno.

CONCLUSIONI strutturali, per la difficoltà a reperire spazi idonei nell'ambiente ospedaliero, di risorse umane (un solo operatore disponibile, a tempo parziale), finanziari (aggiornamento dell'operatore a proprie spese).

Indirizzo per la corrispondenza

Spadini Ennio, Medico Chirurgo
Ospedale San Filippo Neri - U.O. Medicina Riabilitativa
Via Giovanni Martinotti, 20 - 00135 - Roma
Email: e.spadini@sanfilippone.roma.it

146. Diagnostica domiciliare dei disturbi respiratori nel sonno

Spagnolatti Liliana, Garuti Giancarlo, Massobrio Monica, Gaioni Claudia, Lusuardi Mirco

AUSL Reggio Emilia

BACKGROUND La progressiva presa di coscienza della classe medica, ma anche della popolazione generale, riguardo ai disturbi respiratori durante il sonno (prevalenza circa 5%), ha avuto come conseguenza una richiesta sempre più elevata di indagini diagnostiche specialistiche, che fino ad alcuni anni fa si eseguivano prevalentemente in regime ospedaliero ordinario o night-hospital. I pazienti affetti da disturbi respiratori nel sonno, rappresentati principalmente dalla OSAS o sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, non presentano in genere criteri di complessità clinica tali da rendere opportuno un regime di degenza ospedaliera; il ricovero era agli inizi correlato soprattutto alla necessità di utilizzare strumentazioni complesse in laboratori dedicati, problema superato grazie al progresso tecnologico che ha fornito strumentazioni miniaturizzate sempre più efficienti a costi ridotti. Poiché quindi la possibilità diagnostica in regime di degenza non è adeguata alle richieste la conseguenza è stata l'aumento dei tempi di attesa (in media 18 mesi presso il nostro Centro fino al 2006) e dei costi. Nella AUSL di RE per ovviare a questo problema è stato avviato fin dal 2005 un percorso diagnostico domiciliare (monitoraggio cardio-respiratorio nel sonno) che prevede una collaborazione tra il nostro Centro di Riabilitazione respiratoria, altri specialisti aziendali, ed un Service sanitario esterno. Quest'ultimo ci assiste oltre che per la esecuzione della diagnostica strumentale, anche nella rilevazione dei dati di utilizzo dei presidi prescritti permettendo un monitoraggio nella compliance del paziente alla terapia.

OBIETTIVI Ridurre i tempi d'attesa ed i costi dovuti all'ospedalizzazione. Conseguire un adeguato controllo della compliance dei pazienti in terapia con supporto ventilatorio non invasivo CPAP/BiLevel.

METODI Le prescrizioni di monitoraggio cardio-respiratorio (MCR) nel sonno vengono effettuate dallo specialista, Pneumologo, ORL, Neurologo o Cardiologo con invio delle richieste presso l'ambulatorio di Pneumologia del nostro ospedale in cui si gestisce la lista d'attesa, consegnata mensilmente al tecnico incaricato del MCR che contatta i pazienti per programmare la polisonnografia domiciliare. L'esame viene quindi scaricato su dischetto e consegnato al medico per la refertazione. Il referto viene spedito a domicilio, previo pagamento ticket. I pazienti con esame positivo vengono chiamati presso il nostro ambulatorio di riferimento per essere avviati a trattamento di supporto ventilatorio non invasivo. Il controllo della compliance viene effettuato tramite rilevazione delle ore di utilizzo delle apparecchiature CPAP/BiLevel che lo specialista autorizzato può visionare on-line tramite un programma dedicato. Si riporta di seguito l'analisi retrospettiva degli ultimi tre anni di attività.

RISULTATI Dal luglio del 2011 all'ottobre del 2013 sono stati sottoposti a monitoraggio cardio-respiratorio notturno 439 soggetti di cui il 26,4% (116) donne ed il 72,2% (317) uomini. Età 56.7 ± 13.5 anni (media \pm deviazione standard); indice di massa corporea o BMI = 31.2 ± 6.4 ; apnea-ipopnea index o AHI = 24.4 ± 21.3 . AHI e BMI hanno presentato una correlazione statisticamente significativa, a confermare la frequente associazione tra obesità e disturbi respiratori nel sonno. I tempi d'attesa per l'esame sono stati ridotti a meno di 60 giorni. Il 16,5% è risultato positivo per disturbi respiratori nel sonno di entità tale da rendere appropriato un trattamento con supporto ventilatorio non invasivo (CPAP o BiLevel). Dal controllo sull'aderenza di pazienti già in CPAP nel nostro Distretto di Correggio sono risultati complianti il 72% dei pazienti. Sul 28% di soggetti non complianti verranno effettuati controlli ambulatoriali per escludere problemi clinici o tecnici a monte della mancata aderenza. In assenza di tale riscontro e di provvedimenti migliorativi della compliance la apparecchiatura per CPAP/BiLevel viene ritirata.

LIMITI Analisi retrospettiva. Comparazione pre-post, senza gruppo di controllo.

CONCLUSIONI Il monitoraggio cardio-respiratorio notturno a domicilio ha consentito di gestire un notevole incremento delle richieste diagnostiche per disturbi respiratori nel sonno evitando degenze inappropriate e riducendo considerevolmente i tempi di attesa. Una volta a regime, il controllo a distanza della compliance al trattamento consentirà verosimilmente di ridurre i costi legati ad un non congruo utilizzo dei presidi prescritti a domicilio.

Indirizzo per la corrispondenza

Lusuardi Mirco, Medico Chirurgo
Ospedale di Correggio - San Sebastiano - U.O. Riabilitazione Cardio-Pneumologica
Via Mandriolo Superiore, 11 - 42015 - Correggio
Email: lusuardimi@ausl.re.it

147. Il trauma grave: un audit clinico nella realtà del Pronto Soccorso

Stella Sabrina¹, Monesi Alessandro²

¹Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste, ²Ospedale Maggiore Carlo Alberto Pizzardi - Azienda USL di Bologna

BACKGROUND Il Pronto Soccorso di Trieste in riferimento all'anno 2012 conta circa 66.000 accessi, di cui il 6% vi afferisce per trauma grave. Il trauma grave vede un'elevata complessità clinico-assistenziale, il coinvolgimento di molteplici figure professionali ed attualmente in tale realtà operativa una scarsa standardizzazione dei processi clinico-assistenziali.

OBIETTIVI Il disegno dello studio è un audit clinico eseguito limitatamente alle prime fasi, in quanto parte della fase di implementazione dei cambiamenti e della verifica di essi deve essere ancora realizzata. Sono stati arruolati tutti quei pazienti che afferivano al Pronto Soccorso di Trieste dal 1 marzo 2013 al 31 luglio 2013. L'ipotesi è che fosse fattibile applicare uno strumento di audit clinico in tale realtà operativa, al fine di migliorare in termini di qualità i processi clinico-assistenziali a suddetta tipologia di paziente. Gli obiettivi specifici si articolano in quello che è il ciclo dell'audit ovvero: individuare le priorità clinico-assistenziali, definire gli standard assistenziali tramite un set di indicatori, monitorare la realtà operativa tramite una scheda di raccolta dati, confrontare la pratica clinica corrente con gli standard di riferimento, identificare le inapproprietezze, proporre/implementare dei cambiamenti alla luce delle criticità emerse, proporre una verifica, a lungo termine, dell'efficacia del cambiamento.

METODI L'arruolamento dei pazienti è avvenuto seguendo i criteri definiti in uno specifico algoritmo decisionale: valutazione dell'instabilità clinica, presenza di elementi clinici significativi secondari al trauma, presenza di elementi dinamici significativi, presenza di stato gravidico ad esclusione dei traumi palesemente minori. Qualora il paziente fosse giudicato arruolabile si procedeva alla raccolta dati tramite una specifica scheda in grado di monitorare il percorso del paziente dall'entrata sino all'uscita dal Pronto Soccorso. La scheda era infatti in grado di rilevare il tempo di permanenza del paziente in Pronto Soccorso, l'esito di esso ovvero dimissione-decesso-ricovero e tutte le fasi di processo specifiche quali la gestione delle vie aeree, del respiro e del circolo, l'esecuzione della diagnostica e il posizionamento/rimozione dei presidi. È stato definito un set di 50 indicatori di priorità del percorso assistenziale del trauma grave: 31 di processo, 17 di esito, 2 di tempistica, utili al fine di eseguire il confronto tra la pratica clinica corrente e gli standard di riferimento.

RISULTATI Il campione è risultato essere composto da 106 utenti, dei quali il 20,8% aveva ricevuto da triagista di Pronto Soccorso un codice rosso, mentre il 79,2% un codice giallo. È emerso che tra gli indicatori presi in analisi si distinguono due categorie, rispettivamente gli indicatori realizzabili ovvero monitorabili, calcolabili e supportati da evidenze scientifiche, e gli indicatori non realizzabili ovvero sprovvisti di tali caratteristiche. Su 31 indicatori di processo solo 9 erano realizzabili, mentre i restanti 22 non lo erano. Tra gli indicatori di esito 14 erano realizzabili mentre 3 non realizzabili. Gli indicatori di tempistica invece sono risultati tutti realizzabili. Parte degli indicatori realizzabili risultati non in linea con gli standard di riferimento internazionali, e quindi espressione di criticità, potevano essere risolti tramite un corso di formazione dedicato al personale di Pronto Soccorso, auspicandosi poi di eseguire al termine della valutazione e formazione, una verifica a lungo termine dell'implementazione introdotta.

LIMITI Il processo di audit clinico si è dimostrato applicabile alla realtà operativa. L'introduzione di una scheda di raccolta dati si è dimostrata uno strumento valido e utile al fine di monitorare il percorso di tale paziente, tuttavia sarebbe utile anche la partecipazione del personale della Rianimazione, considerato che le due realtà spesso lavorano in equipe nella gestione di esso.

CONCLUSIONI Il limite dello studio consiste nel fatto che è stato possibile applicare solo le prime fasi dell'audit clinico, mentre parte della fase di implementazione del cambiamento e della verifica di esso devono essere ancora realizzate.

Indirizzo per la corrispondenza

Stella Sabrina, Infermiere
Ospedale di Cattinara - U.O. Pronto Soccorso
Strada di Fiume, 447 - Loc. Cattinara - 34149 - Trieste
Email: stelassass@gmail.com

148. Proposta di un Set di Indicatori di Performance per monitorare l'attività dei Servizi di Farmacia Ospedaliera

Stroili Manuela

Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste

BACKGROUND I Farmaci incidono considerevolmente sulla spesa del Servizio Sanitario Nazionale e del privato cittadino nei Paesi industrializzati, possono generare danni anche mortali in caso di errata somministrazione, ma costituiscono uno strumento insostituibile per la ripresa di efficienza della Persona nel mondo del lavoro e nella vita di relazione. In Ospedale il Servizio di Farmacia esercita un ruolo da protagonista nella gestione e dispensazione del Farmaco, ma non sempre i risultati di questa presenza si vedono sulla riduzione degli Errori ed il miglioramento delle Cure. Esperienze internazionali potrebbero far esternalizzare questo Servizio, con dei Farmacisti dipendenti come Controller ed una Reperibilità garantita sempre nelle 24 ore; la sicurezza nella gestione ospedaliera del farmaco potrebbe non diminuire. L'inserimento nel Budget aziendale di Indicatori di Performance mirati potrebbe indurre il Farmacista ad una maggior partecipazione ai processi clinici di cura.

OBIETTIVI Il nostro obiettivo è di coinvolgere maggiormente i Farmacisti ospedalieri nel mantenere i Medici sempre aggiornati sulla terapia farmacologica e nel supportare tutte le Strutture nella riduzione degli errori. Lo strumento della negoziazione del Budget con Indicatori di Performance orientati ai processi di lavoro in Ospedale ed all'esito delle cure potrebbe risultare utile.

METODI Abbiamo svolto ricerche di bibliografia, Norme e Raccomandazioni Ministeriali, Manuali di Budget e di Accreditamento all'eccellenza, Analisi della spesa farmaceutica, verifiche ispettive, incontri con il personale Medico ed Infermieristico in Ospedale.

RISULTATI I Manuali di Accreditamento all'Eccellenza individuano almeno 110 Indicatori che misurano l'attività svolta un Servizio di Farmacia di un'Ospedale di Alta Specializzazione, mentre nei nostri sistemi di Budget ci attestiamo attorno a 10-12 Indicatori specifici. Questo divario va colmato. Il Sistema ministeriale di raccolta degli Eventi sentinella (SIMET) individua a febbraio 2013 ancora i Farmaci come fattori contribuenti a provocare eventi anche mortali in Italia nell'arco di tempo 2005-2011. Viste diverse realtà propongo le seguenti Categorie di Indicatori da introdurre progressivamente nei Budget in relazione alle risorse assegnate: Etichettatura in italiano di tutti i Prodotti e singole Dosi/Paziente distribuiti dalla Farmacia adattando l'art. 37, RD n. 1706 d. d. 30. 09. 1938, Allestimento ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) e dell'Elenco completo di Farmaci sempre presenti in Ospedale e di quelli ad alto costo, Distribuzione diretta, Tempi fornitura farmaci interni, Budget assegnato, Inventario di tecnologie e beni del Servizio, Carico-scarico di Prodotti, Ausilii, Presidi e Protesi con scadenze e destinatari, Prescrizione informatizzata nei Reparti, Doppio controllo indipendente per farmaci ad alto rischio, Disponibilità di Ambienti e Armadi idonei per conservazione e custodia dei medicinali(norme), Registro elettronico per AIFA e di Farmacovigilanza(RNF) con Eventi ADR, Errori, Incidenti avversi, Eventi sentinella, Analisi delle cause degli eventi avversi e proposte di soluzioni, Richiami del Produttore e Lotti sequestrati, Disponibilità di Linee Guida Nazionali ed internazionali su Farmaci e Protocolli convalidati(Infezioni associate, uso e resistenze agli Antibiotici; Disinfettanti, TAO, TVP, Eritropoietina; Manipolazione ed uso di antiblastici, LASA, Elettroliti concentrati; Categorie di Farmaci ad alto rischio; Preparazione, uso e somministrazione delle soluzioni Enterali distintamente dalle Parenterali), Manuali Pompe per somministrazioni Terapia, Sopralluoghi bimestrali di aggiornamento e verifica di Registro Stupefacenti, Armadi Farmaceutici, Frigoriferi, Carrelli di Terapia e di Emergenza in tutti i Reparti, Sale Operatorie e Ambulatori, Banca dati internazionale sulle Interazioni tra farmaci, Eventi formativi organizzati sul campo per Medici ed Infermieri, Redazione Capitolati Gare.

LIMITI Resistenze a innovazione e crescita culturale, incapacità di adattamento, carenza di risorse, non conoscenza dei possibili danni, il timore di essere inadeguati, un clima ostile interno o la carenza di etica professionale possono provocare obiezioni alla strutturazione negoziata di questi Indicatori in Azienda. E' necessaria una formazione avanzata multidisciplinare (farmacologia, informatica, metodologia).

CONCLUSIONI La specifica professionalità richiesta al Farmacista prevede una formazione ad alto livello, secondo standard che lo portino ad assicurare la maggior efficacia possibile del Farmaco sul Paziente, aiutando senza offendere il Medico Prescrittore, spesso specializzato in più Discipline. In questa complessità ad alto contenuto scientifico con la diffusione di questi Indicatori i Farmacisti si allineerebbero ai Medici ed agli Infermieri, oggi laureati e con Master, che hanno già accettato da anni Indicatori di Performance con elevati contenuti professionali e le Aziende colmerebbero parte del divario che esiste con i Sistemi che certificano la Qualità.

Indirizzo per la corrispondenza

Stroili Manuela, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti Trieste - S.S. Dip. Technology Assessment
Via Farneto, 3 - 34142 - Trieste -
Email: manuela.stroili@tin.it

149. Come ridurre la somministrazione errata di farmaci, gli infortuni domestici e gli avvelenamenti accidentali con la completa Etichettatura di qualsiasi preparato di Farmacia e dei prodotti velenosi in ambiente domestico e nei luoghi commerciali

Stroili Manuela

Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste

BACKGROUND Negli Ospedali d'Italia è attivo da anni il sistema di "Incident reporting" che, per i Farmaci, ne rileva l'uso non corretto e gli eventuali danni provocati ai Pazienti dalla loro sbagliata somministrazione e trasmette i dati al Ministero. Assumere un farmaco al posto di un altro o per la "via" sbagliata, con conseguenze anche mortali, può accadere dovunque e non genera una Reazione Avversa (ADR) alla molecola, ma un'intossicazione. L'errore per auto o eterosomministrazione deriva da poche informazioni, calo di attenzione, stanchezza, confusione, carenze organizzative, luoghi di lavoro rumorosi e angusti e carenza di riconoscibilità (Etichetta) del Prodotto. Nel 2012 in Italia è stata somministrata per via parenterale una sostanza che andava assunta per via enterale, con morte del Paziente. Negli ambienti di vita e lavoro accadono inoltre Infortuni domestici ed Avvelenamenti accidentali perché s'ingeriscono per errore liquidi velenosi, come detersivi e solventi. Compilare con tutte le informazioni necessarie un'Etichetta ed attaccarla ad un contenitore prima di riempirlo non è un'azione intuitiva, ma deriva da una precisa formazione o da Direttive dei responsabili.

OBIETTIVI La riconoscibilità delle proprietà terapeutiche di un medicinale e l'identificazione delle sostanze velenose tramite l'Etichetta è d'interesse per tutta la Comunità ed è la premessa per la tutela del Paziente e del Consumatore; qui si elencano i Dati da riportare sull'Etichetta dei farmaci. Si propone contemporaneamente un Protocollo d'ispezione della linea di produzione e stoccaggio dei Prodotti interi e sfusi provenienti dalla Farmacia e di quelli presenti per qualsiasi motivo in Ospedale.

METODI Ricerche bibliografiche e di Norme sulle Etichette, studio di SIMES-ICT e Raccomandazioni mirate (Ministero della Salute), rilevazione di Incidenti in Ospedale e sul territorio sono la premessa, ma la realtà della propria organizzazione si conosce meglio attraverso il controllo diretto di tutte le Strutture tramite le ispezioni, per evitare la sottostima del problema. Le misure di contenimento vengono proposte sulla base delle indicazioni e dei Rischi complessivi rilevati. In un'ASL le ispezioni nei locali commerciali possono essere fatte a campione dal Dipartimento di Prevenzione.

RISULTATI Per l'Ospedale dobbiamo ribadire la necessità della presenza dell'Etichetta e cosa si deve scrivere sull'Etichetta. Vi sono infatti Manuali con standard incompleti, la legislazione europea è dinamica e laddove si usino ancora prodotti frazionati vi è sempre il rischio di non etichettare il recipiente contenente il medicamento, prima dell'uso. Nel nostro caso il PTO (Prontuario Terapeutico Ospedaliero) contiene 1075 prodotti diversi: farmaci, diagnostici, vaccini, soluzioni per NPT, oftalmologici, solventi, detersivi, coloranti cui se ne aggiungono 26 per Nutrizione Enterale. Non sono pochi! Cosa scrivere sull'Etichetta del Prodotto distribuito dalla Farmacia Ospedaliera? L'Art. 37 del RD n. 1706 del 1938 "Regolamento per il servizio farmaceutico" già stabiliva l'obbligo di etichettare i prodotti e l'abbiamo aggiornato come segue. - Le Etichette che si appoggiano su qualsiasi Prodotto presente in Ospedale devono riportare in lingua italiana: 1) data di preparazione e scadenza, codice a barre per carico e scarico del Prodotto, codice della Farmacopea Ufficiale e del PTO; 2) indicazione qualitativa e quantitativa del contenuto con descrizione della composizione senza abbreviazioni e la sua concentrazione; 3) fotosensibilità e termolabilità; 4) dose di somministrazione per adulti o bambini (e dose massima); 5) Via di somministrazione obbligatoria o alternativa (orale, endovenosa, intratecale, ipodermica, cutanea, oculare, etc.); 6) nome del Paziente se appositamente preparata; 7) indicare chiaramente la pericolosità dell'errore; 8) se deve essere adoperato a gocce e lentamente; 9) deve essere scritto se è una sostanza velenosa unitamente ad un simbolo ben visibile approvato internazionalmente (teschio). - Il Protocollo dei controlli ispettivi da eseguire fuori dalla Farmacia deve riguardare: Armadi Farmaceutici, Carrelli d'Emergenza e Terapia, Tavolini servitori di Sala Operatoria, Frigoriferi e Armadi delle Cucinette.

LIMITI L'assunzione sbagliata di un prodotto da parte dell'uomo può essere mortale. Nell'ambito della Farmacovigilanza è nostro intendimento portare l'attenzione di AO, ASL e dell'Industria farmaceutica sulla necessità della completa etichettatura di tutti i Prodotti interi e sfusi presenti in Sanità e sulle modalità di controllo. Invece per il territorio si propone una campagna informativa di massa sui rischi evitabili grazie all'Etichetta.

CONCLUSIONI Le dosi dei farmaci possono essere contenute in fiale piccole con poca superficie e se la colla è scadente l'etichetta si stacca. I blister interni con le monodosi possono essere incompleti e il controllo ospedaliero sul tipo di confezionamento presente in tutte le strutture, con una certa frequenza temporale, è lungo. Sul territorio la dispersione degli esercizi commerciali può impegnare molto personale.

Indirizzo per la corrispondenza

Stroili Manuela, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti Trieste - S.S. Dip. Technology Assessment
Via Farneto, 3 - 34142 - Trieste -
Email: manuela.stroili@tin.it

150. Esperienza di introduzione di un applicativo per la corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera da parte del medico di reparto

Triassi Maria, Maccarone Sergio, Egidio Rosanna , De Pascale Teresa , Mazzitelli Annunziata, Passaro Maria
Università Federico II di Napoli

BACKGROUND Il presente studio si propone attraverso l'introduzione di un applicativo sviluppato in tecnologia web di valutare il miglioramento della corretta codifica e compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) relativa ad ogni ricovero ospedaliero da parte dei medici dei reparti dell'AOU "Federico II" di Napoli e di ottemperare in maniera efficace ed efficiente alle disposizioni presenti nel Decreto n°6/2011 "Adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO".

OBIETTIVI MIGLIORAMENTO DELLA INDIVIDUAZIONE DELLE CODIFICHE A TERMINE OSSERVAZIONE DEL PRIMO SEMESTRE ED IN PARTICOLARE - individuazione e codifica della diagnosi principale (10%); - riduzione dei DRG 468, 477 "Intervento non chirurgico non correlato alla diagnosi principale" TRA IL 10% ED 20% - appropriato utilizzo delle diagnosi e procedure secondarie (10%).

METODI Tra le varie attività messe in essere all'indomani Decreto n°6/2011 , particolare importanza ha rivestito l'introduzione un applicativo che può essere utilizzato dal medico di reparto che si confronta con la codifica delle schede di dimissione ospedaliera. Tale applicativo può essere utilizzato in maniera indipendente da altri software, semplicemente come strumento di formazione per i medici, o anche integrato con altri sistemi informatici, come completamento delle funzioni tradizionali di questi ultimi. In entrambi i casi lo scopo è quello di incentivare il reparto verso una migliore qualità sia a livello formale che di appropriatezza del dato delle SDO prodotte. L'applicativo è sviluppato in tecnologia web il che significa che a fronte di un'unica installazione su un server, da tutti i pc collegati alla rete aziendale si ha la possibilità di utilizzare il software semplicemente cliccando sull'icona del browser di Internet e digitando una semplice URL.

RISULTATI Lo studio ha mostrato nel corso dei tre mesi di osservazione un miglioramento nella codifica ed in particolare: - individuazione e codifica della diagnosi principale (8%); - riduzione dei DRG 468, 477 "Intervento non chirurgico non correlato alla diagnosi principale"(10%), (20%); - appropriato utilizzo delle diagnosi e procedure secondarie (10%).

LIMITI Al momento il limite principale è il breve periodo di osservazione. I limiti dell'utilizzo dell' applicativo sono in valutazione.

CONCLUSIONI Anche se il tempo intercorso dall'introduzione del programma è relativamente breve, abbiamo potuto osservare un miglioramento significativo nella codifica ed un'aumentata compliance dei medici alla compilazione della SDO. Tutti questi aspetti costituiscono un importante step dello studio che è partito sperimentalmente nelle aree su citate, ma coinvolgerà nel corso dei prossimi mesi tutti i dipartimenti dell'Azienda. Dunque, ci si aspetta un ulteriore e più evidente miglioramento nella completezza e nell'accuratezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera anche in relazione alla documentazione clinica affinché i dati in essa contenuti possano essere utilizzati per un'analisi più accurata e veritiera di alcuni aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria erogata.

Indirizzo per la corrispondenza

Mazzitelli Annunziata, Infermiere
Casa di Cura Privata - Villa dei Fiori s.r.l.
Corso Italia, 1 - 80011 - Acerra
Email: tmazzitelli@libero.it

151. Implementazione di un bundle per la prevenzione e controllo delle infezioni delle vie urinarie nei dipartimenti medici dell'Ausl di Rimini

Tura Grazia¹, Biagetti Carlo¹, Pedna Federica², Marcatelli Nicol¹, Arlotti Massimo¹, Sambri Vittorio²

¹Ausl Rimini, ²Microbiologia Pievesestina di Forlì Cesena

BACKGROUND Le infezioni delle vie urinarie sono tra le più comuni infezioni correlate all'assistenza e tra le prime cause di utilizzo di antibiotici in ambito ospedaliero. Secondo il rapporto del 2013 dell'ECDC basato su uno studio di prevalenza eseguito in circa 1200 ospedali europei, il 19% dei 15000 pazienti con ICA aveva una IVU; secondo lo stesso rapporto il 24,1% dei pazienti che stava assumendo antibiotici durante la degenza, lo faceva per trattare una IVU. Una gestione adeguata della cateterizzazione vescicale e un utilizzo appropriato dell'urinocoltura rappresentano due elementi cardine della prevenzione e trattamento delle IVU specie in ambito assistenziale. E' noto infatti che nel portatore di CV la possibilità di contrarre una IVU è funzione diretta del tempo di cateterizzazione. L'urinocoltura è un esame che ha una elevata possibilità di contaminazione e colonizzazione; pur di fondamentale importanza nella gestione di buona parte delle IVU, se eseguite al di fuori delle corrette indicazioni, può portare a decisioni terapeutiche non appropriate.

OBIETTIVI Valutare l'impatto di un intervento di condivisione e implementazione attiva di una serie di raccomandazioni (bundle) considerate fondamentali nella prevenzione e nella gestione delle IVU.

METODI Sono state selezionate le 12 Unità Operative afferenti ai due Dipartimenti Internistici, dislocate nei due presidi ospedalieri dell'Ausl. Il progetto è stato articolato in quattro "steps". A marzo del 2012 è stato avviato il primo "step": Tutto il personale dei dipartimenti internistici ha partecipato alla presentazione delle principali linee guida sulla gestione delle IVU e sull'utilizzo del CV con la consensuale presentazione del bundle. All'interno di ogni UO è stato discusso il bundle ed esplorate le difficoltà che ne ostacolavano una corretta applicazione. Ad aprile 2012 il progetto è proseguito con il secondo step: ogni UO ha riportato in plenaria la propria esperienza ed ha esplicitato i correttivi che si sarebbero dovuti adottare per migliorare l'adesione al bundle e le modalità di monitoraggio. Il periodo di osservazione è stato di sei mesi (Aprile - Settembre 2012). Il terzo step ha preso il via ad ottobre 2012 con la discussione plenaria dei risultati ottenuti e la presentazione da parte di ogni UO della propria esperienza e dei correttivi adottati al fine della applicazione del bundle. Il quarto ed ultimo step si è realizzato nell'Ottobre 2013 con la discussione plenaria dei risultati ottenuti ad un anno di distanza e la verifica da parte di ogni UO del mantenimento degli stessi. La verifica dei risultati si è avvalsa del monitoraggio del n. di urinocolture eseguite in rapporto al numero dei pazienti ricoverati e del n. di cateteri vescicali richiesti in rapporto al numero dei pazienti ricoverati. E' stato valutato il semestre immediatamente successivo il lavoro svolto (Aprile - Settembre 2012) paragonato con lo stesso semestre dell'anno precedente e dell'anno successivo. E' stato utilizzato il "two-sample test of proportion".

RISULTATI Nel semestre Aprile-Settembre 2011 sono state richieste 1240 urinocolture su 5594 pazienti ricoverati, nello stesso semestre del 2012 Sono state richieste 945 urinocolture su 5420 pazienti ricoverati; infine nello stesso semestre del 2013 sono state richieste 972 urinocolture su 5274 ricoveri. Per quanto riguarda i cateteri vescicali, nel semestre 2011 ne sono stati ordinati 1348 per 5594 pazienti ricoverati, nel semestre 2012 1048 per 5420 pazienti ricoverati e nel semestre 2013 1096 per 5274 pazienti ricoverati. Il confronto tra il 2011 e il 2012 risulta significativo sia per la riduzione delle richieste di urinocoltura che per il numero dei cateteri vescicali ($p < 0.001$), mentre tra il 2012 e il 2013 non vi è differenza significativa né per il n. di urinocolture né per il quantitativo di cateteri vescicali richiesti (rispettivamente $p = 0.18$ e $p = 0.65$).

LIMITI Sono rappresentati dall'assenza della valutazione di indicatori di risultato come l'incidenza delle infezioni delle vie urinarie correlate al catetere vescicale e il consumo di antibiotici per questa voce. Inoltre è stato valutato il numero di cateteri vescicali ordinati che potrebbe in minima parte differire rispetto al numero di cateteri realmente utilizzati. Infine la riduzione del numero delle urinocolture non è un indicatore certo di migliorata appropriatezza.

CONCLUSIONI Si è scelto di monitorare il progetto attraverso indicatori di facile ed immediato accesso senza appesantire i già onerosi percorsi assistenziali con la necessità di nuove raccolte dati; si sono scelti il n. di richieste di urinocolture e il n. di cateteri in rapporto al n. dei ricoveri, in tre sovrapponibili semestri, prima del progetto, subito dopo e ad un anno di distanza. Nonostante ciò riteniamo che l'ampiezza del progetto, la multidisciplinarietà, la modalità di implementazione e la semplicità della verifica dei risultati, abbiano prodotto miglioramenti consistenti nelle pratiche assistenziali.

Indirizzo per la corrispondenza

Tura Grazia Antonella, Infermiere
Azienda USL della Romagna - Azienda USL di Rimini - U.O. Direzione Assistenziale
Via Coriano, 38 - 47924 - Rimini
Email: gtura@auslrn.net

152. Efficacia della "antibiotic stewardship" nel ridurre il consumo degli antibiotici: il ruolo dell'audit clinico

Valle Mauro¹, Moglia Roberta², Toffano Annamaria³, Biglino Alberto¹

¹Ospedale Cardinal Massaia di Asti, ²Scuola Specializzazione Malattie Infettive Torino, ³ASL AT

BACKGROUND L'introduzione della "antibiotic stewardship" presso le strutture operative ospedaliere è in grado di ridurre il consumo degli antibiotici ed è l'audit clinico l'elemento fondamentale nella realizzazione della stessa.

OBIETTIVI Riduzione del consumo degli antibiotici in ospedale.

METODI A partire dal 2009 presso l'ospedale Cardinal Massaja di Asti (ASL AT) è stato valutato un campione di cartelle di pazienti in terapia antibiotica, in prescrizione motivata, delle seguenti strutture operative: Medicina (due reparti - A e B) e Chirurgia Generale. Sono stati organizzati audit clinici "one to one" con la presenza dell'infettivologo per discutere insieme al medico prescrittore le ragioni delle scelte fatte ed in particolare le indicazioni e la molecola utilizzata, la dose e la durata dell'antibiotico terapia, l'eventuale de-escalation.

RISULTATI Nell'anno 2012 la prescrizione è risultata rispettivamente congrua nel 88% delle cartelle esaminate (173/196) presso l'ospedale Cardinal Massaja. L'analisi dei consumi degli antibiotici valutata attraverso le DDD ha dimostrato una riduzione del consumo degli antibiotici a prescrizione motivata nel periodo di osservazione considerato (2009-2012) a livello aziendale per alcune molecole (ampicilline protette e chinoloni), si è verificata una riduzione del consumo di tutti gli antibiotici nei reparti in cui è stata effettuata la stewardship degli antibiotici, eccetto che per i carbapenemi verosimilmente per la presenza di molti ceppi di batteri Gram- produttori di ESBL. I consumi complessivi nell'Ospedale Cardinal Massaja di Asti: ampicilline protette nel 2009 28.4 DDD/100 letti die, nel 2012 23.6; piperacillina/tazobactam nel 2009 3.4, nel 2012 4.7; cefalosporine III generazione nel 2009 7.7, nel 2012 7.9, carbapenemi nel 2009 6.5, nel 2012 10.3; chinoloni 14.7, nel 2012 11.1; glicopeptidi nel 2009 4.2, nel 2012 7.5. I consumi nella Divisione Medicina A: ampicilline protette nel 2009 26.9 DDD/100 letti die, nel 2012 16.9; piperacillina/tazobactam nel 2009 10.0, nel 2012 6.0; cefalosporine III generazione nel 2009 11.6, nel 2012 9.8, carbapenemi nel 2009 1.5, nel 2012 2.0; chinoloni 27.1, nel 2012 12.1; glicopeptidi nel 2009 6.4, nel 2012 4.8. I consumi nella Divisione Medicina B: ampicilline protette nel 2009 26.7 DDD/100 letti die, nel 2012 14.7; piperacillina/tazobactam nel 2009 6.6, nel 2012 6.1; cefalosporine III generazione nel 2009 15.9, nel 2012 11.7, carbapenemi nel 2009 8.2, nel 2012 9.0; chinoloni 29.4, nel 2012 14.4; glicopeptidi nel 2009 5.1, nel 2012 4.3. I consumi nella Divisione di Chirurgia: ampicilline protette nel 2009 80.9 DDD/100 letti die, nel 2012 58.0; piperacillina/tazobactam nel 2009 3.1, nel 2012 2.2; cefalosporine III generazione nel 2009 3.4, nel 2012 1.6, carbapenemi nel 2009 8.9, nel 2012 9.6; chinoloni 12.2, nel 2012 6.5; glicopeptidi nel 2009 5.6, nel 2012 3.7.

LIMITI L'attivazione di programmi di "antibiotic stewardship" che prevedono l'audit clinico "one to one" con la presenza dell'infettivologo sono in grado di ridurre il consumo degli antibiotici in ospedale.

CONCLUSIONI È stata valutata la terapia antibiotica solamente per le molecole a prescrizione motivata.

Indirizzo per la corrispondenza

Valle Mauro, Medico Chirurgo
Ospedale Cardinal Massaia di Asti - U.O. Malattie Infettive
Corso Dante, 202 - 14100 - Asti
Email: valle@asl.at.it

153. Implementazione all'uso della Cartella Infermieristica

Venditti Giovanna¹, Lepore Sonia¹, Ionata Ilario¹, Cardaropoli Carmine²

¹P.O. "F. Veneziale" di Isernia, ²Arcispedale S. Maria Nuova Reggio Emilia

BACKGROUND I cambiamenti nella legislazione sanitaria e le mutate esigenze dei cittadini hanno spinto a ridefinire il sistema organizzativo per la erogazione dei servizi sanitari. Si è reso necessario l'utilizzo di una documentazione infermieristica più completa che rispondesse a requisiti essenziali di veridicità, completezza, precisione, chiarezza e tempestività nelle annotazioni. L'utilizzo e la giusta modalità di compilazione della Cartella Infermieristica permettono di dare contezza ed evidenza all'attività effettivamente svolta dall'Infermiere e garantiscono la continuità assistenziale riducendo la discrezionalità rispetto ai trattamenti eseguiti in un'ottica di miglioramento della qualità dell'assistenza. Il grosso problema con cui ci si scontra nel tentativo di inserire l'uso di questo strumento, è la endemica resistenza al cambiamento da parte degli stessi Infermieri che vedono i mutamenti più come un pericolo che come un'opportunità e quindi preferiscono continuare a scrivere "consegne" piuttosto che scrivere in una Cartella Infermieristica. Questo è superabile solo attraverso un adeguato percorso formativo che spieghi le ragioni e i vantaggi dei nuovi strumenti di documentazione, la compilazione dei quali è diventato un vero e proprio obbligo professionale oltre che etico. Il percorso di creazione e sperimentazione della cartella infermieristica nell'Ospedale "F. Veneziale" di Isernia è iniziato nel 2008 a seguito di un programma di attuazione organizzato dall'Ufficio Infermieristico. È nato come risposta all'evoluzione normativa della professione infermieristica dopo aver constatato che gli strumenti fino ad allora utilizzati si erano rivelati dispersivi, spesso ripetitivi e comunque del tutto inefficaci per la presa in carico della persona, per la gestione della complessità assistenziale e per evidenziare le responsabilità professionali connesse.

OBIETTIVI Adottare, secondo un unico modello adattabile ma omogeneo nel metodo e nei fondamenti teorici, la cartella infermieristica quale strumento facente parte integrante della cartella clinica e vincere la resistenza al cambiamento attraverso la formazione del personale.

METODI Formazione con corsi specifici. Riunioni con tutto il personale. Sperimentazione con il supporto di coloro che hanno predisposto il presente progetto.

RISULTATI Sono state effettuate due indagini conoscitive, una nel 2011 e l'altra nel 2013. La prima indagine con un questionario somministrato a 188 infermieri. Dai dati risultava che il 75% aveva partecipato ai corsi di formazione organizzati dall'ufficio infermieristico, il 36% non usava la cartella infermieristica, il 42% di coloro che la utilizzavano riteneva che avesse aumentato il carico di lavoro, per il 33% era uno strumento che sottraeva tempo all'assistenza e proponeva la presenza di un infermiere con il solo compito di compilare le cartelle infermieristiche. Il 46% continuava ad usare le tradizionali consegne. A novembre 2013 è stato condotto un altro studio con l'analisi diretta delle Cartelle Infermieristiche, scelte in modo randomizzato tra quelle chiuse nel mese di settembre 2013. Si è proceduto a visionarne 5 per ogni Reparto. Solo in 4 Reparti su 9 viene utilizzata la Cartella Infermieristica, la sua compilazione risulta incompleta, non precisa, sprovvista a volte del piano di assistenza e della valutazione, inoltre mancavano date e firme.

LIMITI Nel progetto avviato nel 2008 sono stati riscontrati nella fase della sperimentazione per mancanza di tutoraggio a breve termine per evidenziare tempestivamente le problematiche riscontrate quotidianamente e porvi rimedio.

CONCLUSIONI Visti i risultati delle due indagini conoscitive condotte nel 2011 e nel 2013 si propone un nuovo progetto per implementarne l'uso della cartella. Progetto Il Progetto redatto di concerto con l'U.I. ha l'Obiettivo di adottare la C.I. secondo un unico modello. I risultati attesi con indicatori specifici sono: acquisizione di un modello di C.I. con strumenti di registrazione delle prestazioni infermieristiche, formazione e motivazione di tutti gli infermieri. Le fasi e tempi sono: 1 Analizzare la C.I. in uso, evidenziarne le criticità e giungere ad uno strumento cartaceo condiviso 2 Costruire gli strumenti di registrazione delle prestazioni infermieristiche, 3 mesi dall'inizio del progetto 3 Presentare il progetto ai Coordinatori 4 mesi dall'inizio del progetto 4 Sperimentare la nuova cartella infermieristica e gli strumenti di registrazione in alcune UU.OO. 5 mesi dall'inizio del progetto, 5 Predisporre ed attuare un progetto formativo rivolto a tutto il personale infermieristico entro 6 mesi dall'inizio del progetto per la progettazione ed entro 1 anno per la completa attuazione, 6 Predisporre il protocollo per la gestione della cartella infermieristica, 6 mesi dall'inizio del progetto, 7 Predisporre uno strumento per il monitoraggio della corretta compilazione della cartella clinica/infermieristica, 8 mesi dall'inizio del progetto.

Indirizzo per la corrispondenza

Lepore Sonia, Infermiere
Presidio Ospedaliero Veneziale di Isernia - U.O.C. Neurofisiopatologia Clinica - Stroke Unit
Via Sant'Ippolito - 86170 - Isernia
Email: lepore_sonia@virgilio.it

154. Valutazione e miglioramento dell'appropriatezza dei trattamenti nei pazienti tossicodipendenti cronici afferenti ai Sert di Codigoro e Portomaggiore

Vitelli Maria Redenta , CATERA Filomena, CAVRINI Laura, ALBERGHINA GIOVANNA, SIVIERI ROBERTA, BOTTONI MARIA LETIZIA , RONCAGLI MIRANDA, SORIO CRISTINA, GAROFANI LUISA

Azienda USL di Ferrara

BACKGROUND Gli operatori si sono interrogati sulla cronicità dello stato di tossicodipendenza che può provocare il deterioramento psicosociale. In un simile contesto, è fondamentale per la cura e la riabilitazione dei pazienti l'utilizzo di un trattamento multidisciplinare con interventi psicosociali e farmacologici.

OBIETTIVI Identificare aree di miglioramento nel trattamento dei pazienti tossicodipendenti in carico da almeno 10 anni ai Ser.T di Codigoro e Portomaggiore, in terapia metadonica a mantenimento (MMT), inseriti all'interno di un progetto terapeutico in base al quale, non prevedendo la praticabilità di un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza, si ricerca un miglioramento complessivo della qualità della vita.

METODI I criteri di qualità dell'audit sono stati identificati in base alle "Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei" pubblicate dall'OMS nel 2009. Sono stati valutati i seguenti parametri: 1) il dosaggio medio di metadone; 2) la ritenzione in trattamento; 3) l'andamento del monitoraggio tossicologico; 4) l'integrazione del trattamento farmacologico con quello psicosociale. Tali parametri sono stati misurati attraverso indicatori di processo e di esito per i quali il team dell'audit ha concordato i rispettivi standard. Gli scostamenti dei risultati rispetto agli standard sono stati espressi in valori percentuali. I dati sono stati raccolti in modo retrospettivo utilizzando le cartelle in formato cartaceo e SistER2, la cartella clinica informatizzata adottata dai Ser.T dell'Emilia Romagna. È stato considerato un periodo di osservazione di 6 mesi (1 luglio - 31 dicembre 2011) per il monitoraggio tossicologico e gli ultimi 2 anni per la ritenzione in trattamento.

RISULTATI Criterio 1 - processo: n° pazienti con dosaggio metadonico (range 60-120 g/die) rispetto al n° totale di pazienti in MMT. Risultato: 75,5%; standard 100%. Criterio 2 - esito: n° pazienti con ritenzione in trattamento metadonico negli ultimi 2 anni rispetto al n° totale di pazienti in MMT. Risultato: 75,5%; standard 70%. Criterio 3 - processo: n° pazienti in MMT che hanno effettuato almeno 6 esami tossicologici a random negli ultimi 6 mesi rispetto al n° totale di pazienti in MMT. Risultato: 82,2%; standard 100%. Criterio 4 - esito: n° pazienti in MMT (range 60-120 mg/die) con esami tossicologici negativi per gli oppiacei e la cocaina negli ultimi 6 mesi rispetto al n° totale di pazienti in MMT. Risultato: 51,1%; standard 70%. Criterio 5 - processo: n° pazienti in MMT con 2 colloqui di sostegno psicosociale negli ultimi 6 mesi rispetto al n° totale di pazienti in MMT. Risultato: 51,1%; standard 100%. Criterio 6 - esito: n° pazienti in MMT con 2 colloqui di sostegno psicosociale negli ultimi 6 mesi e con ritenzione in trattamento per almeno 2 anni rispetto al n° totale di pazienti in MMT con 2 colloqui di sostegno psicosociale negli ultimi 6 mesi. Risultato: 95,6%; standard 70%.

LIMITI Dai risultati si evince che i pazienti mostrano un'ottima ritenzione in trattamento, mentre sono state evidenziate criticità riguardo alla compliance terapeutica e difficoltà alla realizzazione di programmi integrati.

CONCLUSIONI Sono state condotte azioni di miglioramento per potenziare l'integrazione tra la terapia farmacologica e il trattamento psicosociale. Ciò è stato perseguito attraverso il follow-up dei percorsi terapeutici e una regolare rivalutazione multidisciplinare degli stessi.

Indirizzo per la corrispondenza

Vitelli Maria Redenta, Medico Chirurgo
Azienda USL di Ferrara - Ser.T. Farmacoterapia
Via Cassoli, 30 - 44121 - Ferrara
Email: mr.vitelli@ausl.fe.it

155. Riduzione della contenzione fisica in casa di riposo. Sperimentazione di un protocollo per la valutazione e gestione dei residenti a rischio di caduta

Zanetti Ermellina¹, Zani Michele², Negri Eleonora³, Trabucchi Marco¹

¹Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia, ²Fondazione Le Rondini Città di Lumezzane onlus, ³Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA)

BACKGROUND Dal 2008 ad oggi 13 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della Provincia Autonoma di Trento hanno avviato un percorso di formazione - azione volto a ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione fisica che nel 2008 era pari al 62,33% (tutti i mezzi di contenzione). La principale motivazione addotta era la prevenzione delle cadute che giustificava il ricorso ai mezzi di contenzione nell'80,2% dei residenti contenuti. Si è costituito un gruppo di lavoro, coordinato dall'Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA) con la consulenza scientifica del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (GRG), cui hanno partecipato 21 professionisti e operatori (medici, infermieri, fisioterapisti, educatori professionali ed animatori, operatori socio sanitari) che attraverso un percorso di formazione (30 ore d'aula e 20 ore di FAD) e di lavoro di gruppo hanno redatto un protocollo per la valutazione e l'assistenza degli ospiti a rischio di caduta. Da novembre 2011 il protocollo è stato implementato nelle 13 RSA.

OBIETTIVI Valutare l'efficacia del protocollo per la valutazione e l'assistenza degli ospiti a rischio di caduta sulla riduzione delle cadute e della contenzione fisica.

METODI Il protocollo si articola nei seguenti interventi: - valutazione del rischio di caduta attraverso la Scala Morse (Morse, 1997) - adozione di buone prassi (descritte dettagliatamente per le seguenti funzioni: attività motoria, vista, udito, abbigliamento e utilizzo degli ausili per la mobilità) per i residenti non a rischio di caduta e per i residenti che sono individuati dalla Scala Morse a basso rischio e con punteggio ottenuto alla Scala Tinetti >19 (Tinetti, 1986). - adozione di raccomandazioni specifiche per i seguenti fattori di rischio: caduta nei tre mesi precedenti; mobilità ausiliata o instabile; andatura debole o difficoltosa; comorbidità; terapia infusiva in atto; sovrastima delle proprie abilità funzionali e presenza di incontinenza urinaria, nei residenti valutati: 1. ad alto rischio di caduta (Scala Morse) 2. a basso rischio (Scala Morse), ma con punteggio alla Scala Tinetti <19; 3. a basso rischio (Scala Morse), ma con uno o entrambe i seguenti fattori di rischio presenti: presenza di 2 o più diagnosi mediche, attuale terapia con infusioni endovenose o presenza di un catetere venoso periferico. La sperimentazione prevedeva una valutazione a T0 e una valutazione finale di follow up per tutti i residenti coinvolti. Erano previste 4 giornate indice nella quali effettuare delle osservazioni intermedie. Inoltre, se nel corso della sperimentazione si verificavano degli eventi sentinella (caduta- diagnosi di nuova patologia- prescrizione di terapia infusiva) oppure si modificavano le condizioni cliniche e funzionali (mobilità, andatura, stato mentale, delirium incidente, disidratazione, iperpiressia) o erano apportate modifiche alla terapia farmacologica (nuova somministrazione di ipnoinducente, neurolettico, antiipertensivo, antidolorifici oppioidi) era richiesto di effettuare la rivalutazione del residente allo scopo di applicare gli interventi più opportuni tra quelli previsti dal protocollo.

RISULTATI Il protocollo è stato applicato ad un campione costituito da 232 residenti (75% donne, età media 85 anni). A T0 erano contenuti il 56,6% pari a 131 ospiti. Di questi, 82 (62,6%) erano contenuti per evitare le cadute. Durante il periodo di sperimentazione del protocollo è stata rimossa la contenzione a 9 residenti contenuti per evitare le cadute: di questi 3, pur essendo contenuti per evitare le cadute, non risultarono a rischio di caduta alla Scala Morse e pertanto la contenzione fu rimossa a T0; 5 risultarono a basso rischio di caduta e vennero pertanto scontenuti e assistiti applicando le buone prassi previste dal protocollo; 1 residente nuovo ammesso proveniente da un Ospedale per acuti, con anamnesi positiva per caduta recente (mese precedente), già contenuto con spondine a letto e ad alto rischio di caduta (Morse 75/125; Tinetti 19) è stato assistito applicando le raccomandazioni previste dal protocollo relativamente ai fattori di rischio presenti (caduta recente, andatura instabile, sovrastima delle proprie abilità funzionali). Dopo due mesi, a seguito del miglioramento di dette condizioni, il 24 gennaio è stata rimossa la contenzione fisica. Durante la sperimentazione si verificarono 79 cadute in 43 residenti. Tra i 43 residenti caduti 18 erano contenuti e 25 no. Il numero di cadute è maggiore tra i contenuti rispetto ai non contenuti (48 cadute vs 31): la differenza è significativa ($p < 0,01$). Nessuna caduta si è verificata nei 9 residenti cui è stata rimossa la contenzione

LIMITI Campione limitato

CONCLUSIONI I risultati ottenuti, pur se su un campione limitato di residenti, confermano che agire sulla prevenzione delle cadute attraverso interventi multidisciplinari riduce il ricorso alla contenzione senza che si osservi un aumento del numero di cadute.

Indirizzo per la corrispondenza

Zanetti Ermellina Silvia, Infermiere
GRG - Gruppo Ricerca Geriatrica - Presidenza
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 - Brescia
Email: e.zanetti@iol.it

156. Il risk management e continuità assistenziale: un esempio di sistema integrato

Zanetti Roberta, Casazza Silvano, Cassavia Galdino

ASL MI 2

BACKGROUND Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, la pluralità delle prestazioni sanitarie, le competenze specialistiche, i ruoli professionali, l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali assicurando la miglior cura e questo vale anche per il Servizio di continuità assistenziale (CA). Le cure devono essere adeguate alla condizione di urgenza e alle circostanze, anche ambientali, nella quale il soccorso è effettuato. Inadeguatezza o ritardo di assistenza costituisce probabilità di danno, del quale si risponde a titolo di colpa professionale e che ricade, in misura diversa, sugli operatori addetti al sistema di assistenza urgenza-emergenza. In sede penale la responsabilità è sempre personale. In sede civile può essere stabilita la responsabilità solidale dei vari operatori intervenuti o della stessa struttura (Centrale Operativa, ASL). In sede civile si parla di colpa oggettiva, di danno anonimo riferendosi a quelle situazioni nelle quali, la colpa non è attribuibile con certezza ad un singolo professionista ma ad un'intera equipe. Si parla di responsabilità strutturale o collettiva, quando gli elementi di colpevolezza del singolo professionista si stemperano nel contesto di una carente, lacunosa struttura organizzativa assistenziale.

OBIETTIVI Aumentare la sicurezza del paziente preso in carico dal Servizio di Continuità Assistenziale, considerando che l'esito positivo dell'intervento è influenzato sia dall'intervallo di tempo che intercorre fra il verificarsi dell'evento e la qualità ed efficacia dei primi soccorsi, sia dall'adeguatezza dell'intervento sanitario, portando sul luogo dell'evento le migliori risorse assistenziali disponibili. I principali compiti che l'operatore di CA si trova ad affrontare in urgenza sono: rispondere prontamente ad una chiamata di soccorso; formulare una diagnosi rapida un corretto giudizio prognostico; prestare le cure d'urgenza vigilare sulla funzionalità delle apparecchiature utilizzate; curare il trasferimento del paziente, assisterlo fino al raggiungimento delle condizioni di sicurezza; curare che il passaggio di consegne e dati ad altro medico avvenga in modo corretto.

METODI un evento avverso dipende dalla presenza, nel sistema, di "insufficienze latenti", o insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi. La ASL Milano 2, all'interno di un progetto ha scomposto ogni singola fase delle attività di CA analizzandone i rischi (analisi proattiva metodo FMECA). Ogni fase ha evidenziato dei rischi: la ricezione della chiamata; gli strumenti in uso; dotazioni tecniche; l'identificazione del luogo di intervento; la comunicazione con il 118; la comunicazione con l'utente; la registrazione dei dati dell'utente. Si è quindi attribuito un peso e si è deciso di intervenire sulla criticità più "pesante" e che afferisce ai fattori organizzativo-gestionali: la raccolta e registrazione dei dati. Questa fase oggi vede una informatizzazione solo nella centrale operativa mentre c/o le 14 sedi periferiche la raccolta e registrazione si effettua ancora in forma cartacea, con tutti i rischi (scrittura illeggibile, archiviazione, deterioramento). La registrazione dei dati anamnestici e clinici del paziente costituisce componente essenziale della operatività, elemento fondamentale della gestione del rischio clinico. La memoria informatica permette l'ottimizzazione degli interventi, la possibilità di indagini statistiche epidemiologiche, il confronto delle proprie performance, la verifica con utilizzo di indicatori di qualità e una migliore difesa in caso di evento avverso.

RISULTATI 2012 e 2013 si sono contate e classificate le chiamate pervenute alla centrale operativa circa 39000/anno le chiamate sono state classificate in 6 tipologie e disaggregate per ognuna delle 14 sedi periferiche; resta difficile contare e classificare gli accessi spontanei c/o le sedi periferiche, registrate su carta e che risultano essere altri 30000. Negli ultimi 2 mesi del 2013 abbiamo formato 20 operatori. Nel 2014 formazione 50 operatori ICT 14 sedi.

LIMITI Realizzazione di un sistema "integrato" : - Procedure scritte e condivise con gli operatori della CA - Formazione dedicata agli operatori della CA - ICT applicata alla documentazione clinica, intesa come l'impiego di software per l'automatizzazione di processi aziendali ma anche come adozione di tecnologie innovative, integrate nel sistema informativo della struttura sanitaria, capace di contribuire alla riduzione dell'errore quale ad esempio: l'identificazione del paziente; la prescrizione/somministrazione farmacologica; la carente comunicazione tra gli operatori.

CONCLUSIONI Turn-over operatori di CA, team eterogenei debole senso di appartenenza sono "rischi" ed è necessaria una "continua formazione".

Indirizzo per la corrispondenza

Zanetti Roberta, Assistente sanitario
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 - U.S. Risk Management
Via VIII Giugno, 69 - 20077 - Melegnano
Email: zanettiro@gmail.com

157. Prevenzione e gestione dello stravasato da farmaci antineoplastici e mezzi di contrasto. Report di una esperienza

Zucconi Marco, Bernardini Ilaria, Bogni Donatella, Morcellini Rosita, Orlandi Walter, Pioppo Manuela, Paglicci Reattelli Laura

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND Per stravasato si intende la fuoriuscita involontaria di un farmaco dal letto vascolare nei tessuti circostanti il sito di infusione o l'iniezione accidentale del farmaco nei tessuti sani circostanti il vaso sanguigno. Le conseguenze possono essere di diversa entità, dipendenti principalmente dal tipo di farmaco stravasato: dall'arrossamento locale alla necrosi tissutale, che può coinvolgere muscoli, tendini e legamenti, causando gravi danni funzionali, come nel caso di alcuni farmaci antineoplastici e mezzi di contrasto. Sebbene tale evento sia poco frequente, il suo verificarsi spesso è indice di malpractice, che determina sofferenza per il paziente già affetto da importanti patologie, con ripercussione sulla qualità della vita e sulla compliance terapeutica e non ultimo sulla affidabilità percepita da parte dell'utente e dei familiari riguardo il contesto sanitario. A seguito di alcune segnalazioni ricevute attraverso il sistema di incident reporting aziendale riguardanti problematiche relative alla gestione di stravasati da farmaci antineoplastici e da mezzi di contrasto si è reso necessario uniformare il comportamento degli operatori, attraverso azioni basate sulle prove di efficacia contenute in una procedura che privilegi primariamente la prevenzione dello stravasato, ma anche la gestione in sicurezza se lo stesso si verifica.

OBIETTIVI Obiettivi specifici sono: fornire precise indicazioni sulla corretta somministrazione dei farmaci antineoplastici e dei mezzi di contrasto ad impiego endovenoso al fine di ridurre il rischio di stravasato; dare esatte indicazioni per riconoscere tempestivamente l'eventuale stravasato; individuare una efficace strategia per trattare lo stravasato a seconda del farmaco impiegato; compilare la documentazione per la raccolta dati, la descrizione degli interventi e la verifica dei risultati.

METODI In base alla revisione della letteratura ed al parere di sanitari esperti sono state individuate azioni basate su prove di efficacia sia per la prevenzione che per il trattamento degli stravasati di farmaci antineoplastici e di mezzi di contrasto iodati e paramagnetici, inoltre sono stati individuati gli antidoti farmacologici e le modalità della loro applicazione, al fine di evitare o ridurre le complicanze per il paziente e permettere all'operatore di agire in sicurezza. E' stata poi implementata la procedura redatta, anche mediante formazione specifica agli operatori.

RISULTATI Stante il breve periodo di implementazione della procedura, non sono ancora disponibili dati, ma la prima diffusione avverrà entro la primavera 2014. C'è stato però un generale aumento della consapevolezza degli operatori in merito al problema, con conseguente tendenza all'uniformità di comportamento secondo quanto riportato nella procedura.

LIMITI Si sono verificate alcune difficoltà all'applicazione capillare della procedura, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti preventivi. In particolar modo è stata rilevata la tendenza ad azioni basate sulla consuetudine e non su prove di efficacia.

CONCLUSIONI Riguardo la gestione dello stravasato da farmaci antineoplastici è disponibile ampia letteratura, meno invece riguardo lo stravasato da mezzi di contrasto. Vi è comunque concordanza sul ruolo fondamentale della prevenzione mediante il corretto posizionamento e la successiva gestione dell'accesso vascolare più idoneo al paziente e al trattamento da eseguire ed anche sulla necessità di intervenire precocemente, soprattutto quando sono disponibili trattamenti farmacologici specifici da applicare sull'area interessata dallo stravasato. La buona pratica, sebbene potenzialmente applicabile in tutte le strutture aziendali in cui si può trovar ricoverato un paziente che debba ricevere farmaci antineoplastici e mezzi di contrasto endovena, si applica principalmente alle Strutture di Oncologia Medica (compreso D.H.), Ematologia con trapianto di midollo osseo, Oncoematologia Pediatrica e Radiologia. Il contestuale percorso di accreditamento istituzionale di dette strutture ne ha facilitato la stesura e l'implementazione. Ciò permetterà di aumentare il livello di sicurezza riguardo la prevenzione del fenomeno e la gestione dello stesso quando si verifica, al fine di non inficiare il percorso terapeutico del paziente e limitare i danni e disagi, nonché l'eventuale contenzioso medico-legale per l'Azienda.

Indirizzo per la corrispondenza

Zucconi Marco, Infermiere

Azienda Ospedaliera di Perugia - S.I.O.Te.R. - Servizio Infermieristico, Ostetrico, Tecnico Sanitario e della Riabilitazione
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia

Email: marco.zucconi@email.it

158. Sportello sulle responsabilità professionali. Progetto sperimentale dell'ASS n. 2 "Isontina" Gorizia

Zuch Clarissa, Giuricin Gloria, Marin Meri

ASS 2 Isontina Gorizia

BACKGROUND Il progetto di uno sportello dedicato alla responsabilità professionale nasce dall'esperienza medico legale ed infermieristico forense di oltre un quinquennio di valutazioni su casi di contenzioso presso l'ASS n. 2 "Isontina". Con sempre maggiore frequenza il personale sanitario viene sottoposto a forti pressioni nel caso di denunce sia a proposito, sia a sproposito per questioni di responsabilità professionale medica, infermieristica, ostetrica e tecnica. In conseguenza di ciò si è ritenuto importante supportare, presso la nostra Azienda sanitaria, il personale dipendente. Trattare dell'argomento della responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, significa affrontare uno dei temi più complessi e più interessanti del generale problema della responsabilità. Il fenomeno delle denunce e delle eventuali cause civili e penali è in vertiginosa crescita, indubbiamente una più consapevole e diffusa presa d'atto dei propri diritti da parte dei pazienti è stata un'importante causa, come d'altra parte anche l'interpretazione "evolutive" dell'art. 32 della Costituzione, che fissa e sottolinea un diritto soggettivo del cittadino.

OBIETTIVI Il nostro orientamento è prima di tutto quello di sostenere il personale sanitario sulle proprie competenze siano esse scientifiche, tecniche e/o deontologiche, in quanto fondamento della professione sanitaria. Si evidenzieranno le responsabilità legate ai profili ed alle norme riguardanti le varie professioni tenendo conto delle specifiche competenze. Lavorare al servizio della persona comporta problemi che non sono solo di natura tecnologico-scientifica, ma spesso di natura relazionale-comunicativa, aspetto che gioca un ruolo importante sulla qualità di cura e sul benessere percepito dal paziente. Fin da ora ci si propone di analizzare criticamente i singoli casi pervenuti alla nostra osservazione durante il primo anno di sperimentazione.

METODI Per prima cosa è stato costituito il gruppo di lavoro, che comprende il direttore sanitario, il medico legale, l'infermiere forense, il referente del servizio infermieristico aziendale con il supporto dell'avvocato dell'Azienda sanitaria. Si è realizzato uno sportello del dipendente per poter offrire al personale sanitario dell'ASS n. 2 "Isontina" un contributo di esperti su competenza e responsabilità professionale in ambito sanitario e supporto in caso di contenziosi. Per la realizzazione del progetto saranno dedicate almeno due ore alla settimana per il colloquio con i dipendenti.

RISULTATI Nell'anno in corso si sono rivolte allo sportello 25 persone (medici, infermieri, personale tecnico) e per ognuno di loro è stata cercata una soluzione. In alcuni casi abbiamo avuto la possibilità di rispondere alle domande con immediatezza d'azione (vedi principio di Ockham). Una delle prime problematiche riguardava il caso di una richiesta di pronto intervento attraverso il 118, dove si è verificato un ritardo a causa dell'omonimia di un indirizzo in paesi limitrofi. Altri casi riguardavano in modo specifico il consenso informato sotto vari aspetti e le pratiche per l'amministratore di sostegno. In altri casi, dato che era già stata intrapresa un'azione legale, era necessario valutare ed analizzare il percorso intrapreso e formulare una modalità di comportamento nell'eventualità di una richiesta più precisa da parte dell'Autorità preposta.

LIMITI Si sottolinea nuovamente la novità del progetto, che è solo ai primi passi. Una prima azione informativa è stata la pubblicazione di un articolo sul mensile aziendale "Informa 2", dove sono stati indicati i referenti del progetto e le informazioni su quando, dove e come contattare lo sportello. I 25 casi affrontati e risolti hanno riguardato in particolar modo il consenso informato, un caso di ricovero (TSO), problematiche psichiatriche e rapporti tra il personale delle equipe ospedaliere.

CONCLUSIONI Lo sportello ha ancora la necessità di essere conosciuto da tutti i dipendenti, pertanto è necessaria un'ulteriore informazione efficace, corretta e capillare. È necessario selezionare le richieste, che possono esulare dalla specificità dell'intervento.

Indirizzo per la corrispondenza

Zuch Clara, Medico Chirurgo
ASS n.2 Isontina - Direzione Sanitaria
Via Vittorio Veneto, 174 - 34170 - Gorizia
Email: clara.zuch@ass2.sanita.fvg.it

159. Progetto Primary Nursing persone - organizzazione - economicità: una sfida da accogliere attraverso la costruzione di nuove modelli di partnership

Zulian Gianfranco¹, Croso Antonella¹, Galizio Maddalena², Boggio Gilot Chiara², Gatta Claudia¹

¹ASL Biella, ²CESPI

BACKGROUND La presenza di una popolazione sempre più anziana ed affetta da malattie croniche richiede l'utilizzo di modelli organizzativi per una presa in carico della persona assistita e una continuità dell'assistenza a sostegno dell'empowerment della stessa e della sua famiglia (Oms Europa: piano d'azione 2012-2016 per le malattie croniche) Il modello organizzativo del primary nursing è indicato dalla letteratura (Barelli et al, 2006, Manthey, 2008, Destrebecq, Terzoni, 2012) come un modello consono a sostenere attivamente il connubio tra centralità della persona e valorizzazione professionale (Rigby, 2001). L'applicazione di questo modello organizzativo è coerente a quanto espresso dalla Carta Etica aziendale (Agenas, Aress Regione Piemonte, 2011).

OBIETTIVI implementazione del modello del primary nursing a tutte le realtà assistenziali d dell'ASL di Biella p 1. aumentare la soddisfazione di pazienti e delle famiglie, meglio informati e tranquillizzati da una relazione individualizzata e competente; degli infermieri, attraverso la responsabilizzazione e la capacità di collaborazione all'interno dell'équipe di cura. 2. sviluppare la continuità dell'assistenza attraverso, sia lo sviluppo dell'autocura e il sostegno dell'autodeterminazione della persona assistita , sia attraverso una governance secondo un modello organizzativo infermieristico orizzontale 3. Sostenere - migliorare la performance economico gestionale dei reparti coinvolti nel progetto.

METODI L'impianto metodologico scelto per la sperimentazione del modello organizzativo si richiama alle "linee guida" internazionali per gli interventi complessi con progressione, da una fase all'altra, non lineare e riesame durante il percorso. - Focus group - per l'accompagnamento dei gruppi nei processi di cambiamento e l'individuazione precoce di fenomeni di disenchantment discontinuance - Rilevazioni nei reparti effettuate da di infermieri case manager esterni alla specifica realtà per registrare alcune variabili organizzative - Valutazione della realtà, prima dell'implementazione e dopo l'implementazione (con stratificazione rispetto ai gruppi secondo la tempistica definita dal cronoprogramma) sulle quattro dimensioni o perfomance ospedaliera: utilizzo indicatori di performance ospedaliera o clinico assistenziale: MINIMAP, scala di Brass, Conley, Braden, Outcome sensibili all'assistenza infermieristica , Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) o organizzativa: clima organizzativo -team climate inventory, la percezione dell'empowerment nel posto di lavoro - Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II (CWEQ-II) o professionale: competenze La Nurse Competence Scale (NCS); leadership - Empowering Leadership Questionnaire (ELQ) - La formazione: FAD, residenziale e sul campo - Forum per condivisione delle criticità ed esperienze - piattaforma per la condivisione del materiale e del manuale - Implementazione del modello organizzativo e monitoraggio.

RISULTATI - Focus: n° 36 incontri per un totale di 263 partecipanti con una rendicontazione periodica, nel rispetto dell'anonimato e della riservatezza dei professionisti coinvolti, per fornire al gruppo di progetto un contributo per gli aggiustamenti e per la risoluzione delle criticità progressivamente emergenti - Rilevazioni : totale 65 rilevazioni con report - Valutazione o dimensione organizzativa, professionale - Il response rate infermieri è stato compreso tra il 87,86% Team climate Inventory e l'85.50 NCS La Nurse Competence Scale o clinica assistenziale MINIMAP, scala di Brass, ... : sono state considerate 2147 cartelle . emerge congruenza tra le difficoltà segnalate nei focus e i dati emergenti da queste rilevazioni o Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) sono stati somministrati n° 620 pazienti response rate 64,84% - Formazione FAD - n° 663 infermieri - Formazione residenziale n° 482 infermieri e ostetriche.

LIMITI - Complessità progetto - Numero di attori coinvolti - Mantenimento della motivazione - Rischio di "relativismo" di struttura.

CONCLUSIONI Si è in fase di elaborazione di completamento del percorso che si "concluderà" a fine aprile 2014 Tutti i gruppi hanno dato riscontri del percorso di accompagnamento L'esperienza fortemente positiva riferita dai gruppi in fase più avanzata di adozione fanno presupporre, attraverso l'adozione dei necessari supporti da parte del gruppo di progetto il possibile successo del percorso intrapreso dall'Azienda.

Indirizzo per la corrispondenza

Croso Antonella, Altro
ASL BI - S.S. Direzione delle Professioni Sanitarie
Via Guglielmo Marconi, 23 - 13900 - Biella
Email: antonella.croso@aslbi.piemonte.it