

## ABSTRACT BOOK

# 10<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE

Aumentare il *value* e ridurre gli sprechi in Sanità

Bologna, 27 marzo 2015



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

# LABORATORIO ITALIA

## ABSTRACT SELEZIONATI

## INDICE ORALE

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

- 1. "Fare di più non significa fare meglio": dalle società scientifiche alle aziende sanitarie**  
Bobbio Marco, Venero Sandra
- 2. Tempi di attesa tra evento acuto e riabilitazione: una concreta opportunità per recuperare giornate di degenza**  
D'ilio Ilaria, Raimondi Anna Maria, Di Mauro Stefania
- 3. Farmaci, screening, presidi e dispositivi dal *low value*: disinvestire 4 miliardi di euro rinunciando alle false innovazioni**  
Donzelli Alberto, Chadenier Giulia Maria, Leoni Olivia
- 4. Valutare l'appropriatezza della risonanza magnetica: dal feedback ai professionisti alla riorganizzazione dell'offerta**  
Fanti Mila, Grazioso Sebastian, Pattacini Pierpaolo, Bellocchio Eletta
- 5. Accessi inappropriati e sovrappollamento del pronto soccorso: uno studio multicentrico nella Regione Piemonte**  
Fornero Gilulio, Arione Roberto, Cibinel Gian Alfonso, Ripa Franco, Gruppo Di Lavoro Direttori, responsabili Dea
- 6. Appropriata, efficienza e produttività nelle degenze di area medica: il ruolo del *lean management***  
Guercini Jacopo, Caterina Bianciardi, Lucia Bellandi, Vincenzo Mezzatesta, Daniele Lenzi, Daniela Serafini, Briani Silvia
- 7. Qualità di vita del malato terminale e sostenibilità delle cure palliative: l'integrazione tra sanità pubblica e privato sociale**  
Pannuti Raffaella, Varani Silvia, Pannuti Franco
- 8. Il percorso diagnostico del carcinoma endometriale: sprechi e rischi delle isteroscopie inappropriate**  
Scrimin Federica, Galati Emanuele, Wiesenfeld Uri

## 1. "Fare di più non significa fare meglio": dalle società scientifiche alle aziende sanitarie

**Bobbio Marco, Vernerio Sandra**

*Slow Medicine*

**BACKGROUND** Il progetto "Fare di più non significa fare meglio", lanciato in Italia da Slow Medicine, ricalca l'iniziativa americana di Choosing Wisely con il coinvolgimento della Società Scientifiche per individuare 5 pratiche a rischio di inappropriatazza di cui pazienti e medici dovrebbero parlare. Hanno aderito al progetto 27 società scientifiche mediche italiane e molte società infermieristiche. Sono state pubblicate 10 liste di pratiche a rischio di inappropriatazza in Italia e altre 9 sono in fase di pubblicazione. Sono inoltre state prodotte, in collaborazione con Altroconsumo, 7 schede per i cittadini tratte dalle pratiche individuate. Il progetto è stato applicato a livello locale nell'Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo, coinvolgendo i professionisti di ogni reparto.

**OBIETTIVI** Promuovere l'individuazione di tre pratiche a rischio di inappropriatazza in ogni reparto dell'Ospedale, attraverso un procedimento di riflessione collettiva e condiviso.

**METODI** Si è partiti dalla costituzione di un gruppo di lavoro composto con un giovane dirigente per ogni Struttura Complessa. In una prima riunione collegiale alla presenza dei Direttori delle Strutture, è stato illustrato il progetto, dando mandato di organizzare delle riunioni in ogni Struttura Complessa (SC) al fine di individuare le 3 pratiche che si ritiene siano a maggior rischio di inappropriatazza. Nell'arco di un mese sono state svolte riunioni di reparto, condotte con la tecnica del brainstorming, dalle quali sono emerse numerose procedure critiche spesso routinarie, tra le quali sono state scelte quelle che per la frequenza, le indicazioni, la effettiva modificabilità del comportamento, la rilevanza numerica fosse importante mettere in evidenza per evitarne la prescrizione. Ogni SC è giunta a un consenso nell'individuare 3 procedure/richieste, sulle quali concentrare l'attenzione.

**RISULTATI** Trentatré SC hanno individuato 96 pratiche: 63 test e 33 trattamenti. 37 erano uguali o simili a quelli individuati da Choosing Wisely. A un anno di distanza si sta svolgendo un'opera di manutenzione, chiedendo a ognuno dei 33 reparti che hanno aderito al progetto di stabilire per ognuna delle pratiche se: è irrilevante sul piano clinico, se è già stata raggiunta o se è irraggiungibile (e quindi da sostituire con un'altra proposta) o deve essere parzialmente modificata per renderla più efficace. Inoltre, verrà chiesto di individuare strumenti di verifica sul raggiungimento del proposito espresso nella proposta. Tra un mese disporremo di una nuova lista aggiornata. In un reparto la sostituzione del profilo di ingresso di routine con una scelta ragionata degli esami da chiedere ha ridotto in un anno il numero medio di esami ematochimici per singolo paziente da 81 a 68 e l'indicazione a valutare la funzione renale con le-GFR invece che con la clearance creatinica ha dimezzato la richiesta di questo esame. Quindici procedure a rischio di inappropriatazza sono state sostituite da altre in quanto l'obiettivo è stato raggiunto o non raggiungibile. Ancora 15 SC non hanno risposto all'invito di procedere a una revisione delle pratiche individuate l'anno precedente.

**LIMITI** Non sono stati individuati a priori criteri per verificare se l'aderenza al progetto ha prodotto una riduzione di procedure: la verifica è stata possibile solo per alcune procedure. Negli altri casi il giudizio sull'aderenza alle raccomandazioni e all'eventuale riduzione degli sprechi avviene su base soggettiva.

**CONCLUSIONI** L'organizzazione tipo bottom-up ha permesso un coinvolgimento diretto e partecipato dei giovani medici e ha garantito un'ampia discussione in tutti i reparti introiettando il concetto che alcune procedure abitualmente prescritte sono spesso inutili o dannose. Dovranno essere individuati, in un prossimo futuro, appositi indicatori di processo e di esito per misurare la variabilità delle pratiche a rischio di inappropriatazza nei diversi ospedali e aziende sanitarie e la loro eventuale riduzione nel tempo.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bobbio Marco Carlo, Medico Chirurgo  
Slow Medicine  
Via Valperga Caluso 32 – 10125 - Torino  
Email: mbobbio51@gmail.com

## 2. Tempi di attesa tra evento acuto e riabilitazione: una concreta opportunità per recuperare giornate di degenza

D'ilio Ilaria<sup>1</sup>, Raimondi Anna Maria<sup>1</sup>, Di Mauro Stefania<sup>2</sup>

<sup>1</sup>A.O. San Gerardo Monza, <sup>2</sup>Università degli Studi Milano - Bicocca

**BACKGROUND** Invecchiamento, malattie croniche e salute mentale stanno determinando la trasformazione delle cure primarie e della continuità assistenziale (WHO, 2013), a livello europeo (OECD, 2014), italiano e lombardo. Nella Relazione sullo stato sanitario del paese 2012-2013 emerge che la crisi economica e la contrazione di risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale ha imposto un processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere. Nel contesto Lombardo nel 2012 si registrano 3 milioni di pazienti cronici, pari al 30% della popolazione ma che impegnano il 70% della spesa sanitaria (DGR n. 1185 del 2013). Regione Lombardia ha intrapreso (2014) sperimentazioni e provvedimenti quali il CReG, le strutture per Subacuti e Postacuti. Sempre con la DGR n.1185 si dà il via ai Presidi Ospedaliero Territoriali con assetto per la presa in carico di pazienti cronici e con la possibilità di attuare modelli di gestione infermieristica.

**OBIETTIVI** Il Servizio di Dimissioni Protette (SDP) del San Gerardo di Monza si occupa della continuità ospedale-territorio attraverso la presa in carico delle persone assistite e la loro collocazione appropriata in vari setting. In questo studio si analizzano soltanto i tempi di attesa tra la dimissione auspicata dall'ospedale e la data di accettazione presso gli Istituti di Riabilitazione (IDR). Scopo dello studio è accertare la distribuzione di questi giorni. Si ipotizza il ricorso all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in attesa dell'IDR. Obiettivi sono la diminuzione delle giornate di degenza inappropriate e l'utilizzo delle risorse in modo congruo.

**METODI** Il metodo utilizzato è analogo ad uno studio precedente (D'Ilio et al., 2014), sempre effettuato presso l'A.O. San Gerardo di Monza. Questo secondo studio è realizzato con il futuro intento di mettere in relazione i due studi e stabilire un numero o percentuale standard di letti utilizzati in attesa di IDR. Il disegno di ricerca è riconducibile ad uno studio osservazionale descrittivo, dall'1/01/2012 al 31/12/2012, per 12 mesi. Il campionamento, determinante i criteri di inclusione, ha reclutato tutte le persone cui i clinici hanno richiesto riabilitazione presso IDR, di tipo intensivo od estensivo, e redatte da strutture intraospedaliere a bassa, media ed elevata intensità di cura, le sub intensive e le intensive. Si è così raggiunta una numerosità campionaria di 1286 persone. I criteri di esclusione hanno determinato una popolazione target di 974 persone, campione rappresentativo e generalizzabile. Il modulo interno di richiesta per IDR garantisce univocità di analisi da parte dei medici delle varie strutture. Viene inserita la data di dimissione auspicata presso gli IDR, onde valutare i tempi di attesa.

**RISULTATI** Si procede all'analisi dei dati, sia per stratificare e caratterizzare queste giornate, sia per verificare se è possibile ricorrere all'ADI in attesa dell'IDR. Dalla popolazione target di 974 casi è stata individuata una popolazione accessibile di 910 persone. Il 42% di queste ultime, 379 persone, sono state dimesse presso IDR entro i tempi auspicati. Gli assistiti residui, 531 persone (58% della popolazione accessibile), trascorrono in ospedale mediamente 7 giorni di attesa, con un minimo di 1 e massimo di 81 giorni, per un totale di 3722 giornate di degenza potenzialmente incongrue. Ulteriore stratificazione delle 531 persone quantifica in: • 147 persone e 1906 giornate, non dimissibili per prevalenti motivi clinici; • 233 persone e 461 giornate, non dimissibili in ADI, dato che superano la data auspicata di soli 3 giorni, il tempo necessario per attivazione ADI; • 151 persone e 1355 giornate, sono dimissibili in ADI, ma 67 sono state dimesse dopo 4 e 5 giorni dalla data auspicata di dimissione e 41 dopo 6, 7 e 8 giorni dalla data di dimissione (108 persone).

**LIMITI** SDP beneficia di una panoramica della domanda e dell'offerta di posti letto riabilitativi tale da ottimizzare le possibilità di far coincidere la data auspicata con la dimissione effettiva. Rispetto al precedente studio i tempi di attesa sono dimezzati ma ancora consistenti. I limiti di utilizzo dell'ADI in attesa dell'IDR sono emersi dai professionisti erogatori: • se la persona può essere seguita in ADI potrebbe terminare il trattamento con questo setting; • per pochi giorni di prestazioni non conviene attivare un'ADI per i tempi di attesa di alcuni presidi o ausili.

**CONCLUSIONI** La somma di 461 a 1355 giornate in attesa di IDR restituisce 1816 giorni ovvero 5 posti letto occupati/anno. Si può intervenire in questo ambito con ulteriori perfezionamenti dei rapporti con gli IDR o con la gestione di letti ad alta complessità assistenziale e riabilitativa e bassa intensità clinica, che può essere diretta da infermieri.

### Indirizzo per la corrispondenza

D'ilio Ilaria, Infermiere  
Ospedale San Gerardo Nuovo di Monza - U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione  
Via Pergolesi, 33 - 20052 - Monza (MB)  
Email: i.dilio@hsgerardo.org

### 3. Farmaci, screening, presidi e dispositivi dal *low value*: disinvestire 4 miliardi di euro rinunciando alle false innovazioni

Donzelli Alberto<sup>1</sup>, Chadenier Giulia Maria<sup>2</sup>, Leoni Olivia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fondazione Allineare Sanità e Salute, <sup>2</sup>Università di Milano Bicocca, <sup>3</sup>ASL della Provincia di Varese

**BACKGROUND** La legge di stabilità ha imposto alle Regioni 4 mld di € di tagli alla spesa sanitaria. Il SSN italiano è oggetto di attacchi strumentali, la spesa sanitaria pubblica non sembra affatto insostenibile, ma in misura non piccola è clinicamente ingiustificabile.

**OBIETTIVI** Mostrare con esempi concreti (tra i tanti possibili) come recuperare 4 mld di spesa sanitaria senza ridurre/migliorando l'efficacia delle cure.

**METODI** Identificare in vari contesti assistenziali comuni interventi senza ragionevoli prove di efficacia, futili, con rapporto rischi/benefici o costo/efficacia sfavorevoli rispetto ad alternative, stimandone gli oneri finanziari.

**RISULTATI** Si riportano la spesa pubblica 2014, alcune alternative più costo-efficaci in base alle prove disponibili e possibili risparmi per quanto segue. Farmaci di sintesi chimica: sartani e ACE-inibitori (ramipril), diuretici simil-tiazidici (clortalidone, indapamide), altri antipertensivi; statine (atorva- e simvastatina), ezetimibe; omega-3 (cibi); antidepressivi (sertralina), inibitori della pompa protonica (rabeprazolo, uso pochi gg/sett.; ripristino prescrizione); antibiotici per infezioni prime vie aeree (astensione; se sospetto SBEGA amoxicillina) e per bronchite (astensione, se sospetta polmonite PCR); inibitori colinesterasi e test predittivi di demenza (astensione); TOS (misure non farmacologiche); farmaci di marca --> equivalenti se disponibili. Farmaci biologici e alto costo: inibitori TNFa e altri DMARD + metotrexate per AR (aggiungere a metotrexate sulfasalazina, idrossiclorochina...); interferoni per sclerosi multipla recidivante-remittente (azatioprina); sofosbuvir (valutazione continua rischi-benefici, no a screening epatite C); epoietine in nefropatici cronici (solo se Hb biosimilari se disponibili). Target • PA: escludere terapie con farmaci per valori con BMD normale o lieve osteopenia 15 anni sono intervallo ragionevole; con osteopenia moderata 4-5 anni; non ripetere se trattamento con bisfosfonati • Spirometrie di screening o per motivare a smettere di fumare --> astenersi • RM per lombalgia senza di semafori rossi: solo dopo circa 1 anno di terapie mediche strutturate deludenti, per guidare opzione chirurgica. Screening • Check up: evitare • Tra gli screening per malattie CV, diabete, ca. cervicale, epatocellulare, polmonare, orale, prostatico, mammario e coloretale e per aneurisma aorta addominale, solo gli ultimi tre hanno prove di ridurre la mortalità specifica, nessuno di ridurre la mortalità totale (RR intorno a 1, range 0,98-1,03). Informando chiaramente, per molti la scelta consapevole sarebbe di non effettuarli. Si citano esempi su PSA, diabete, prevenzione terziaria in mastectomizzate. Chirurgia • Chirurgia artroscopica per artrosi ginocchio/lesioni menisco: ha effetto pari a chirurgia placebo, o a terapia fisica senza chirurgia: abbandonare. Altri esempi sono nelle schede monografiche Pillole di buona pratica clinica\* per medici (n. 120) e di educazione sanitaria\* per assistiti (103) sinora pubblicate, che dedicano spazio anche a molti interventi utili per i problemi affrontati, non basati su tecnologie sanitarie ma su modifiche di comportamenti/stili di vita. Questo dovrebbe costituire l'approccio di 1a linea, non di rado più efficace e sempre utile integrazione a terapie mediche/farmacologiche.

**LIMITI** Per molte voci si tratta di stime (mancano dati ufficiali, o dati definitivi 2014).

**CONCLUSIONI** Le stime sommarie di risparmi indicate come esempi in ambito clinico consentirebbero di recuperare più dei 4 mld di € richiesti, senza pregiudizi per la salute della comunità, in aggiunta a risorse recuperabili con interventi organizzativi, di lotta alla corruzione, di promozione della salute. Perché ciò accada, però, occorrerebbe anzitutto renderlo conveniente per i diversi attori in Sanità, con una riforma del loro sistema premiante/di remunerazione e del sistema di finanziamento delle organizzazioni in cui operano.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Donzelli Alberto, Medico Chirurgo  
ASL di Milano - Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM  
Corso Italia, 19 - 20122 - Milano  
Email: adonzelli@asl.milano.it

#### 4. Valutare l'appropriatezza della risonanza magnetica: dal feedback ai professionisti alla riorganizzazione dell'offerta

Fanti Mila<sup>1</sup>, Grazioso Sebastian<sup>1</sup>, Pattacini Pierpaolo<sup>2</sup>, Bellocchio Eletta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azienda USL di Reggio Emilia, <sup>2</sup>Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova - IRCSS Reggio Emilia

**BACKGROUND** In un SSN in cui viene richiesto di garantire la qualità dell'assistenza in un regime di risorse limitate è necessario mettere in atto delle strategie per ridurre gli sprechi, garantendo prestazioni efficaci ai cittadini che ne hanno realmente bisogno in tempi ragionevoli. Un ambito rilevante di intervento è rappresentato dalle indagini di diagnostica per immagini cosiddetta "pesante" (RMN e TC). Nei confronti di queste l'Azienda USL di Reggio Emilia ha sviluppato ed approvato nel 2012 dei protocolli di appropriatezza prescrittiva, condivisi fra le Aziende Sanitarie della Provincia e diffusi ai medici prescrittori (specialisti e medici di medicina generale) mediante formazione congiunta specifica. Nel corso del 2013 la Giunta Regionale dell'Emilia Romagna ha a sua volta deliberato i criteri di erogabilità di alcune di queste prestazioni. Infine la stessa Regione (DGR 1735/2014) ha invitato le Aziende Sanitarie ad adottare strumenti per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei suddetti esami mediante la valutazione dei quesiti diagnostici.

**OBIETTIVI** Valutare l'appropriatezza delle prescrizioni informatizzate delle indagini di RMN neurologiche (encefalo, colonna vertebrale, cranio, collo) ed osteoarticolari mediante l'analisi sistematica del quesito diagnostico.

**METODI** Il sistema utilizza una piattaforma che consente di "tradurre" i protocolli di appropriatezza in regole e permette di elaborare le informazioni non strutturate (quesiti diagnostici) in contenuti strutturati. In questo modo il sistema consente di incrociare i dati del paziente, l'esame richiesto, il quesito diagnostico "annotato" con le regole di appropriatezza che caratterizzano il protocollo cui afferisce l'esame per poter effettuare la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per il tipo di priorità assegnata. Sono state processate le prescrizioni elettroniche (piattaforma regionale SOLE per gli MMG, applicativo di prescrizione aziendale per gli specialisti) relative agli anni 2012, 2013 e 2014 (primi 9 mesi), per un totale di 58.284 prescrizioni di RMN neurologiche e 42.693 RMN osteoarticolari.

**RISULTATI** Dall'analisi delle prescrizioni sopra indicate sono emersi i seguenti risultati. Per la RMN osteoarticolare l'appropriatezza sul totale delle prescrizioni (prescrizioni con quesito assente, prescrizioni con quesito consistente, prescrizioni con quesito inconsistente) è risultata del 67% nel 2012, del 73% nel 2013 e del 71% nei primi 9 mesi del 2014. Per la RMN neuro l'appropriatezza è del 65% nel 2012, del 71% nel 2013 e del 70% nei primi 9 mesi del 2014.

**LIMITI** Come limite intrinseco, il sistema viene addestrato utilizzando un "test set" di prescrizioni che viene analizzato da uno specialista, sulla base dei criteri di appropriatezza definiti dai protocolli. La concordanza tra verifica su test set dello specialista e verifica da parte del sistema è ritenuta accettabile al raggiungimento del 90%, pertanto esiste una quota di errore residuo. Come limite generico si deve tener conto che l'analisi viene compiuta a prescrizione già avvenuta, pertanto non è possibile al momento inibire la prescrizione in base al quesito diagnostico.

**CONCLUSIONI** Il sistema di valutazione sistematica dell'appropriatezza prescrittiva si è rivelato di fondamentale utilizzo per verificare l'adesione dei medici prescrittori ai protocolli di appropriatezza elaborati. Ha permesso di valicare i limiti dei tradizionali sistemi manuali a campione. La diffusione dei dati all'interno dei Distretti e, più in dettaglio, ai Nuclei di Cure Primarie (per quanto riguarda i MMG) ha consentito ai medici prescrittori di ricevere un feedback in tempi brevi sulla loro attività prescrittiva e sull'appropriatezza delle indagini richieste, sensibilizzandoli in maniera diretta e incisiva su un tema apparentemente astratto quale l'appropriatezza. In prospettiva futura, l'utilizzo di questo strumento per diverse tipologie di prestazioni per le quali sono previsti protocolli di appropriatezza prescrittiva permetterebbe di verificare gli ambiti di maggior inappropriatazza. Questa analisi, integrata con quella dei tempi di attesa, consentirebbe di orientare in modo oggettivo l'offerta, in un'ottica di riallocazione delle risorse.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Grazioso Sebastian, Medico Chirurgo  
Azienda USL di Reggio Emilia - Dipartimento delle Cure Primarie  
Via Amendola, 2 - 42122 - Reggio nell'Emilia (RE)  
Email: sebastiangrazioso@gmail.com

## 5. Accessi inappropriati e sovrappollamento del pronto soccorso: uno studio multicentrico nella Regione Piemonte

Fornero Gilulio<sup>1</sup>, **Arione Roberto**<sup>1</sup>, Cibinel Gian Alfonso<sup>2</sup>, **Ripa Franco**<sup>3</sup>, Gruppo Di Lavoro Direttori - Responsabili Dea<sup>4</sup>

<sup>1</sup>AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, <sup>2</sup>ASL Torino 3, <sup>3</sup>ASL Torino 4, <sup>4</sup>Area Metropolitana Torinese

**BACKGROUND** Lo studio è stato effettuato su mandato dell'Assessorato alla Tutela Salute e Sanità della Regione Piemonte ed è stato condotto all'interno del "Tavolo interaziendale per lo sviluppo di una rete integrata di prestazioni dell'area metropolitana torinese", con focus sulle strutture di pronto soccorso. Gruppo di lavoro Direttori/Responsabili DEA: Aprà F., ASL TO2; Cottino A., AO Mauriziano Torino; Frascisco M., AOU San Luigi Orbassano; Garrone M., ASL TO1; Manno E., ASL TO2; Marengo C., ASL TO5; Moiraghi C., AOU Città della Salute e della Scienza Torino; Morello M., ASL TO 4; Sechi A., ASL TO2

**OBIETTIVI** Gli obiettivi si sono concretizzati nell'analisi in forma multicentrica di benchmarking di alcuni "ambiti" relativi alle strutture di pronto soccorso dell'Area Torinese e della Regione Piemonte, nella definizione delle specifiche criticità e nella proposta di interventi di miglioramento per la loro applicazione operativa.

**METODI** In primo luogo è stato costituito un gruppo di lavoro tecnico, formato da un coordinamento centrale con competenze igienico-organizzative ed amministrative e da un "core" professionale individuato nei Direttori/Responsabili dei DEA dell'area metropolitana torinese, con il supporto di esperti informatici. Il gruppo ha sviluppato una specifica analisi organizzativa "in rete" sui seguenti ambiti: - accessi degli utenti al pronto soccorso; - permanenza dei pazienti in pronto soccorso; - passaggio dei pazienti dal pronto soccorso al reparto di ricovero; - dimissione dei pazienti verso il domicilio e le strutture territoriali.

**RISULTATI** accessi in pronto soccorso. Tra l'anno 2010 e l'anno 2013 il numero di accessi in pronto soccorso per i residenti delle 13 ASL della Regione Piemonte è calato (da 1.746.406 a 1.698.151), pur con un incremento dei codici bianchi (da 215.461 a 229.839). Nell'anno 2013, il numero di accessi per mille abitanti presenta importanti variabilità nelle ASL, da un minimo di 276 a 521 con una media di 388, peraltro in linea con la situazione a livello nazionale. È stato quindi sviluppato uno specifico modello matematico di simulazione: in caso di tempi di permanenza ottimali in pronto soccorso il peso degli accessi impropri sull'impegno totale è comunque limitato (attorno al 12%), con diminuzione fino a quote minime (pari o inferiori al 5%) all'aumentare dei tempi di permanenza oltre le 36 ore. In sintesi la quota di impegno su accessi impropri inciderebbe limitatamente sull'impegno totale e quindi sull'affollamento del pronto soccorso. Attraverso la sintesi della letteratura internazionale, il gruppo di lavoro ha quindi condiviso una soglia critica di 6 ore tra il momento di ingresso e dimissione del paziente dal pronto soccorso, con soglia ulteriore di accettabilità al 90%. Si è effettuata quindi l'analisi di circa 50 strutture di pronto soccorso della Regione Piemonte, che ha evidenziato come nel primo semestre dell'anno 2014 per l'85% dei pazienti la permanenza in pronto soccorso sia stata contenuta sotto il valore soglia delle sei ore, ma con specifiche variabilità e con situazioni più critiche soprattutto riferibili ai DEA di secondo livello a maggiore complessità. Se sono considerati i pazienti ricoverati, tale percentuale scende al 59%; su questo può incidere peraltro anche la tempistica di presa di decisione del ricovero. Peraltro le degenze medie dei reparti di Medicina e Geriatria della Regione Piemonte hanno mostrato una lieve ma costante flessione, da 11,78 giorni dell'anno 2010 a 11,17 giorni dell'anno 2013, a testimonianza di un progressivo adattamento del sistema.

**LIMITI** Lo studio è stato effettuato attraverso la elaborazione omogenea del flusso C2, che può presentare discrete criticità nella compilazione di alcuni campi e dunque nell'accuratezza del dato.

**CONCLUSIONI** In sintesi l'analisi effettuata orienta a sviluppare le ulteriori valutazioni e progettare/realizzare interventi non tanto sul versante degli accessi impropri al pronto soccorso, quanto piuttosto sugli elevati tempi di permanenza dei pazienti in loco e sui meccanismi determinanti, con riferimento specifico: - ai percorsi intra-ospedalieri da pronto soccorso verso i reparti; - ai percorsi di uscita dall'ospedale verso le strutture di postacuzie e verso il territorio.

### Indirizzo per la corrispondenza

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

## 5. Appropriatelyzza, efficienza e produttività nelle degenze di area medica: il ruolo del *lean management*

Guercini Jacopo, Caterina Bianciardi, Lucia Bellandi, Vincenzo Mezzatesta, Daniele Lenzi, Daniela Serafini, **Briani Silvia**

*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** I reparti di Medicina Interna dell'AOU Senese trattano pazienti con patologie croniche diverse e concomitanti. L'accesso avviene principalmente dal Pronto Soccorso (circa l'85%) e in minima parte per trasferimento da altri reparti o attraverso ricoveri programmati. L'assistenza richiede il coinvolgimento di medici, infermieri ed operatori socio sanitari del reparto, nonché la collaborazione di specialisti, assistenti sociali e tecnici della riabilitazione. I reparti accolgono 80 pazienti distribuiti su due piani ed assistiti da 2 equipe afferenti alle UO di Medicina Interna.

**OBIETTIVI** La vastità di attività che si svolgono nei reparti di Medicina Interna fa sì che si possano verificare inefficienze di processo dovute a fattori organizzativi interni, esterni o problematiche relazionali tra servizi interni ed esterni. L'obiettivo del progetto è stato quello di ridurre le possibili fonti di inefficienza che portano sia malessere organizzativo che un allungamento della degenza dei pazienti con un conseguente sovraffollamento di pazienti in PS che attendono per un posto letto in reparto.

**METODI** L'approccio utilizzato fa riferimento alla filosofia gestionale del Lean Thinking (pensiero snello) che si propone di accrescere il valore per il cliente, abbattendo i muda (spreco) che creano inefficienze. La forza del metodo risiede nel coinvolgimento degli operatori che stanno sul gemba (luogo dove si crea valore), dai quali nascono le proposte di miglioramento. Il progetto è dunque partito dalla costituzione di un team multidisciplinare. La prima fase ha riguardato un'analisi del processo attraverso la mappatura del flusso del valore (con la tecnica della Value Stream Map), per descrivere l'attuale percorso dei pazienti. Sono stati inoltre analizzati i flussi più critici attraverso la Demand Map, identificando le priorità di intervento. Dopodiché, il team ha identificato una serie di criticità: - La pianificazione del percorso del paziente e l'integrazione delle figure professionali coinvolte nel processo di cura; - La relazione tra reparti e servizi interni (diagnostici) ed esterni (assistenza territoriale); - La gestione dei posti letto; - Il bilanciamento tra Domanda (PS) ed Offerta (Reparto). Per rispondere a queste criticità sono stati sviluppati dei pannelli visuali per la pianificazione del percorso del paziente denominati "Piano per Ogni Paziente" che consentono una maggiore immediatezza nel reperimento di informazioni organizzative. Di supporto a questo strumento, è stato implementato un sistema di bed management, il Visual Hospital, che consiste in una metodologia di rilevazione dello stato dei posti letto e facilitazione dello scorrimento dei pazienti dal PS verso i reparti e dai reparti verso la dimissione. Per quanto riguarda la diagnostica, sono stati attuati interventi di revisione delle agende radiologiche per rispondere adeguatamente alle necessità dei pazienti. Infine, è stato attivato un progetto di integrazione tra ospedale e territorio volto a facilitare le dimissioni dei pazienti più complessi.

**RISULTATI** Dopo un anno dall'inizio del progetto, il risultato più grande riguarda la riduzione della degenza media pari al 20% circa. È doveroso ribadire che questo risultato non è stato raggiunto velocizzando le attività "a valore" per il paziente, ma riducendo le inefficienze organizzative di processo, nel rispetto degli standard qualitativi del percorso di cura. Inoltre, l'implementazione del Visual Hospital ha aiutato ad allineare la domanda di posti letto con l'offerta delle aree di degenza, aumentando il numero di dimissioni mattutine di circa il 20%. In reparto è stata inoltre implementata una bacheca di monitoraggio nella quale mensilmente vengono aggiornati alcuni indicatori di performance, definiti con il team operativo.

**LIMITI** L'implementazione di logiche lean non è mai semplice in quanto prevede un forte coinvolgimento; le prime applicazioni possono risultare difficoltose perché scarseggiano di fiducia da parte degli operatori. Inoltre, il mantenimento degli strumenti visuali può variare da operatore ad operatore ed è per questo che è fondamentale il commitment da parte del top e del middle management che necessariamente deve essere parte integrante del progetto. Altri limiti si incontrano al momento in cui il reparto non è in grado di affrontare in autonomia alcune problematiche e, dovendo coinvolgere altre unità, i tempi di realizzazione si possono allungare.

**CONCLUSIONI** Il Lean Thinking si configura come una strategia operativa basata su degli strumenti provenienti dal mondo industriale. Nonostante questo, essendo una metodologia che pone al centro il "cliente" e la sua soddisfazione, può essere mutuata nel mondo della sanità che pone al centro il paziente e la sua salute. La sfida consiste nel trasferire questi concetti agli operatori sanitari che, dopo progetti iniziali supportati da soggetti esterni al loro ambiente, si fanno loro stessi promotori di interventi di miglioramento.

### Indirizzo per la corrispondenza

Guercini Jacopo, Ingegnere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Ufficio Lean  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: j.guercini@alice.it

## 6. Qualità di vita del malato terminale e sostenibilità delle cure palliative: l'integrazione tra sanità pubblica e privato sociale

Pannuti Raffaella, Varani Silvia, Pannuti Franco

Fondazione ANT Italia Onlus

**BACKGROUND** Tra i pazienti destinati a morire di tumore in Occidente, percentuale in costante aumento, più della metà sopravvivono per almeno un anno e più di un terzo per più di due anni. La loro gestione clinica pone problematiche di programmazione sanitaria sia perchè presentano sintomi fisici e psicologici difficili da trattare sia perchè le cure di fine vita incidono notevolmente sui costi sanitari. Per tale motivo, spesso i sistemi sanitari si dimostrano inadeguati ad impostare piani di cura efficaci e sostenibili. Molti Stati stanno disponendo politiche orientate a favorire l'home care poichè le cure palliative domiciliari, oltre a ridurre i costi dell'assistenza sia per il sistema sanitario sia per le famiglie, aumentano la probabilità di morire al domicilio, riducono il bisogno di ricorrere a frequenti accessi ospedalieri e migliorano la soddisfazione dei pazienti e della famiglia rispetto all'end of life.

**OBIETTIVI** Il Progetto Eubiosia (dal greco "buona vita") della Fondazione ANT Italia Onlus, in linea con quanto indicato dalla Legge 38/2010 prima e dall'Intesa Stato-Regioni del luglio 2012 poi, si propone di portare a casa della persona ammalata di tumore un'assistenza socio-sanitaria individualizzata, continuativa e integrata, in grado di erogare tutte le cure necessarie mediante un supporto globale e gratuito.

**METODI** La Fondazione ANT Italia Onlus, come più grande organizzazione che si occupa di cure palliative domiciliari in Italia, segue circa il 25% dei Sofferenti di tumore che vengono curati in regime di assistenza domiciliare integrata. L'assistenza è presente in 9 regioni italiane e viene erogata da 20 équipe di professionisti: medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, e in alcune zone anche assistenti sociali, nutrizionisti e fisioterapisti. Ad oggi, le équipe sanitarie ANT contano circa 250 professionisti sanitari che si prendono cura dei pazienti quotidianamente 24 ore su 24, festività incluse. Con un numero attuale di circa 4.250 pazienti assistiti ogni giorno, dal 1985 ad oggi ANT ha seguito oltre 100.000 pazienti oncologici (7.209 solo nel primo semestre 2014). Alla presa in carico strettamente sanitaria si affianca un servizio socio-assistenziale che prevede, tra le altre cose, l'igiene e la cura della persona, la fornitura a domicilio dei farmaci e dei presidi medico-chirurgici (letti ortopedici, pompe per infusione, ecc.), il trasporto del malato verso gli ospedali ed un servizio di lavanderia.

**RISULTATI** La qualità dell'assistenza domiciliare ANT è supportata dai seguenti outocome: - L'81% (media nazionale ANT) degli assistiti sceglie di morire al proprio domicilio contro una media nazionale di decessi a domicilio pari al 57,9% (molto variabile dal 28,2% del Nord-est al 94,0% del Sud del Paese). - Negli ultimi 30 giorni di vita, il 74% dei pazienti assistiti da ANT non subisce alcun ricovero ospedaliero, il 12% un ricovero inferiore ai 7 giorni, e solo il 14% resta in ospedale per più di una settimana (Dati ANT Bologna 2011). - La soddisfazione per il servizio erogato, valutata attraverso un questionario di valutazione inviato alle famiglie circa un mese dopo il decesso del paziente, mostra come circa il 90% degli intervistati si dichiara molto soddisfatto dell'assistenza ricevuta. - La presa in carico di un paziente da parte di ANT richiede alla Fondazione un costo di circa 30 euro al giorno (con un costo stimato per i farmaci di circa 10 euro al giorno). Tenendo conto che il costo di una giornata di degenza in una struttura residenziale dedicata alle cure palliative è di circa 240 euro e di una giornata di ricovero in un ospedale pubblico è di circa 780 euro, risulta evidente il risparmio che ne deriva.

**LIMITI** Un ostacolo importante che si contrappone alla diffusione del modello di assistenza domiciliare ANT, è rappresentato dal fatto che ancora questo non sia inserito stabilmente nella rete delle cure palliative pubbliche italiane. Ad oggi manca un accreditamento sia a livello nazionale sia a livello regionale delle organizzazioni non profit che possa andare oltre le difficoltà legate ai personalismi di ciascuna ASL, utilizzando invece criteri oggettivi per la valutazione della qualità del servizio offerto dal privato sociale.

**CONCLUSIONI** Il progetto assistenziale descritto, costituisce un esempio di come sia possibile coniugare l'umanizzazione delle cure con la professionalità e il controllo dei costi, così da formulare una risposta efficace e sostenibile ai vincoli imposti dalla spending review. Affinchè tali obiettivi vengano perseguiti e raggiunti in modo sistematico e senza disparità tra una realtà territoriale e l'altra, occorre iniziare seriamente a ripensare l'assistenza, integrando il servizio pubblico e il non profit in un'ottica di reale cooperazione e di sussidiarietà circolare, in modo tale da rispondere concretamente non solo alle sfide attuali, ma soprattutto a quelle del futuro.

### Indirizzo per la corrispondenza

Varani Silvia, Psicologo  
Fondazione ANT - Presidenza  
Via Jacopo di Paolo, 36 - 40128 - Bologna  
Email: [silvia.varani@ant.it](mailto:silvia.varani@ant.it)

## 8. Il percorso diagnostico del carcinoma endometriale: sprechi e rischi delle isteroscopie inappropriate

Scrimin Federica, Galati Emanuele, Wiesenfeld Uri

IRCCS Burlo Garofolo

**BACKGROUND** La mortalità per carcinoma dell'endometrio è in calo in Italia negli ultimi 10 anni (-2,1% /anno) pur aumentando la prevalenza della malattia come in tutti i paesi sviluppati. La probabilità di sopravvivenza a 5 anni dal trattamento per i carcinomi endometriali è passata dal 73% del 1990 al 77,5 del 2007. In accordo con quanto osservato in altri paesi la malattia è caratterizzata da alta sopravvivenza. La distribuzione per fasce di età nel 2013 vede un incremento della malattia tra le donne in età compresa tra i 50 ed i 64 anni. Nei paesi ricchi il campionamento bioptico sotto guida isteroscopia sembra essere la metodica migliore nel percorso diagnostico (più alta sensibilità) in particolare è raccomandato nelle situazioni in cui si siano individuate lesioni focali all'ecografia. L'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche come gli ecografi ad alta capacità risolutiva e gli isteroscopi di piccolo calibro di uso ambulatoriale ha indotto nel nostro paese un aumento di procedure rivolte alla identificazione tanto più precoce possibile del cancro dell'endometrio. Questo ha determinato un grosso rischio di overdiagnosis e overtreatment. I percorsi assistenziali e diagnostici nella pratica clinica dovrebbero essere periodicamente rivisti alla luce delle linee guida per indirizzare in modo efficace le risorse ai fini della salute dei cittadini.

**OBIETTIVI** Obiettivo del nostro studio è stato valutare l'adesione alle linee guida delle società scientifiche e l'appropriatezza delle indicazioni ad eseguire isteroscopia ai fini di una diagnosi precoce di cancro dell'endometrio nella popolazione afferente al Dipartimento di Ginecologia dell'Università di Trieste.

**METODI** Attraverso Pub Med e Medline abbiamo individuato le linee guida più recenti (2010-2014) delle società scientifiche relative al percorso diagnostico per il sanguinamento uterino anomalo e la diagnosi precoce del cancro dell'endometrio. Sono stati studiati gli algoritmi proposti da ACOG e SOGC 2012 e da EMAS 2013, le linee guida sono state confrontate tra loro. In base a queste abbiamo individuato una serie di criteri di appropriatezza rispettivamente per donne fertili e non fertili sintetizzati in tabella. Alla luce di questi criteri abbiamo condotto uno studio retrospettivo su tutte le cartelle isteroscopiche delle pazienti inviate al nostro servizio tra il gennaio 2012 e giugno 2014. Sono state analizzate 2673 schede di isteroscopie ambulatoriali.

**RISULTATI** Applicando ad ogni singolo gruppo di pazienti il proprio algoritmo sono risultate appropriate in base ai criteri individuati 604 isteroscopie (56%). Considerando in tutto il campione l'esito istologico in funzione dell'appropriatezza (tabella) notiamo come il rispetto dei criteri coglie i casi di adenocarcinoma con notevole precisione: abbiamo 22 casi di adenocarcinoma in isteroscopie appropriate (3,6%) versus 1 caso nelle inappropriate (0,2%). Il rischio di adenocarcinoma in un'isteroscopia appropriata è di oltre 17 volte rispetto ad una inappropriata (OR 17,6). Associazione appropriatezza/Adenocarcinoma con Fisher test  $p = 0,001$ . Il carcinoma dell'endometrio è una malattia, come evidenziato dalla letteratura e confermato dai nostri dati nazionali e regionali, a lenta progressione, alta sopravvivenza e buona risposta ai trattamenti chirurgici. Gli studi epidemiologici recenti confermano inoltre un progressivo aumento di sopravvivenza in queste pazienti. Questi dati sono importanti nella valutazione se i rischi a cui sottoponiamo le nostre pazienti con percorsi diagnostici in eccesso rispetto alle indicazioni delle linee guida determinino reali benefici. I dati del nostro studio documentano nelle donne fertili un eccesso di esami soprattutto per modificazioni endometriali risolvibili con semplici trattamenti medici. I nostri dati confermano che le linee guida delle società scientifiche sono caratterizzate da alta sensibilità anche se da bassa specificità. Seguendo le indicazioni delle linee guida per sanguinamento uterino anomalo abbiamo bassa probabilità di incorrere in un undertreatment. Nella nostra casistica una maggior aderenza alle linee guida avrebbe determinato nella nostra popolazione una riduzione del 50% gli accessi all'isteroscopia senza perdere alcun caso di carcinoma.

**LIMITI** Studio retrospettivo

**CONCLUSIONI** L'isteroscopia è spesso raccomandata dai ginecologi per indicazioni giudicate inappropriate. Le società scientifiche dovrebbero evidenziare con maggior chiarezza nelle revisioni della letteratura e nelle linee guida i rischi associati all'overtreatment favorendo così un cambiamento culturale tra i medici. La verifica periodica della aderenza alle linee guida EBM da parte di ogni Dipartimento favorisce un più efficace allocamento delle risorse.

### Indirizzo per la corrispondenza

Scrimin Federica, Medico Chirurgo  
I.R.C.C.S. Materno Infantile Burlo Garofolo - S.C.O. Clinica Ostetrica e Ginecologica  
Via dell'Istria, 65/1 - 34137 - Trieste  
Email: federica.scrimin@burlo.trieste.it

# ABSTRACT

## INDICE ALTRI

- 9. L'assistenza sanitaria territoriale per intensità di cure nelle endocrinopatie croniche: riflessioni dal modello sperimentale ASL BR**  
Agrimi Daniela, De Marco Anna, Mazzotta Anna Maria, Morgillo Michele, Di Bella Graziella, Ciannamea Paolo, Romano Penelope
- 10. Ambulatorio infermieristico dello scompenso cardiaco: ottimizzazione della terapia con betabloccanti**  
Alijevic Goran, Traini Tiziana, Troiani Silvano
- 11. Un sistema informativo dipartimentale per la salute pubblica: alla ricerca dell'efficienza e della buona informazione**  
Argentero Oscar, Biglione Graziella, Brezzo Alessandra, Della Torre Angela, Gelormino Elena, Guadagnin Ivana, Piovesan Francesca
- 12. Progetto per l'inserimento del personale neoassunto del Dipartimento delle Professioni Sanitarie**  
Babini Patrizia, Baldassarri Ivana, Bettelli Giuliano, Carnio Gabriella, Casini Alessandro, Fontetrosciani Laura, Ontari Gianluca, Pettinacci Luciano, Saiu Maria Pia, Pioppo Manuela
- 13. Appropriately della richiesta e del referto dell'HbA1C nella diagnosi e follow up del diabete: l'esperienza dell'Area Vasta Romagna**  
Baldrati Luca, Morotti Loretta, Rondoni Michela, Rosetti Marco, Vascotto Lucia, Dorizzi Romolo
- 14. Migliorare l'appropriatezza del Triage infermieristico di Pronto Soccorso attraverso un progetto educativo realizzato sulla base del bisogno formativo degli infermieri**  
Baricchi Marina, Braglia Duilio
- 15. Un approccio statistico per individuare l'utilizzo inappropriato di TAVI**  
Bartoccioni Filippo, Amoddeo Caterina, Borreca Flavio, Dubinski Mihaela, Vulpiani Lavinia, Monaco Cinzia, Montecchiesi Luigi, D'urso Antonio
- 16. Realizzazione di un Percorso di Prevenzione, Diagnosi, Trattamento e Assistenza del paziente colpito da ictus: l'esperienza dell'Area Vasta Udinese**  
Bassetti Assunta, Eleopra Roberto, Toscani Paola, Miglio Giancarlo, Marmai Giulia, Strizzolo Luciano, Pellizzari Mara, Regattin Laura, Barbo Marina
- 17. Lotta agli sprechi in sanità, un'alternativa efficiente ai tagli lineari: l'Ufficio Lean per il miglioramento continuo**  
Bellandi Lucia, Bianciardi Caterina, Briani Silvia, Centini Giacomo, Guercini Jacopo, Lenzi Daniele, Marchi Francesca, Mezzatesta Vincenzo, Tosi Pierluigi
- 18. Governance partecipata: la partecipazione dei cittadini al processo di programmazione sanitaria aziendale**  
Bellomo Francesco, Sergi Alessandro, Ardis Sergio

- 19. I reingressi in ospedale, come affrontarli. Proposta per uno studio in una popolazione specifica: il paziente anziano fragile affetto da frattura di femore ricoverato in ortogeriatría Ospedale Santa Maria Annunziata. Nuovi elementi per un percorso integrato di cura e assistenza**  
Benvenuti E, Mencucci M, Grassi P, Nerozzi E, Mazzotta Daniela
- 20. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale [PDTA] in ambito trasfusionale. Uso di point of care [POC] nel post-operatorio in pazienti sottoposti a chirurgia complessa**  
Berni Pamela, Boito Katya, Preto Margherita, Baricchi Roberto
- 21. Sorveglianza e controllo della circolazione di K. Pneumoniae resistente ai carbapenemi in una realtà ospedaliera di alta specializzazione**  
Bertolini Marina, Silvestri Antonio
- 22. La formazione come strategia per il successo**  
Bianciardi Caterina, Bellandi Lucia, Colonna Claudia, Guercini Jacopo, Mezzatesta Vincenzo
- 23. Un evento per celebrare i miglioramenti: “Il Lean Day”**  
Bianciardi Caterina, Bellandi Lucia, Guercini Jacopo, Mezzatesta Vincenzo
- 24. Uno strumento per l'eliminazione rapida degli sprechi: il Kaizen Event**  
Bianciardi Caterina, Bellandi Lucia, Guercini Jacopo, Mezzatesta Vincenzo
- 25. La revisione del Percorso Stroke dell’AOU Senese**  
Bianciardi Caterina, Guercini Jacopo, Martini Giuseppe, Tassi Rossana
- 26. L'Ospedale di Comunità(OsCo): cenerentola o anello mancante fondamentale nella rete del Servizio Sanitario?**  
Bocchi Bruno, Celendo Maria Teresa, Rodelli Paolo, Licheri Vittoria, Orsi Ornella
- 27. Iniziativa di raccolta farmaci dell’ASL AT-Asti: come evitare sprechi in sanità**  
Bona Roberta, Besso Valentina, Mero Paola, Colombardo Valentina, Brunitto Guendalina, Marengo Giulia, Nocera Mario, Sampietro Monica, Martinetti Silvana
- 28. Disinvestire e riallocare: la tecnologia “centro di assistenza primaria” può prevenire il consumo di ricoveri, accessi in pronto soccorso e prestazioni ambulatoriali?**  
Boraso Flavio, La Valle Giovanni, Mortoni Lavinia, Anselmo Eva, Ripa Franco
- 29. Percorso clinico assistenziale dolore toracico**  
Borrecchia Flavio, Bartoccioni Filippo, Amoddeo E. Caterina
- 30. Nuovo modello infermieristico di gestione strategica: il caso dell’AOUS**  
Bugnoli Gianluca, Bracci Letizia, Fruscoloni Guido
- 31. Le Linee Assistenziali e le Aree con competenza specifica: un nuovo modello organizzativo per la gestione del personale Infermieristico**  
Bugnoli Gianluca, Bracci Letizia, Fruscoloni Guido

- 32. Principi di Lean Construction applicati ad un Centro PET**  
Burrone Luca, Crocchini Fabio, Bianciardi Caterina, Guercini Jacopo
- 33. Sicurezza in sala operatoria: scheda per la rilevazione dei near miss**  
Bustreo Sonia
- 34. Ottimizzare i percorsi clinico assistenziali nell'ottica del contenimento degli sprechi: un esempio di coordinamento dei setting di cura tra unità operative per acuti e Cure Sub Acute del Dipartimento geriatrico riabilitativo dell'Azienda Salvini di Garbagnate Milanese**  
Caldarulo Tiziana, Alberti Annalisa, Clementi Daniele, Crespi Enrico, Carnovali Eleonora
- 35. Lesioni da pressione in Asl AL: condivisione multidisciplinare di un progetto aziendale**  
Caprino Gabriella, Degiovanni Claudia, Feltri Rino, Bertana Paola, Mezzasalma Mariagrazia, Cavalli Daniela, Pisano Michela, Fiumara Francesca, Seksich Elena, Costanzo Paola
- 36. Integrazione e sviluppo competenze infermieristiche in area di Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia**  
Carnio Gabriella, Castraberte Catia, Duranti Lorenzo, Fontetrosciani Laura, Panico Sabrina, Pioppo Manuela
- 37. Pianificare e documentare l'assistenza per il progetto di cura**  
Carnio Gabriella, Morcellini Rosita, Ciotti Patrizia, Fontetrosciani Laura, Amico Mario, Ontari Gianluca, Pettinacci Luciano, Zucconi Marco, Lucarini Gabriella, Fortunati Flavia, Pioppo Manuela
- 38. Organizzazione della prescrizione ed erogazione dei farmaci ad Azione Antivirale Diretta per il trattamento dell'epatite cronica, della cirrosi e della recidiva post-trapianto da HCV e gestione dei pazienti che non hanno l'indicazione al trattamento**  
Cartabellotta Fabio
- 39. 38. Rete Regionale Sicilia: una Survey per valutare la reale sostenibilità delle nuove terapie antivirali per l'epatite cronica da virus C e l'appropriatezza della diagnosi**  
Cartabellotta Fabio
- 40. La governance territoriale da parte del sistema delle cure primarie. L'esperienza di un'ASL lombarda nella governance dei bisogni in ambito socio sanitario**  
Casazza Silvano, Cassavia Galdino
- 41. Sistema di gestione della sicurezza dei lavoratori integrata: la formazione/informazione/addestramento**  
Cassini Romina
- 42. Evidence base practice journal club: l'esperienza del gruppo di lavoro del Collegio Ipasvi Milano-Lodi-Monza e Brianza**  
Castaldo Anna, Bonetti Loris, Melo Talia, Mantovani Stefano, De Angelis Gaetano, Boeri Camilla, Garniel Giorgio, Gobbi Paola, Magri Miriam, Gesualdo Antonella, Gega Aida, Castelli Benedetto, Mauro Antonella, Muttillio Giovanni

- 43. La valutazione dello stato nutrizionale, la prevenzione e il trattamento della malnutrizione nelle persone anziane accolte al PCDO: esiti di un progetto di miglioramento**  
Castaldo Anna, Verardi Annamaria, Mazza Silvana, Naso Marvasi Roberto, Salò Simona
- 44. I SIAN e il Web 2.0**  
Celenza Francesca, Domina Rosa, Guberti Emilia, Bianco Lauretta
- 45. Implementazione di un percorso per la presa in carico della persona morente in ospedale**  
Cischele Giancarlo , Dal Maso Adriana, Mazzucco Gessica , Lorandi Filippo , Baldi Francesca , Fanin Filippo , Celegato Rossana , Zamperetti Nereo
- 46. Evidence Based Practice e competenze informative degli operatori sanitari: il progetto ECDL HealthDOC**  
Cognetti Gaetana , Ferrara Rosalia , Poltronieri Elisabetta
- 47. Il punto di vista del paziente come indicatore della qualità e dell'efficacia dei servizi sanitari: fiducia negli infermieri e soddisfazione con l'assistenza infermieristica ricevuta**  
Comparcini Dania, Simonetti Valentina, Zamponi Federica, Tommei Beatrice, Galli Francesco, Mosca Marina, Petrelli Nicoletta, Della Pelle Carlo, Pelusi Gilda, Cicolini Giancarlo
- 48. Percorsi assistenziali e setting assistenziale nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa primitiva**  
De Angelis Angela, Traini Tiziana, Troiani Silvano
- 49. Procedura per la corretta individuazione ed utilizzo delle superfici per la prevenzione e cura delle lesioni da Pressione**  
De Sarno Cristina, Margarita Pamela, Soncin Michela, De Paoli Elena, Filippini Stefania, Ermacora Eva, Deana Moira, Lupi Tommaso, Micoli Mariella, Tamara Boschi
- 50. Il cambiamento del gusto nei pazienti chemioterattati. storie di malattia e possibilità di migliorare la relazione d'aiuto**  
D'ercoli Anna Maria, Manocchi Katia, Troiani Silvano, Traini Tiziana
- 51. Fattori che influenzano l'efficacia dell'educazione al self management**  
Di Giacomo Patrizia , Bagnasco Annamaria, Zanini Milko, Sasso Loredana
- 52. L'assistenza nutrizionale agli anziani: uno studio osservazionale presso l'Istituto Don Orione di Milano**  
Di Stefano Catena Antonella, Castaldo Anna, Pancheri Maria Luisa, Bonetti Loris
- 53. Il trattamento del dolore postoperatorio: la soddisfazione dei pazienti**  
Difonzo Marcello, Colagrande Giuseppe
- 54. L'emergenza intraospedaliera: conoscenze e percezioni degli infermieri**  
Difonzo Marcello, Colagrande Giuseppe
- 55. 56. Il trattamento del dolore postoperatorio: le conoscenze degli infermieri**  
Difonzo Marcello, Di Capua Pasquina

- 56. Pulso-ossimetria nei pazienti adulti in area critica: le conoscenze di medici e infermieri**  
Difonzo Marcello, Di Capua Pasquina
- 57. Glasgow Coma Scale: le conoscenze degli infermieri di area critica**  
Difonzo Marcello, Marroccoli Giovanni
- 58. Contenzione fisica e chimica in unità di terapia intensiva: indagine multicentrica in tre ospedali**  
Difonzo Marcello, Marroccoli Giovanni
- 59. Fondi integrativi sanitari (FIS)**  
Donzelli Alberto, Chadenier Giulia Maria
- 60. Progetto “Fare di più non significa fare meglio”: oltre ai punti di forza, alcuni rischi e possibili antidoti**  
Donzelli Alberto, Lafranconi Alessandra
- 61. Proposta per un piano di revisione e implementazione dell’offerta assistenziale odontoiatrica nel servizio sanitario nazionale: 1) progetto sperimentale di riorganizzazione dei servizi odontoiatrici regionali; 2) sviluppo di un programma sociale e sanitario per l’assistenza protesica rivolto alla popolazione in condizione di disagio**  
Duvina Marco, Polinari Alessia
- 62. Il Safety Walkaround: Una tecnica di Risk Assessment per il riordino dell’assistenza sanitaria.**  
Ferorelli Davide, Zotti Fiorenza, Dell’erba Alessandro
- 63. Documentazione infermieristica e valutazione della performance assistenziale: un binomio possibile?**  
Franceschini Cristina, Rossi Alessandra, Luppi Cinzia, Paciotti Monica, Bosco Daniela, Iannicella Anna, Bianconcini Monica
- 64. La Formazione dei Team come strumento proattivo nella gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente: esperienze e risultati a confronto**  
Frezza Daniele, Antoniutti Martina
- 65. L’esperienza di un Progetto di Formazione sull’uso delle check-list, briefing e de-briefing in chirurgia pediatrica e vascolare**  
Frezza Daniele, Galeazzi Edoardo, Marzaro Maurizio, Serafin Manrica, Antoniutti Martina
- 66. Ruolo sanitario nell’Accoglienza alla Persona: vittime fragili - L’Ospedale Evangelico Internazionale (O.E.I.)**  
Fulgheri Marinella, Parodi Alessio, Oliveri Caviglia Barbara, Lapolla Antonio
- 67. Metodologia di progettazione di un setting ospedaliero per intensità di cura: l’esperienza del presidio ospedaliero di Susa (TO)**  
Giacometti Marika, Minniti Davide, Mura Vittorio, Passi Stefano, Siliquini Roberta, Cosenza Gaetano
- 68. A che ora è la consulenza**  
Gorelli Juri, Gallorini Antonella

- 69. Valutazione HTA dell'indagine di colonscopia virtuale eseguita con TC 16 slices versus 64**  
Grosso Marco, Scardino Matteo, Martino Alessandro, Giacometti Marika, Minniti Davide, Gallo Teresa, Cirillo Stefano
- 70. Meno attese in Pronto Soccorso**  
Guercini Jacopo, Caterina Bianciardi, Lucia Bellandi, Vincenzo Mezzatesta
- 71. Snellire il sistema degli approvvigionamenti: il metodo "Kanban"**  
Guercini Jacopo, Caterina Bianciardi, Lucia Bellandi, Vincenzo Mezzatesta, Daniele Lenzi, Eleanna Di Girolamo
- 72. Sviluppo del ruolo del Pronto Soccorso nei percorsi di integrazione socio-sanitaria per il contrasto delle disuguaglianze.**  
Iaboli Luca, Sarno Domenico, Damen Viola
- 73. Kit procedurali in sala operatoria: un esempio di gestione efficace dei materiali e di ottimizzazione delle risorse?**  
Iudicello Antonella, Rasi Monica, Brigati Giovanni, Zuccheri Paola, Falcone Patrizia, Borsari Morena
- 74. Audit della Clinica Neurologica di Trieste sulla gestione della trombolisi sistemica nella terapia dell'ictus ischemico (stroke), patologia tempo correlata**  
Koscica Nadia, Naccarato Marcello, Gandolfi Chiara, Stroili Manuela
- 75. Evidence-based analysis dell'incidenza delle malattie sessualmente trasmesse nelle pazienti migranti in Italia e futuri indirizzi di policy making**  
Laganà Antonio Simone, Gavagni Valeria, Valyananzighu Musubao Justine, Pizzo Alfonsa
- 76. Ideazione e creazione di un modello di studio multidisciplinare prospettico sulle patologie rare di arto superiore**  
Landi Antonio, Bernasconi Sergio, Ferrari Paola, Donzelli Onofrio, Garagnani Lorenzo, Lando Mario, Percesepe Antonio, Sartini Silvana, Fairplay Tracy, Di Gennaro Giovanni Luigi, Bianconi Giorgia, Di Pancrazio Luciana, Voci Claudio, Tondo Olga
- 77. Riorganizzazione dell'area chirurgica di un Azienda Ospedaliera Universitaria secondo la filosofia del Lean Thinking: dai reparti alle linee di processo**  
Lastrucci Davide, Sorriso Carmela, Biancalani Andrea, Briani Silvia
- 78. Migliorare la qualità degli interventi per ridurre la disuguaglianza nel trattamento. Il caso assistenza sanitaria in carcere**  
Lentisco Fiorisa, Bentivenga Rosina, Galzerano Pina, Iobizzi Carlo
- 79. Esperienza di valutazione in pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): proposta di indicatori**  
Longato Carlo, Morelli Debora, Dogliotti Federica
- 80. Valutazione delle competenze infermieristiche: risultati di un'indagine per il miglioramento della qualità assistenziale**  
Lorusso Laura, Toccaceli Andrea, Dignani Lucia, Lucertini Carla

- 81. Un approccio innovativo alla formazione continua per il controllo delle infezioni nosocomiali**  
Lusuardi Mirco, Massobrio Monica, Renusi Riccardo, Gaioni Claudia, Spagnolatti Liliana, Vinciguerra Rossana, Zoboli Daniela, Liotti Anna, Ragni Pietro
- 82. 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
- 83. Studi di coorte ed end-point clinici rilevanti in tema di infezione da HIV: sono queste le evidenze che cerchiamo?**  
Manfredi Roberto
- 84. La sicurezza del processo di gestione clinica dei farmaci nell'Hospice area nord dell'Azienda USL Reggio Emilia**  
Mastrangelo Stefano, Bina Diego, Ghizzi Nuccia, Orlandini Fiorenzo
- 85. Diritto alla salute delle persone con disabilità, sicurezza delle cure riabilitative, riduzione degli sprechi: progetto isorisorse di sviluppo del "percorso di cura riabilitativo sanitario" nell'ASL BT**  
Mastrapasqua Nunzia
- 86. Riorganizzazione di un'area di degenza per intensità di cure e carico assistenziale: analisi di progetto e realizzazione**  
Mattiauda Elisa
- 87. Rilevazione dei bisogni formativi: risultati di un'indagine conoscitiva per la programmazione della formazione professionale**  
Mazzufero Fabio, Pelusi Gilda, Belli Francesca, Dignani Lucia, Girotti Susi, Pazzi Alessandro, Toccaceli Andrea
- 88. Assistenza di qualità in cure palliative. Valutazione dell'efficacia di un metodo preventivo nella gestione del rischio di lesioni da decubito**  
Melino Stefania
- 89. Abstract-to-Publication ratio e fattori predittivi per la pubblicazione degli abstracts presentati al congresso nazionale di medicina d'urgenza: uno studio cross-sectional**  
Menditto Vincenzo, Giannicola, Tedesco Silvia, Manfredi Lucia, Postacchini Laura, Barbadoro Pamela, Pomponio Giovanni, Gabrielli Armando
- 90. L'analisi proattiva mediante FMEA del rischio clinico nella gestione radioterapica del carcinoma mammario**  
Messina Glauco
- 91. Virtual care and real assistance. La gestione della non autosufficienza ai tempi del grande fratello.**  
Messina Glauco

- 92. P.N.E.: attivazione di audit clinici sulla base delle criticità emergenti presso l'ASL TO5 di CHIARI (TO)**  
Messori Ioli Giovanni, Bo Marco, Zardo Luciano, Dore Maurizio
- 93. La gestione della appropriatezza prescrittiva: L'utilizzo di pannelli predefiniti di esami di Laboratorio nel Dipartimento di Emergenza Urgenza dell'ASL 6 di Livorno**  
Michela Davide, Pennati Paolo, Fiorini Marcello
- 94. Nuovi modelli organizzativi in ambito ospedaliero: una consensus conference per creare cultura sull'intensità di cura**  
Minniti Davide, Gualano Maria Rosaria, Passi Stefano, Giacometti Marika, Siliquini Roberta, Cosenza Gaetano
- 95. La riorganizzazione del percorso TAO attraverso il Lean Thinking: integrazione e ottimizzazione delle risorse di diversi Dipartimenti Aziendali per una migliore risposta al Paziente**  
Nigris Daniele, Barbagli Francesco, Vescovo Sara, Curcio Francesco, Gallo Simonetta, Proietti Veronica, De Angelis Vincenzo
- 96. Progetto di centralizzazione della gestione dei farmaci oncologici di livello regionale finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa in Umbria**  
Orlandi Walter, Pioppo Manuela, Bogni Donatella, Bernardini Ilaria, D'Arpino Alessandro
- 97. La segnalazione dell'"evento critico" nell'Azienda USL di Bologna: confronto dei risultati con gli standard nazionali e internazionali**  
Palladino Teresa, Simoni Anna, Minarini Andrea
- 98. Impatto dello Shared-Decision-Making (SDM) sulla durata della degenza ospedaliera e sulla spesa sanitaria**  
Passi Stefano, Minniti Davide, Scaioli Giacomo, Giacometti Marika, Gualano Maria Rosaria, Siliquini Roberta, Cosenza Gaetano
- 99. L'assistenza infermieristica, la ricerca e i programmi di consulenza estetica per pazienti con cancro**  
Pedrazzani Carla, Valcarengi Dario, Bianchi Monica
- 100. Protocollo interaziendale di centralizzazione della prescrizione e rinnovo delle protesi acustiche**  
Pellati Morena, Romani Gabriele, Bianchin Giovanni, Bellocchio Eletta
- 101. Applicazione del metodo FMECA nella gestione proattiva del rischio clinico legato al trasferimento della S.C. Medicina Nucleare dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste**  
Pelos Barbara, Perulli Alfredo, Fornasier Maria Rosa, Monteverdi Daniela, Dore Franca
- 102. La Procedura TAVI: la sostituzione transcateretere e mininvasiva della Valvola Aortica nel Servizio di Emodinamica della Cardiologia del Dipartimento Cardiovascolare di Trieste**  
Perkan Andrea, Morosin Marco, Salvi Alessandro, Pappalardo Aniello, Stroili Manuela, Sinagra Gianfranco
- 103. Work Engagement degli infermieri dell'ASS 4 Medio Friuli: studio Trasversale**  
Picogna Michele, Maestra Maria Rosa, De Sarno Cristina, Petean Marco, Lanfrit Raffaella, Galmo Barbara, Morandini Marzia, Fantini Michela, Morachiello Stefano

**104. Telemedicina e gestione delle ferite difficili nel Sistema Sanitario Nazionale italiano. Sette anni di esperienza, risultati, lezioni apprese.**

Pillon Sergio, Cecarelli Vincenzo, Boccussi Lucia

**105. Audit civico: un patto con i cittadini per il miglioramento continuo delle prestazioni**

Pioppo Manuela, Amico Mario, Bernardini Ilaria, Esposito Liliana, Morcellini Rosita, Pieri Luisella, Ruffini Fabrizio, Zucconi Marco

**106. Organizzazione banca del latte umano donato presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia**

Pioppo Manuela, Orlandi Walter, Barboni Giancarlo, Carnio Gabriella, Capezzali Daniela, Duranti Lorenzo, Cerquiglini Laura, Morcellini Rosita, Pieri Liusella

**107. Applicazione sperimentale nell'ex ASL di Ravenna di un nuovo modello di governance: le piattaforme ospedaliere e l'ospedale per intensità di cura**

Ravaioli Cinzia, Tarlazzi Paolo

**108. SEPSI@AL.T**

Rocchetti Andrea, Lomolino Grazia, Mantia Eugenio, Bellini Roberta

**109. Il facilitatore della formazione on the job: una figura lean nel processo clinico-assistenziale**

Rossetti Rossella, Pacciani Cristina, Capanni Patrizia, Luana Giovannini, Elena Pelagani, Elena Nerozzi, Patrizia Grassi, Chiara Barchielli, Maristella Mencucci

**110. Progetto sperimentale "Feel-Good" per la promozione di corretti stili alimentari e dell'attività fisica rivolto alla popolazione adulta-anziana del comune di Roma**

Sambuchi Alessia, Messina Riccardo, Messina Glauco

**111. Audit & Feedback e checklist per implementare il cambiamento: l'esperienza di un Pronto Soccorso per la gestione della Fibrillazione Atriale**

Scaldaferri Luca, Glinski Letizia, Arigoni Mauro, Sacher Maurizio, Favaro Andrea

**112. Riconversione a ospedale per intensità di cura di nosocomio in ambiente montano: analisi delle patologie maggiori e dell'impatto delle stesse sul servizio di radiologia**

Scardino M, Grosso M, Giacometti M, Passi S, Minniti D, Pasqualucci A, Siliquini R, Gualano MR, Audisio L, Cesari L, Cosenza G

**113. Obiettivo sostenibilità: dal fornitore al paziente: reingegnerizzare la supply chain dei dispositivi medici**

Serpieri Chiara, Bo Andrea, Marengo Chiara

**114. Il piano per ogni paziente e il punto di vista degli operatori. Esperienza in un reparto di Medicina nell'Azienda Ospedaliera Senese**

Serra Daniela, Riccardis Maria, Abati Linda, Peruzzi Vanna, Bugnoli Gianluca

**115. Inalazione di corpo estraneo nel bambino: risultati di un'indagine conoscitiva sui docenti della scuola primaria e dell'infanzia**

Siena Ilenia, Toccaceli Andrea, Dignani Lucia, Lucertini Carla, Graciotti Paola

**116. Analisi dei predittori di riammissione non pianificata a trenta giorni, tra i pazienti di un servizio di Cure Domiciliari**

Simonetti Valentina, Comparcini Dania, Carnicelli Francesca, Coccia Bruna, Della Pelle Carlo, Cerratti Francesca, Cicolini Giancarlo

**117. Cadute e ri-cadute sull'organizzazione: risultati quattro anni dopo**

Simoni Anna, Palladino Teresa, Minarini Andrea

**118. L'organizzazione per intensità di cura può ridurre l'aggravamento clinico dei pazienti ricoverati in Medicina interna**

Spagnolli Walter, Cozzio Susanna, Rigoni Marta, Peterlana Dimitri, Dorigoni Stefania, Vettorato Elisa, Grattarola Mario, Pace Nicola, Torri Emanuele, Nollo Giandomenico

**119. La valutazione dello stress lavoro-correlato: indagine trasversale ed azioni di miglioramento**

Storti Matteo, Acqua Alberto, Barbiero Michela

**120. Le scale di valutazione delle lesioni da decubito in terapia intensiva: una revisione della letteratura degli strumenti più appropriati**

Storti Matteo, Barbiero Michela

**121. CDC di Atlanta e gestione degli accessi vascolari: verso una migliore pratica clinico-assistenziale**

Strappelli Francesca, Toccaceli Andrea, Lucertini Carla, Dignani Lucia

**122. SITRA AMIR: area miglioramento e ricerca del servizio infermieristico aziendale**

Stuani Nadia

**123. L'ambulatorio integrato per la Sclerosi Laterale Amiotrofica presso l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova: prime esperienze e dati preliminari**

Superbi Piero, Buzzi Paolo, Girolami Francesca, Ferraro Francesco, De Donno Giuseppe, Talassi Erika, Viapiana Silvia, Mondini Marino, Bissoli Paola, Storti Pier Vincenzo

**124. Valutazione della qualità della vita nella persona colpita da ictus in relazione al luogo di degenza: protocollo di ricerca**

Taddei Federica, Guarinoni Milena Giovanna

**125. Il Controllo di Gestione a supporto della clinica riabilitativa**

Terzo Danilo, Provenzale Giuseppe

**126. Donne vittima di violenza nella relazione affettiva: revisione sistematica degli strumenti di identificazione**

Toccaceli Andrea, Callegari Federica, Lucertini Carla, Dignani Lucia

**127. L'aderenza terapeutica in ambito cardiologico: risultati di uno studio descrittivo-correlazionale**

Toccaceli Andrea, Ciucanigovernatori Marika, Scagnetti Marco, Vesprini Serena, Dignani Lucia, Lucertini Carla

**128. Utilizzo della web-radio nell'informazione medico-scientifica. Radiomanzo.it ed il progetto Parola al medico.**

Troiani Matteo, Glauco Messina, Alessia Sambuchi, Pasquarelli Luca, Troiani Modesto

**129. Interruzioni ed effetti sull'attività degli operatori sanitari: audit interno e proposte di miglioramento per la sicurezza delle cure**

Trotti Claudio, Spadacini Paola, Varese Tommaso, Ciardiello Patrizia, Boggio Mariella, Belardi Fabiola, Borgatta Giovanni, Laudando Maria, Giacomini Giovanna, Bogianchini Mauro

**130. Patient education & empowerment: per migliorare la pratica clinica e la qualità dell'assistenza**

Truccolo Ivana, Bongiovanni Marilena, De Paoli Paolo

**131. Management del dolore toracico acuto non traumatico in Pronto Soccorso e rischio medico-legale percepito: un'analisi retrospettiva**

Urso Domenico Lorenzo

**132. Sviluppo di percorsi assistenziali interdisciplinari basati sui risultati ottenuti da un core outcome set (COS) per valutare i biomarcatori ed i parametri clinici nell'area Onco-Ematologica**

Vanalli Mariangela

## 9. L'assistenza sanitaria territoriale per intensità di cure nelle endocrinopatie croniche: riflessioni dal modello sperimentale ASL BR

Agrimi Daniela, De Marco Anna, Mazzotta Anna Maria, Morgillo Michele, Di Bella Graziella, Ciannamea Paolo, Romano Penelope

### ASL Brindisi

**BACKGROUND** La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria verso interventi efficaci, e dal high value, è un processo che coinvolge anche la specialistica ambulatoriale territoriale, dove cresce il carico di pazienti cronici. Dalla coordinazione dell'offerta dei servizi e delle prestazioni sanitarie con i bisogni e il quadro clinico del paziente possono derivare setting assistenziali differenziati per complessità di risorse, professionali e organizzative, con riduzione degli sprechi. Il richiamo ad una medicina pro-attiva è un fondamentale elemento di salvaguardia del sistema sanitario pubblico italiano, ma richiede un forte coinvolgimento di operatori e cittadini. Come contributo agli attuali temi socio-economici riportiamo l'esperienza del Modello Integrato nelle Endocrinopatie Croniche (MIEC).

**OBIETTIVI** Il Modello Integrato nelle Endocrinopatie Croniche (MIEC) è stato adottato in via sperimentale presso l'Ambulatorio di Endocrinologia del Distretto Socio Sanitario n. 4 dell'ASL BR per la durata di un anno (03-13/14).

**METODI** Ispirato ai criteri del Chronic Care Model ne ha privilegiato la logica di "presa in carico" (PC) prevedendo l'organizzazione di circa un terzo dell'assistenza specialistica in "gestione diretta" e attivando funzioni di accesso remoto (AC) con l'utenza. Un programma di cura e management a domicilio, denominato Piano Individuale di Cura (PIC), è stato adottato come strumento applicativo dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) Aziendali. La durata del PIC è stata stratificata, in ragione della stabilità del quadro clinico, in quattro livelli temporali distinti per frequenza di accessi ambulatoriali: bassa (da 18 a 48 mesi), medio-bassa (da 12 a 18 mesi), media (da 6 a 12 mesi), alta (entro i 3 mesi). Per ogni PIC sono stati identificati parametri bio-umorali o clinici indicativi di un significativo peggioramento o cambiamento (gravidanza). Un interfaccia telematico permette la comunicazione della criticità. Dalla valutazione del rischio clinico (triage) derivata o una risposta a distanza (counselling) e/o l'attivazione di un appropriato accesso ambulatoriale (visita endocrinologica). La fase sperimentale ha previsto la riqualificazione di una puericultrice verso funzioni infermieristiche evolute (care manager) e l'inclusione dell'organizzazione non profit GAT nelle attività gestionali nella fase di recall (co-produzione).

**RISULTATI** L'analisi preliminare è stata svolta su campione di n. 281 utenti (donne 237, uomini 44) ambulatoriali con accesso programmato CUP, pari al 18,2 % del totale. La popolazione risulta prevalentemente affetta da patologia tiroidea (98,4 %), il 50 % è in terapia farmacologica continuativa. I 47 % degli utenti rientra nella tipologia primo accesso (PA) e il 53 % in quella accesso successivo (AS). Il 41,3 % degli utenti conclude l'iter diagnostico con un unico accesso ambulatoriale e riceve un PIC definitivo, nel 59,5 % dei casi a bassa (PIC-1), nel 31 % a medio-bassa (PIC-2) e nel 8 % ad alta intensità di controlli (PIC-3); nel 1,5 % dei casi non è necessaria alcuna rivalutazione (PIC-0). La quota del campione con un programma di presa in carico (PC) è pari al 58,7 %; tra questi circa il 55,5 % è rappresentato da PA, il cui programma di cura individuale è in via di definizione. Nel gruppo degli utenti AS il 61,5 % riceve un PIC definitivo con un unico accesso ambulatoriale e il 15,4 % dei casi transita in un PIC più basso. Nel gruppo di utenti PA e AS in presa in carico (PC) si registra il 14,4 % di drop-out e il 5,45 % di indeterminati al termine della osservazione. Nel 72,1 % è possibile definire nel corso del periodo di presa in carico un PIC, il 37,5 % transita in una classe più bassa. Nel gruppo PIC-1 il TSH medio di accesso è  $> 4.5 \mu\text{U/mL}$ , al termine il TSH nei non trattati è 1.2 e nei trattati  $2.1 \mu\text{U/mL}$ . L'incremento medio della posologia settimanale di LT4 è di circa 100 mcg. Nel gruppo PIC-2 il TSH medio di accesso è  $0.3 \mu\text{U/mL}$ ; il sottogruppo "trattati" è rappresentato da donne in età fertile con un valore medio del TSH pari a  $3.2 \mu\text{U/mL}$ . A termine il valore medio del TSH nei non trattati è  $0.3 \mu\text{U/mL}$  e nei trattati  $1.1 \mu\text{U/mL}$ . L'incremento medio della posologia settimanale di LT4 è di circa 50 mcg. Nel gruppo PIC-3 il TSH medio di accesso è  $68.3 \mu\text{U/mL}$ ; nel sottogruppo "trattati con LT4" il TSH è  $0.4 \mu\text{U/mL}$ ; in quello "trattati con MTZ" il TSH è  $3.3 \mu\text{U/mL}$ . A termine il TSH nei "non trattati" è  $1.7 \mu\text{U/mL}$ , nei "trattati con LT4" il TSH è pari a  $1.0 \mu\text{U/mL}$ ; in quello "trattati con MTZ" il TSH è  $2.1 \mu\text{U/mL}$ . L'incremento medio della posologia settimanale nei trattati è di circa 326,2 mcg di LT4. Nel gruppo PIC-4 nel sottogruppo "trattati con LT4" accedono donne in età fertile con TSH pari a  $4,5 \mu\text{U/mL}$ ; nel sottogruppo "trattati con MTZ" il TSH è  $0,04 \mu\text{U/mL}$ . A termine il TSH è pari a 1.8 e  $4.2 \mu\text{U/mL}$  rispettivamente. L'incremento medio della posologia settimanale di LT4 è di circa 58.3 mcg.

**LIMITI** Implementazione. Valorizzazione economica di setting con accesso remoto. Opportune scale di validazione.

**CONCLUSIONI** Il MIEC presenta un'architettura che consente di valutare il processo assistenziale in un continuum temporale che di correlare i quadri clinici, con il setting assistenziale (diretto o remoto) e gli esiti di salute. La declinazione dei PDTA in piani individuali di cura, e la correlazione con idonei timing di controllo e/o accesso ambulatoriale, condizionano l'efficacia dell'intervento sanitario, soprattutto nelle situazioni di continuità terapeutica. La modalità di "presa in carico" contribuisce alla continuità assistenziale se, oltre ad un approccio proattivo con utenza ed operatori sanitari, si adottano idonee tecnologie di comunicazione telematica e adeguati criteri di valutazione all'accesso ambulatoriale diretto. È, pertanto, auspicabile lo sviluppo anche nel contesto territoriale di strumenti destinati allo studio di setting assistenziali a crescente assorbimento di risorse nonché alla validazione di opportune scale di valutazione.

### Indirizzo per la corrispondenza

Agrimi Daniela, Medico Chirurgo  
Distretto n.4 - Mesagne  
Via Panareo, 10 - 72023 - Mesagne (BR)  
Email: dr.agrimi@libero.it

## 10. Ambulatorio infermieristico dello scompenso cardiaco: ottimizzazione della terapia con betabloccanti

Alijevic Goran<sup>1</sup>, Traini Tiziana<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Spedali Civili Brescia,* <sup>2</sup>*Università Politecnica delle Marche - CDL Infermieristica Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Nel mondo Occidentale il continuo invecchiamento della popolazione, insieme ad altri fattori di rischio, ha portato l'insufficienza cardiaca al primo posto tra le cause di mortalità e morbilità nonché di ospedalizzazione, con rilevanti implicazioni di ordine socio-economico ed una importante gravosità sulla spesa sanitaria nazionale. Per soddisfare in modo appropriato tutte le esigenze del paziente affetto da scompenso cardiaco e per creare una continuità tra ospedale e territorio, nascono gli ambulatori multidisciplinari dello scompenso cardiaco a gestione infermieristica. Questo modello di approccio e gestione del paziente con SC permette di mantenere un costante monitoraggio dello stato di salute del paziente, migliorare l'adesione al trattamento soprattutto da parte dei pazienti più complessi, educare il paziente/familiari a saper riconoscere le principali complicanze, ottimizzare la terapia farmacologica sulla base della rilevazione dei parametri vitali, garantire la continuità assistenziale, uniformare le figure professionali coinvolte nella pratica clinico-assistenziale, ridurre le riospedalizzazioni, nonché favorire progetti di ricerca multidisciplinari dai quali si possono elaborare dati ed informazioni di rilevante valore scientifico.

**OBIETTIVI** Dimostrare, attraverso la revisione sistematica della bibliografia internazionale ed una raccolta dati organizzata tramite database appositamente studiato e costruito che, una gestione infermieristica dell'ambulatorio multidisciplinare dello scompenso cardiaco, sia in grado di abbattere i costi dell'ospedalizzazione. Ridurre la mortalità ad 1, 3 e 5 anni rispetto ai dati degli anni precedenti, migliorare largamente la qualità di vita dei pazienti assicurando così fiducia ed aderenza al regime terapie

**METODI** Nella sperimentazione sono stati arruolati 231 pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco. L'osservazione sperimentale ha avuto la durata di 1 anno (Marzo 2013- Aprile 2014). I criteri di inclusione sono stati: Aver avuto una Diagnosi ed almeno un ricovero per scompenso cardiaco è stato creato un database ad hoc in grado di raccogliere dati clinici di vario genere. Lo stesso è stato incrementato ed aggiornato ad ogni accesso del paziente in ambulatorio.

**RISULTATI** La comparazione dei dati dell'anno 2014 con quelli degli anni precedenti, indica chiaramente come l'ambulatorio dello scompenso cardiaco dell'ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno (ASUR MARCHE AV5) sia in grado di abbattere l'ospedalizzazione di circa 100 unità/anno e le giornate di degenza complessive di 1500 circa/anno. Oltre i dati numerici è stato registrato un miglioramento tangibile delle condizioni cliniche e della qualità di vita del paziente nel periodo di osservazione e che, inevitabilmente, si traducono nella soddisfazione dello stesso paziente, della famiglia e dei professionisti della salute

**LIMITI** L'inevitabile saturabilità delle risorse di fronte ad un carico assistenziale sproporzionato, anche perché, come in altre esperienze, la disponibilità di strutture dedicate determinava un aumento progressivo della domanda di prestazioni. La difficoltà di gestione per una buona parte di pazienti con scompenso refrattario o in classe NYHA avanzata o con altre comorbilità invalidanti soprattutto se anziani fragili, non in grado di effettuare, per la gravità della malattia, un follow-up ambulatoriale, per i quali diventava necessario stabilire collaborazioni strutturate con altre specialità per affrontare in maniera ottimale i diversi aspetti della malattia. L'offerta di un servizio non sempre personalizzato in base al livello di gravità e rischio in seguito alla mancanza di strutture e risorse.

**CONCLUSIONI** Appare ormai chiaro che una corretta e multidisciplinare gestione del paziente con scompenso cardiaco riduce significativamente il numero dei reingressi ospedalieri per SC e quindi, riduce non solo i costi da essi derivanti, ma anche i decessi. La corretta gestione dello SC quale malattia cronica, infatti, richiede oltre la continuità assistenziale con livelli di complessità differenziali in tutto l'arco della sua evoluzione. L'infermiere nei paesi anglosassoni, oltre ad occuparsi dell'aspetto organizzativo, gestionale ed educativo ricopre un ruolo chiave nella gestione clinica ed assistenziale dei pazienti con scompenso cardiaco. È auspicabile che anche in Italia il legislatore possa conferire all'infermiere la possibilità di gestire la titolazione della terapia diventando così parte integrante del setting assistenziale a 360 gradi. Perché questo avvenga sarebbe necessario istituire dei master di specializzazione riconosciuti a livello legislativo che possano portare l'infermiere a conoscere e seguire precise linee guida e protocolli di riferimento agendo in autonomia.

### Indirizzo per la corrispondenza

Traini Tiziana, Infermiere  
Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno  
Via delle Begonie snc - Ascoli Piceno (AP)  
Email: t.traini@univpm.it

## 11. Un sistema informativo dipartimentale per la salute pubblica: alla ricerca dell'efficienza e della buona informazione

Argentero Oscar, Biglione Graziella, Brezzo Alessandra, Della Torre Angela, Gelormino Elena, Guadagnin Ivana, Piovesan Francesca

ASL TO5

**BACKGROUND** Il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Torino 5 comprende 6 strutture complesse, SISP (struttura Igiene e Sanità Pubblica), SPRESAL (struttura Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro), SIAN (struttura Igiene Alimenti e Nutrizione), Vet A (struttura veterinaria Sanità Animale), Vet B (struttura veterinaria Igiene degli Alimenti di Origine Animale), Vet C (struttura veterinaria Igiene delle Produzioni Zootecniche) e un ufficio di direzione (Dir Dip). Il personale è incaricato del caricamento dati per una molteplicità di flussi informativi, aumentati nel corso degli anni, quasi sempre voluti da enti sovrapposti (es. Regione) o di controllo (Procura della Repubblica). Si tratta di un apparato informativo non pianificato ab initio e cresciuto in modo incrementale, spesso con obiettivi poco chiari agli stessi operatori, resistente al tempo per l'inerzia dei processi amministrativi.

**OBIETTIVI** Obiettivo principale di questo progetto è chiarire la struttura del sistema informativo attuale, verificarne le connessioni orizzontali e quantificare le ricadute in termini di feedback ricevuti e di utilizzo di tali informazioni. Un ulteriore obiettivo che qui trova solo un breve spazio è l'offerta dell'informazione alla cittadinanza, di cui però non sono, a tutt'oggi, noti i bisogni informativi. Il progetto terminerà le proprie rilevazioni a fine febbraio 2015.

**METODI** Un gruppo rappresentativo di tutte le strutture complesse si è spontaneamente costituito all'interno del Dipartimento di Prevenzione. Esso ha formulato una checklist per l'health information system assessment, mutuata in parte dagli strumenti proposti dall'HMN – WHO (2008). I flussi sono classificati secondo 6 categorie: dati sanitari, agenti nocivi alla salute, anagrafi, flussi economico-finanziari, rendicontazione delle attività e monitoraggio degli obiettivi del servizio. Sono quantificate le ore di lavoro/operatore per ogni flusso ed il reale ritorno al dipartimento in termini di informazioni utili al cambiamento. Una griglia di dettaglio consente di verificare, variabile per variabile, le registrazioni multiple.

**RISULTATI** Il dipartimento di Prevenzione non è dotato di un proprio sistema informativo unico, pianificato e orientato alle azioni. Se definiamo un flusso informativo come l'insieme delle informazioni che si muovono all'interno di una organizzazione e verso l'esterno, ad una rilevazione preliminare sono stati individuati 104 flussi. La mera rendicontazione delle attività svolte rappresenta l'attività più frequente (36%); la rilevazione di fattori di rischio si limita al 33%. La struttura dei singoli flussi è solo parzialmente conoscibile dagli operatori che, a volte, ne ignorano la composizione oltre al tratto di propria competenza. Gli indicatori generati da ogni flusso sono in esame, come pure il consumo di risorse (ore/operatore/tempo). Il dipartimento non conduce, di routine, analisi sui propri dati, ma le affida agli organismi sovraordinati verso i quali assolve al proprio debito informativo. Le connessioni informative orizzontali (fra i servizi dipartimentali) non sono strutturate: il singolo operatore che affronta un problema di salute pubblica deve indagare nel patrimonio informativo degli altri servizi definendo domande di indagine puntuali. Le occasioni di feedback sono rappresentate dalle relazioni annuali di attività della Regione Piemonte, la cui pubblicazione è però ferma agli anni 2010/2011, dalla reportistica regionale per le coperture vaccinali (a cadenza irregolare) e per le malattie infettive (annualmente). Nessuna delle informazioni è attualmente disponibile in forma di "open data". È in corso un progetto con questo obiettivo per alcuni indicatori di rischio (acque potabili).

**LIMITI** Il progetto rappresenta un'indagine conoscitiva voluta dagli operatori in un processo bottom up. Il limite conoscitivo intrinseco è legato al fatto che ogni operatore conosce solo il proprio tassello ed è difficile ricostruire il quadro completo di un processo incrementale. Il limite operativo è rappresentato dal fatto che la semplificazione del sistema dipende in buona parte dagli enti sovraordinati che l'hanno generata, con poche possibilità di modifica nel breve periodo.

**CONCLUSIONI** I dati quotidianamente raccolti rappresentano la connessione fra problema e soluzione, definiscono ciò che si conosce e situano i fatti nel tempo e nello spazio, ci dicono ciò che già si fa e identificano i gap, individuano le popolazioni a rischio e ci permettono di conoscere meglio le comunità, ma la loro raccolta e il loro utilizzo rappresentano un costo e, spesso, un carico di lavoro dalla utilità poco compresa e dalle potenzialità organizzative e di pianificazione non ancora esplorate.

### Indirizzo per la corrispondenza

Gelormino Elena, Medico Chirurgo  
ASL TO5  
Via San Domenico, 21 - 10023 - Chieri (TO)  
Email: gelormino.elena@aslto5.piemonte.it

## 12. Progetto per l’inserimento del personale neoassunto del Dipartimento delle Professioni Sanitarie

Babini Patrizia, Baldassarri Ivana, Bettelli Giuliano, Carnio Gabriella, Casini Alessandro, Fontetrosciani Laura, Ontari Gianluca, Pettinacci Luciano, Saiu Maria Pia, Pioppo Manuela

*Azienda Ospedaliera di Perugia*

**BACKGROUND** Tra i vari aspetti della gestione delle risorse umane di un’azienda sanitaria, quello riferito all’inserimento e valutazione del personale neoassunto è sicuramente uno dei punti essenziali che necessita di un’attenta verifica e continuo miglioramento, per renderlo più aderente alle esigenze e aspettative dell’organizzazione. È per questo motivo che l’Azienda Ospedaliera di Perugia (AOPg), in un Sistema di Qualità volto alla gestione delle risorse, ha dato particolare attenzione al processo di inserimento del Neoassunto (NA)/Neoinserito(NI) in modo che quest’ultimo sia consapevole dell’importanza delle sue attività e di come esse contribuiscano a conseguire gli obiettivi assistenziali ed organizzativi

**OBIETTIVI** Sono intraprese azioni tese a : - garantire al NA/NI un’accoglienza che faciliti la conoscenza dell’organizzazione, delle responsabilità, dei regolamenti e delle procedure a cui fare riferimento; - assicurare un’appropriata formazione – addestramento funzionale all’acquisizione delle competenze attese dall’organizzazione; - valutare le competenze apprese , anche in funzione del superamento del periodo di prova; - adempiere agli obblighi formativi previsti dal D.Lgs.81/08 e s.i. in materia di sicurezza dei lavoratori.

**METODI** Il progetto è stato articolato in diverse fasi tra loro interconnesse a partire dal 2011/2012 Dapprima è stato individuato un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha coordinato le varie fasi del progetto. Nella prima fase è stata individuata e formalizzata una rete di tutor di struttura, ai quali è stato rivolto un corso di formazione specifico ripetuto per 6 edizioni. Al termine del percorso formativo è stato revisionato (II fase) il “Manuale Aziendale di inserimento del NA/NI” e sono state elaborate ed implementate specifiche istruzioni operative. Contestualmente sono stati elaborati i dizionari di competenza per i diversi profili professionali e specifiche check list di valutazione dove vengono evidenziate le competenze attese ed oggetto di valutazione . La documentazione prodotta è stata implementata all’interno dell’AOPg (III fase) ed in particolare all’interno delle Strutture oggetto del processo di Accreditamento Istituzionale. Tutta la documentazione prodotta è stata inserita all’interno del Sistema di Gestione di Qualità aziendale (SGQ) ed oggetto di verifica dell’implementazione nelle visite ispettive interne ed esterne previste dal SGQ. Contestualmente sono stati realizzati i corsi di formazione ECM previsti dal progetto e rivolti ai nuovi dipendenti, in particolare inerenti l’accoglienza e la sicurezza dei lavoratori.. All’interno delle Strutture invece la formazione/addestramento dei NA/NI è realizzata attraverso l’affiancamento con i tutor con la supervisione del coordinatore.

**RISULTATI** È stato realizzato negli anni 2011-2012 il corso specifico di formazione per n. 103 Tutor di struttura e n. 70 Coordinatori di tutte le professioni sanitarie. Realizzati corsi di formazione su accoglienza e sicurezza dei lavoratori per i neoassunti dal 2013 ad oggi. Per la valutazione del percorso sono stati individuati degli indicatori valutati annualmente attraverso specifici audit. % Rispondenza tra struttura di assegnazione e aspettative del neoassunto %Soddisfazione complessiva riferita al processo di inserimento % Chek list compilate / totale neoassunti assegnati alla struttura

**LIMITI** -

**CONCLUSIONI** Il progetto ha permesso di migliorare l’attenzione da parte dell’Organizzazione riguardo al percorso di accoglienza ed inserimento del neoassunto ed allo stress lavorativo correlato al disorientamento ed insicurezza tipici dell’inserimento lavorativo in un ambiente non conosciuto. Inoltre ha permesso la valorizzazione della funzione di tutoring e riconoscimento, da parte dell’Organizzazione, del ruolo del Tutor di struttura.

### Indirizzo per la corrispondenza

Fontetrosciani Laura, Infermiere  
Azienda Ospedaliera di Perugia - Direzione Sanitaria  
Piazzale Giorgio Menghini - 06156 - Perugia  
Email: laurafontetrosciani@virgilio.it

### 13. Appropriatelyzza della richiesta e del referto dell'HbA1C nella diagnosi e follow up del diabete: l'esperienza dell'Area Vasta Romagna

Baldrati Luca, Morotti Loretta, Rondoni Michela, Rosetti Marco, Vascotto Lucia, Dorizzi Romolo

AUSL della Romagna

**BACKGROUND** L'emoglobina glicata (HbA1c) è prodotta con una reazione non-enzimatica dal legame del glucosio all'emoglobina proporzionale alla concentrazione media del glucosio nel sangue. La sua misura riflette la concentrazione plasmatica media del glucosio dei 2-3 mesi precedenti. Il metodo di misura dell'HbA1c deve essere standardizzato ed allineato con l'International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) e l'utilizzo dell'HbA1c è raccomandato per la diagnosi ed il monitoraggio del controllo glicemico del diabete. Presenta numerosi vantaggi rispetto alla Glicemia a digiuno (GAD): ha una stabilità pre-analitica maggiore, può essere misurato in qualunque ora del giorno in quanto non richiede il digiuno prima del prelievo, non è influenzata da eventi acuti ed ha una variabilità biologica bassa. Tuttavia, le condizioni che interferiscono nella produzione e nella misurazione dell'HbA1c devono essere conosciute dal laboratorio e dal clinico e devono essere considerate nell'interpretazione dei risultati.

**OBIETTIVI** Migliorare l'appropriatelyzza prescrittiva degli esami di laboratorio utilizzati per la diagnosi e il controllo glicemico nel diabete. Migliorare il contenuto informativo del referto dell'HbA1c con note esplicative per comunicare ai medici prescrittori le condizioni legate al paziente che riducono il potere informativo dell'esame.

**METODI** La misura dell'HbA1c è influenzata da numerose patologie ematologiche che modificano l'emivita dei Globuli Rossi cambiando il tempo di esposizione dell'emoglobina al glucosio plasmatico. Altre interferenze nella misura dell'HbA1c sono dovute a modifiche del processo di glicazione, come avviene nella comune anemia sideropenica, in cui aumentano i valori di HbA1c fino all'1.5% (17 mmol/mol) per poi abbassarsi dopo terapia marziale adeguata, o alla presenza di polimorfismi emoglobinici come una Hb variante. L'U.O. Corelab del Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna ha refertato nel 2014 circa 170000 HbA1c. La gestione del rilascio dei risultati di un tale carico di esami ha richiesto un supporto informatico. Sono state configurate sul LIS (Informatic Laboratory System), tramite un "sistema esperto" di validazione, regole di patologia, accettabilità, delta check e plausibilità con Glucosio, RDW e Hb che permettono di validare in batch il 90% dei risultati. Il restante 10% viene validato paziente per paziente con l'utilizzo di un "middleware" che permette di visualizzare in una schermata unica dati ematologici (emocromo e conta reticolocitaria) e biochimici relativi all'assetto marziale e glicemico del paziente. Dalla stessa maschera il dirigente addetto al rilascio dei risultati può accedere ad un catalogo di commenti standardizzati. Il LIS fornisce, inoltre, una banca dati che consente di verificare monitorare e confrontare le abitudini prescrittive dei Clinici, sia nell'ambito delle Cure Primarie che Specialistiche, e valutare l'applicazione delle raccomandazioni EBML sull'utilizzo dell'HbA1c, anche in associazione con altri esami.

**RISULTATI** Nel biennio 2012-2013 sono state eseguite 318675 determinazioni di HbA1c (circa 500/die) in 130125 pazienti (si stima che la prevalenza del diabete in Emilia Romagna sia di circa il 5% e quindi circa 50.000 dei 1.200.000 abitanti della Romagna ne sono affetti). Nel corso delle analisi di HbA1c sono stati individuati 205 nuovi casi di portatori di Hb variante, condizione per la quale il dosaggio dell'HbA1c non è appropriato. L'HbA1C è stata richiesta insieme alla GAD mediamente nell'80% dei casi.

**LIMITI** L'inadeguata conoscenza dei Laboratori e dei Clinici dei limiti del dosaggio dovute a condizioni fisiopatologiche del paziente richiede la raccolta di altri dati.

**CONCLUSIONI** In un Laboratorio di area vasta i Dirigenti validano l'HbA1c usando supporti informatici per rilevare e comunicare con note esplicative sul referto al Medico richiedente eventuali condizioni interferenti il dosaggio dell'HbA1c (sotto o sovrastima) potenzialmente fuorvianti per la gestione del paziente. HbA1c e GAD sono richiesti prevalentemente associati. La determinazione della GAD è raccomandata nello screening e nella diagnosi del diabete e quella dell'HbA1c è raccomandata nello screening, diagnosi e monitoraggio del diabete. Non vi sono raccomandazioni altrettanto esplicite riguardo l'uso associato dei 2 parametri, in particolare nel follow-up del paziente diabetico. Quando il controllo glicemico è precario è meglio valutabile analizzando HbA1C e monitoraggio glicemico; nei casi di buon compenso è preferibile un solo esame, l'HbA1C; la richiesta associata della GAD non ha un valore aggiunto e può risultare fuorviante. In ossequio all'EBML l'esame o gli esami devono essere richiesti solo se il risultato influisce sulla decisione clinica.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Baldrati Luca, Medico Chirurgo  
Azienda USL della Romagna - Azienda USL di Cesena - U.O. Core Lab - Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna  
Piazza Leonardo Sciascia, 111 int. 2 - 47522 - Cesena (FC)  
Email: luca.baldrati@auslromagna.it

## 14. Migliorare l'appropriatezza del Triage infermieristico di Pronto Soccorso attraverso un progetto educativo realizzato sulla base del bisogno formativo degli infermieri

Baricchi Marina, Braglia Duilio

*Azienda Usl Reggio Emilia*

**BACKGROUND** Il Triage è una funzione infermieristica, il cui fine è identificare le priorità clinico assistenziali degli utenti, attraverso l'attribuzione di un codice che definisce l'ordine di accesso ai trattamenti. Benché strumento di gestione del rischio clinico il Triage è comunque soggetto ad errori di cui i più importanti sono la sottostima e la sovrastima del codice. La sovrastima può determinare un gap organizzativo e il ritardo nella presa in carico dei pazienti con codifica uguale o inferiore; la sottostima può causare un peggioramento delle condizioni del paziente dovute al prolungamento dei tempi di attesa. Per prevenire i danni dovuti alla errata attribuzione del codice di Triage le raccomandazioni ministeriali indicano la formazione quale strumento di addestramento del personale infermieristico. Le evidenze scientifiche suggeriscono che la formazione migliora l'appropriatezza del Triage infermieristico quando implementa le competenze degli operatori se finalizzata al potenziamento delle conoscenze e adeguata all'expertise alle loro necessità formative

**OBIETTIVI** L'obiettivo del progetto è il miglioramento dell'appropriatezza del Triage di Pronto Soccorso

**METODI** Per implementare la qualità del Triage infermieristico è stato realizzato un progetto a più step che ha previsto: 1 verifica dell'appropriatezza delle codifiche di Triage 2 analisi delle criticità emerse 3 pianificazione del progetto educativo 4 realizzazione del progetto formativo 5 verifica di efficacia dell'intervento educativo

**RISULTATI** 1 verifica dell'appropriatezza delle codifiche di Triage. È stata realizzata un'analisi retrospettiva delle codifiche attribuite al codice giallo in 3 Pronto Soccorso della provincia di Reggio Emilia nel periodo dal 1.11.2010 al 31.12.2010, nelle giornate di lunedì e venerdì. I pazienti a cui è stato attribuito il codice giallo in ingresso e/o dimissione risultano essere stati 558; di questi 274 hanno presentato discordanza tra codice di accesso e dimissione. Abbiamo scartato dall'analisi quelli concordanti ciò potrebbe apparire un bias ma in termini di rischio clinico e out come, essi non sono significativi. L'analisi confrontando il codice con i protocolli di Triage ha messo in luce 10 schede errate per sottostima e 56 per sovrastima. Le sottostime sono state di: 0,4% nel Pronto Soccorso A, 2% nel Pronto Soccorso B, 5,4% nel Pronto Soccorso C. Le sovrastime sono state: 15,3% nel Pronto Soccorso A, 7,2% nel B, 2,7% nel Pronto C. Il tasso di sovrastima è risultato negli standard regionali (Emilia Romagna) il tasso di sottostima è risultato troppo elevato nel Pronto Soccorso B. 2 analisi delle criticità emerse Le presentazioni cliniche più soggette ad errore sono state: dispnea, trauma, stato di sopore, sincope ed addominalgia. Le criticità riscontrate sono da attribuire ad una parziale rilevazione o errata interpretazione dei parametri vitali, intensità del dolore ed una conoscenza non adeguata dei protocolli di Triage. Le analisi realizzate confermano che i pazienti fragili con pluripatologie sono soggetti più frequentemente ad errori di valutazione. 3 pianificazione del progetto educativo. È stato realizzato un intervento formativo volto a colmare le lacune conoscitive riscontrate. L'evento ha previsto il ripasso dei concetti base del Triage: principi, metodologia, obiettivi, l'approfondimento delle modalità di valutazione: parametri vitali e protocolli, con particolare riferimento ai "pazienti difficili", e l'esercitazione su casi clinici. 4 realizzazione del progetto formativo Durante il 2013 è stato inserito nel piano formativo aziendale un corso di Retraining di Triage quale attività obbligatoria per tutti gli infermieri dei 5 Pronto Soccorso Aziendali. Il corso è stato replicato in 4 edizioni, l'evento ha previsto un massimo di 20 partecipanti per corso. L'attività è stata pianificata e realizzata con il supporto di formatori esperti nell'ambito del Triage che hanno garantito la loro presenza in aula. 5 verifica di efficacia della formazione Per verificare l'efficacia formativa in termini di miglioramento dell'appropriatezza è in corso una seconda valutazione delle codifiche di Triage successiva all'attività educativa e formativa.

**LIMITI** Punto 1 sezione risultati

**CONCLUSIONI** Al fine di migliorare l'efficacia del Triage infermieristico e garantire una migliore qualità assistenziale è stata realizzata un'analisi sull'appropriatezza dei codici gialli. Una volta individuate le criticità è stato pianificato un intervento educativo, realizzato sulla base del bisogno formativo emerso. Per verificare l'efficacia dell'intervento formativo è attualmente in corso la rivalutazione dell'appropriatezza delle codifiche di Triage.

### Indirizzo per la corrispondenza

Baricchi Marina, Infermiere  
Distretto di Scandiano  
Via Martiri della Libertà, 6 - 42019 – Scandiano (RE)  
Email: fmbaricchi@libero.it

## 15. Un approccio statistico per individuare l'utilizzo inappropriato di TAVI

Bartoccioni Filippo<sup>1</sup>, Amoddeo Caterina<sup>1</sup>, Borreca Flavio<sup>1</sup>, Dubinski Mihaela<sup>2</sup>, Vulpiani Lavinia<sup>2</sup>, Monaco Cinzia<sup>1</sup>, Montecchiesi Luigi<sup>1</sup>, D'urso Antonio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, <sup>2</sup>HTAcamp no profit association

**BACKGROUND** Le TAVI sono una metodologia nuova che seguendo le linee guida internazionali dovrebbe essere utilizzata solo in una popolazione ben selezionata di pazienti. La sicurezza a lungo termine infatti di tale metodica non è ancora comparabile con la valvole biologiche standard. I pazienti dovrebbero essere quelli inoperabili con la metodica gold standard o quelli ad elevatissimo rischio chirurgico.

**OBIETTIVI** Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'utilizzo appropriato della TAVI all'interno nel nostro setting ospedaliero.

**METODI** Inizialmente abbiamo definito il trend totale delle sostituzioni valvolari aortiche (AVR) per stenosi (ICD 9 code 35.21) nel nostro ospedale prima e dopo l'introduzione delle TAVI. Abbiamo utilizzato una time series analysis mensile (Joinpoint regression analysis) per valutare il trend da Gennaio 200 al 2012 e quindi abbiamo poi esteso il monitoraggio al 2014. Abbiamo utilizzato lo stesso tipo di analisi per valutare il trend degli impianti delle sole valvole aortiche biologiche standard.

**RISULTATI** L'analisi statistica dimostra come il trend delle AVR totali ha un andamento costante in aumento nel tempo con un monthly percentage change of +0,81 ma non presenta nessuna angolazione (joinpoint) significativa nel suo trend. La time series analysis del trend degli impianti delle sole valvole aortiche biologiche non mostra variazioni significative fino all'introduzione degli impianti TAVI nel reparto di cardiocirurgia quando si nota un angolazione significativa e un trend in discesa di -1.05 monthly percentage change.

**LIMITI** In un quadro di ottimizzazione possiamo dedurre la presenza di una probabile inappropriata ma non possiamo individuare i nomi dei possibili pazienti che hanno ricevuto degli impianti inappropriati

**CONCLUSIONI** Le due metodiche, seguendo le indicazioni delle linee guida internazionali, non dovrebbero interferire tra loro. Infatti le due metodiche hanno due popolazioni target differenti e volendo includere le popolazioni ad alto rischio si può ipotizzare una lieve sovrapposizione. Ci si poteva inoltre aspettare che la nuova metodica attirasse nella struttura un maggiore numero di nuovi pazienti ma questo non è avvenuto. Possiamo concludere che l'utilizzo delle TAVI non ha aumentato in modo significativo il numero dei pazienti e che l'utilizzo delle valvole biologiche standard che avrebbe dovuto rimanere immutato o mostrare un aumento per un aumento dell'attrattiva non è avvenuto. La riduzione dell'utilizzo della tecnica gold standard causata dall'introduzione TAVI mostra un probabile utilizzo inappropriato di tale metodica nel nostro ospedale. In fatti non ci sono altre motivazioni non essendoci una variazione del trend del numero totale dei casi

### Indirizzo per la corrispondenza

Bartoccioni Filippo, Medico Chirurgo  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - U.O.C. Sviluppo Governo Clinico e Formazione  
Circ.ne Gianicolense, 87 - 00152 - Roma  
Email: filippobartoccioni@gmail.com

## 16. Realizzazione di un Percorso di Prevenzione, Diagnosi, Trattamento e Assistenza del paziente colpito da ictus: l'esperienza dell'Area Vasta Udinese

Bassetti Assunta<sup>1</sup>, Eleopra Roberto<sup>1</sup>, Toscani Paola<sup>1</sup>, Miglio Giancarlo<sup>2</sup>, Marmai Giulia<sup>2</sup>, Strizzolo Luciano<sup>3</sup>, Pellizzari Mara<sup>3</sup>, Regattin Laura<sup>4</sup>, Barbo Marina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Maria della Misericordia di Udine, <sup>2</sup>Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli", <sup>3</sup>Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana", <sup>4</sup>Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli"

**BACKGROUND** Le Aziende Sanitarie e Ospedaliero-Universitaria della provincia di Udine (Area Vasta Udinese) hanno avviato nel 2013 un percorso formativo sulla metodologia di produzione, implementazione e diffusione dei PDTA. I partecipanti ai tre progetti formativi sono stati scelti per il loro ruolo professionale, gestionale e organizzativo all'interno delle quattro Aziende coinvolte, con la prospettiva di avviare la progettazione di un Percorso di Prevenzione, Diagnosi, Trattamento e Assistenza (PPDTA) nel corso del 2014. Il primo evento (giugno 2013) ha inteso stimolare la revisione delle prassi operative per processi e risultati, anche attraverso la presentazione di esperienze di altre Regioni. L'evento successivo, curato dalla Fondazione GIMBE (novembre 2013), è stato dedicato all'apprendimento della metodologia di lavoro per la produzione di PPDTA. Un evento specifico è stato dedicato ai Medici di Medicina Generale.

**OBIETTIVI** Il progetto 2014 delle quattro Aziende dell'Area Vasta Udinese si proponeva la definizione di un PPDTA condiviso per il paziente colpito da ictus e TIA in provincia di Udine.

**METODI** Istituzione del gruppo di lavoro interaziendale, multi professionale e multidisciplinare: ? Professionisti delle discipline interessate (internisti, neurologi, radiologi/neuroradiologi, medici PS/AdE, fisiatri, fisioterapisti, infermieri delle aree specialistiche). ? Professionisti dell'assistenza primaria (MMG, Direzioni di Distretto, medici dell'area della prevenzione, fisioterapisti, infermieri e ass.sanitari). ? Direzioni mediche di presidio, Direzioni delle Professioni sanitarie infermieristiche e riabilitative. Caratteristiche del metodo di lavoro: ? Approccio partecipativo e multidisciplinare ? Rendicontazione alle Direzioni Sanitarie per stati di avanzamento del progetto ? Selezione di LL.GG. aggiornate, basate sulle evidenze, applicabili alla realtà italiana ? Elaborazione di un documento con caratteristiche di dinamicità e progressività ? Supporto della Formazione sul Campo In dettaglio: • partecipanti e tutor sono organizzati in tre gruppi (fase pre-ospedaliera, ospedaliera, territoriale) con un criterio di "contaminazione" delle provenienze e delle conoscenze; • il lavoro si svolge con incontri dei gruppi/ sottogruppi e dei referenti dei gruppi con il gruppo di progetto nell'arco dell'intero anno, con 3 riunioni plenarie (febbraio, giugno e dicembre). • Le fasi del progetto: a. Ricerca, valutazione critica e scelta delle LL.GG. (SPREAD 2012 Linee guida italiane di prevenzione e trattamento dell'ictus; INESSS Canada (2012); New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management (2010); Quaderno del Ministero della Salute n. 14 (2012); Regione Toscana: Linea Guida Diagnosi e cura dell'ictus (2013) b. Stesura del documento in un format che tenga conto delle raccomandazioni da letteratura e identifichi procedure, setting, professionisti e timing per ogni fase del percorso del paziente colpito da ictus: dall'esordio sintomatologico e accesso al PS, alla fase di degenza per acuti e riabilitativa, alla fase territoriale domiciliare e residenziale, alla prevenzione secondaria c. Confronto con i contesti operativi e adattamento locale con rilievo degli ostacoli all'applicazione delle raccomandazioni da letteratura, secondo la metodologia STOP (ostacoli strutturali, tecnologici, organizzativi, professionali) 4. Presentazione del documento e consensus conference

**RISULTATI** Il documento "Il Percorso di Prevenzione, Diagnosi, Trattamento e Assistenza (PPDTA) del paziente con ictus cerebrale", è stato approvato nella riunione di consenso del dicembre scorso dai professionisti delle diverse professioni e discipline interessate, appartenenti alle Aziende dell'Area Vasta Udinese. La metodologia applicata alla definizione del PPDTA ha consentito di realizzare un documento evidence based, multiprofessionale, adattato al contesto locale.

**LIMITI** ? Commitment direzionale "debole" ? Rallentamento dei tempi di realizzazione per il numero elevato di partecipanti ? Le scarse prove di evidenza per la fase territoriale del percorso ? Vincoli organizzativo-amministrativi della Formazione sul Campo

**CONCLUSIONI** La condivisione multiprofessionale e multidisciplinare dei contenuti del documento costituisce il primo passo per il processo di miglioramento/adequamento delle prassi operative alle evidenze scientifiche. Dal confronto con i professionisti sono emersi i seguenti argomenti • la necessità di formazione/aggiornamento su temi specifici del percorso (ad es. utilizzo delle scale di valutazione) • la necessità di modifiche organizzative che garantiscano livelli omogenei di trattamento (disponibilità degli specialisti nei tempi previsti) • l'opportunità di adeguare le tecnologie per i collegamenti tra professionisti • la misurazione dei processi attraverso indicatori affidabili

### Indirizzo per la corrispondenza

Miglio Giancarlo, Medico Chirurgo  
Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli - S.O.C. Programmazione e Controllo, Sviluppo e Innovazione  
Via Pozzuolo, 330 - 33100 - Udine  
Email: giancarlo.miglio@mediofriuli.it

## 17. Lotta agli sprechi in sanità, un'alternativa efficiente ai tagli lineari: l'Ufficio Lean per il miglioramento continuo

Bellandi Lucia, Bianciardi Caterina, Biani Silvia, Centini Giacomo, Guercini Jacopo, Lenzi Daniele, Marchi Francesca, Mezzatesta Vincenzo, Tosi Pierluigi

*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** Ridurre i costi della macchina sanitaria senza intaccare la quantità, la qualità e la sicurezza dei servizi erogati impone una costante e puntuale individuazione ed eliminazione delle inefficienze che comportano costi senza aggiungere valore ai "clienti". A questo fine, la Direzione dell'AOU Senese si è dotata da luglio 2012 di un Ufficio Lean dedicato all'applicazione della strategia gestionale del Lean Thinking (letteralmente pensiero snello) a tutti i processi aziendali.

**OBIETTIVI** Applicare il Lean Thinking in sanità vuol dire eliminare gli sprechi senza ridurre la qualità dei servizi erogati al paziente, aumentare la sicurezza delle attività, l'ergonomia per i professionisti e ridurre il tempo di attraversamento (lead-time) dei processi. L'obiettivo dell'Ufficio Lean è quello di creare un ambiente di lavoro attivamente impegnato a migliorarsi continuamente ed eliminare gli sprechi. Tutto ciò richiede un coinvolgimento di tutti i dipendenti dell'azienda per farli diventare "agenti di miglioramento continuo".

**METODI** L'AOU Senese ha istituito un Ufficio Lean che agisce da propulsore della metodologia Lean all'interno dell'azienda, operando in staff alla Direzione Generale per monitorare lo stato d'avanzamento dei progetti e la condivisione di nuovi obiettivi in linea con la strategia aziendale. L'ufficio, continuamente sul campo per interfacciarsi direttamente con i professionisti, è strutturato come un team multidisciplinare, costituito da due ingegneri gestionali, un ingegnere biomedico, un infermiere e un tecnico di neurofisiopatologia, che si avvalgono della collaborazione strutturata di figure della direzione medica e delle aree amministrativa ed informatica. L'insieme delle attività svolte dall'ufficio all'interno dell'azienda possono essere distinte in: - project management dei progetti strategici proposti dalla direzione aziendale, la cui realizzazione rappresenta l'attività "core" dell'ufficio; - formazione del personale sulla metodologia lean, attraverso la realizzazione ed erogazione di corsi su livelli dedicati alle varie figure professionali; - consulenza interna, per fornire agli operatori una guida per intraprendere un percorso quotidiano di cambiamento, orientato all'ottimizzazione delle risorse e alla valorizzazione delle loro figure professionali.

**RISULTATI** In due anni di attività sono stati formati 1.400 professionisti tra medici, infermieri, tecnici, personale ausiliario ed amministrativo. Sono stati sviluppati e portati a conclusione 80 progetti lean, presentati annualmente in un evento celebrativo chiamato "Lean Day", che hanno impattato su: - qualità del servizio erogato al paziente in termini di spostamenti, tempi di attesa e di degenza - semplificazione e standardizzazione delle procedure ed ergonomia del lavoro svolto dai vari professionisti, tradotto in minori spostamenti, minori tempi per l'erogazione delle prestazioni, riduzione degli errori, recupero di tempi non a valore aggiunto per i dipendenti e incremento del benessere organizzativo; - razionalizzazione nell'utilizzo degli spazi e delle risorse attraverso revisioni di layout e recupero di spazi. Il rapporto OASI 2013 a cura di CERGAS-Bocconi ha inserito l'AOU Senese tra le sei aziende italiane che per prime e con maggiori risultati hanno implementato con successo il "Lean Thinking" in sanità. Tali risultati sono stati certificati da una recente delibera aziendale che ha quantificato in circa € 640.000 il valore economico recuperato.

**LIMITI** L'elemento fondamentale per il successo della strategia Lean è il coinvolgimento del personale che giornalmente opera all'interno dell'azienda. Sebbene la partecipazione dei professionisti sia in continuo aumento, più della metà del personale non ha ancora partecipato ai corsi di formazione, principalmente tra il personale dirigente e medico. Ciò si traduce anche in una "resistenza al cambiamento" di coloro che non avendo frequentato nessun corso non sono in grado di cogliere lo scopo e la portata dei progetti realizzati. Anche la comunicazione rappresenta un elemento critico: chi non conosce gli impatti dei progetti è diffidente e non collabora.

**CONCLUSIONI** La lotta agli sprechi in sanità è efficace solo quando, uscendo dalla logica dei tagli lineari, viene attuata mediante l'individuazione puntuale e la conseguente rimozione delle inefficienze. Solo così è possibile mantenere e spesso incrementare lo standard qualitativo e quantitativo dei servizi erogati senza aumentare i costi e migliorare l'ambiente di lavoro degli operatori. L'Ufficio Lean, in due anni di attività, ha dimostrato di essere un ottimo strumento per combattere gli sprechi senza ridurre i servizi aumentando al tempo stesso la sostenibilità dell'intero sistema. I risultati conseguiti attraverso l'applicazione sistematica delle tecniche lean nell'AOU Senese sono stati considerati talmente soddisfacenti che nel corso del 2015 è stato deciso un ulteriore potenziamento delle attività dell'ufficio mediante ulteriori corsi di formazione e l'attivazione di progetti Regionali.

### Indirizzo per la corrispondenza

Mezzatesta Vincenzo, Ingegnere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Ufficio Lean  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: [vincenzo.mezzatesta@ao-siena.toscana.it](mailto:vincenzo.mezzatesta@ao-siena.toscana.it)

## 18. Governance partecipata: la partecipazione dei cittadini al processo di programmazione sanitaria aziendale

Bellomo Francesco<sup>1</sup>, Sergi Alessandro<sup>2</sup>, Ardis Sergio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azienda Usl 2 di Lucca, <sup>2</sup>Azienda Usl 4 di Prato

**BACKGROUND** La Regione Toscana con DGRT 334/12 ha istituito in ogni azienda sanitaria i Comitati per la partecipazione aziendali. Facendo propria la filosofia della Dichiarazione di Alma Ata (WHO 1978) e della Carta di Ottawa (WHO 1986) e le indicazioni sulla governance partecipata contenute nell'Health 2010 (WHO 2013), la Regione ha attribuito al Comitato funzioni consultive individuando pareri obbligatori e facoltativi e funzioni propositive. In particolare il Comitato "avanza proposte correlate alla tutela dei diritti del cittadino, come quelle inerenti una migliore fruibilità dei servizi socio-sanitari, l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure, il miglioramento degli aspetti ambientali ed alberghieri ad esse connessi. Propone azioni di miglioramento conseguenti all'emergere di problematiche che determinano l'insoddisfazione dei cittadini-utenti. Formula altresì proposte sulle attività di prevenzione e di educazione alla salute." Nella composizione entrano associazioni di volontariato e di tutela e associazioni di promozione sociale, operanti nel settore sanitario, socio-sanitario o comunque in settori attinenti alla promozione della salute, che hanno sottoscritto accordi o protocolli d'intesa con l'Azienda sanitaria. Sono escluse quelle associazioni che intrattengono rapporti economici continuativi con l'azienda sanitaria avere carattere non professionale. Le associazioni citate sono portatrici di interessi vari (dalla tutela del cittadino nei confronti dell'amministrazione, alla azione di lobby di gruppi di pazienti, dalla prevenzione di determinate malattie alla promozione della salute). La formazione, la provenienza, la base culturale, la disponibilità al confronto dei rappresentanti designati sono estremamente vari. Le aspettative sono molto diverse fra varie associazioni. Il coinvolgimento dei cittadini nella definizione di obiettivi condivisi necessita di un'azione empowerment che renda realmente possibile la partecipazione. La ASL di Prato ha sperimentato una metodologia di lavoro per obiettivi di budget partecipati. Attualmente prospettiamo delle metodo nella ASL di Lucca per l'attuazione della delibera regionale citata

**OBIETTIVI** Realizzare strategie di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini per definire obiettivi sanitari aziendali. Stabilire una relazione diretta tra cittadini e operatori attivi nell'erogazione di prestazioni. Definire obiettivi e azioni condivise da realizzare in ambito aziendale.

**METODI** Action research e Metaplan sono le metodologie di lavoro utilizzate. L'esperienza di Prato si è sviluppata con le seguenti fasi: 1) costituzione del team di progetto: Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo, 13 operatori variamente inquadrati nello staff aziendale, 4 operatori provenienti da UU.OO. cliniche; 2) individuazione delle aree di interesse prioritarie per l'azienda; 3) individuazione delle associazioni: volontariato e tutela che avevano stipulato convenzione con l'azienda, associazioni e enti del terzo settore che avevano in essere rapporti contrattuali con l'azienda per l'erogazione di servizi, altre associazioni coinvolte a vario titolo nelle attività dell'azienda; 4) comunicazione alle associazioni (telefonica, email, incontri con i leader); 5) realizzazione degli incontri di lavoro e produzione di proposte di azioni; 6) trasformazione delle azioni in obiettivi di budget. I contributi dei partecipanti, sono stati raccolti sotto forma di parole chiave su cartoncini e poi esposti su di un tabellone. L'incontro è stato condotto seguendo le seguenti regole: - sono utilizzate schede diverse per forma e colore, il cui significato è stato dichiarato a priori e quindi facilmente riconoscibile per tutti in qualunque momento - ogni partecipante riceve lo stesso numero di cartoncini - ogni cartoncino esprime un singolo pensiero (frase di 5-7 parole, il più possibile auto-esplicativa) - i cartoncini vengono raccolti, discussi e raggruppati per aree omogenee definendo con i partecipanti i titoli delle aree. I gruppi di focalizzazione erano costituiti oltre che da rappresentanti dei cittadini anche da operatori sanitari dell'azienda. L'espressione dei bisogni, emersi dai lavori di gruppo, veniva collegialmente trasformata in obiettivi concreti e realizzabili. (Allegato report integrale del progetto) Individuazione delle Associazioni Le Associazioni sono state individuate secondo i seguenti criteri: - organizzazioni di volontariato e tutela che hanno stipulato con l'Azienda i protocolli d'intesa in attuazione dell'art. 14 comma 7, del D.Lgs. 502/92 e dell'art. 16 della L. R 40/45 e successive modifiche e integrazioni - associazioni del volontariato ed enti del terzo settore che intrattengono con l'Azienda rapporti contrattuali per l'erogazione di servizi; - rappresentanti della comunità locale facenti parte del Comitato di Partecipazione della Società della Salute - associazioni di volontariato e terzo settore del territorio coinvolte a vario titolo nel campo dei servizi sociali e sanitari, facenti parte della Consulta del Terzo Settore della Società della Salute, • La comunicazione con le Associazioni è stata realizzata mediante una strategia composta: - contatto telefonico in cui si spiegavano contenuti e modalità dell'incontro, - invio di lettera di presentazione, in cui veniva richiesta la collaborazione attiva nella definizione degli obiettivi sanitari 2010; - invio di e-mail a ridosso dell'evento; - pubblicazione del calendario e rationale sulla pagina internet aziendale. Gli elaborati scaturiti sia del primo incontro che dei successivi risultano disponibili per tutti i soggetti coinvolti attraverso il link "La programmazione sanitaria si fa con i cittadini", presente nella pagina internet aziendale. Questa modalità di comunicazione è attiva per promuovere e documentare tutte le fasi del progetto. Realizzazione degli incontri di lavoro e produzione di proposte di azioni; Incontro 1 -presentazione dell'iniziativa e individuazione comune delle aree di interesse e raccolta delle aspettative -individuazione dei rappresentanti dei cittadini per definire le regole della discussione, gli obiettivi da proporre, ed il loro grado di priorità; Incontro 2 Incontro con 11 associazioni e 6 operatori dell'azienda, per elaborare, congiuntamente, le regole per la conduzione e le modalità di discussione degli incontri operativi (vedi risultati). Incontri 3 e 4 i gruppi di lavoro costituiti dai rappresentanti dei cittadini e dagli operatori dell'Azienda hanno identificato bisogni di salute, trasformandoli in obiettivi sanitari supportati dal team di progetto. Si è quindi provveduto a realizzare una graduatoria, attraverso la tecnica della scelta pesata, che ha definito i livelli di priorità. Incontro 5 Presentazione degli obiettivi proposti dai rappresentanti dei cittadini ed inseriti nella programmazione sanitaria annuale dell'Azienda. Incontri 6-12 verifiche di budget effettuate e previste.

**RISULTATI** L'esperienza condotta a Prato ha consentito di individuare 17 obiettivi di salute partecipata. Il progetto a Lucca è in fase di realizzazione.

**LIMITI** L'uso del metodo non ci consente ancora di poterne definire adeguatamente i limiti.

**CONCLUSIONI** L'Azienda USL 4 di Prato ha sperimentato una nuova metodologia per la programmazione annuale dell'Azienda, che ha previsto il coinvolgimento delle Associazioni, in rappresentanza dei cittadini, al fine di promuovere la condivisione e la partecipazione nelle scelte di salute. È stata posta l'attenzione alle esigenze e peculiarità di ogni Associazione, con precise strategie di coinvolgimento e partecipazione delle stesse, per creare una sinergia di contatto con l'Azienda e con il suo interagire. Questa fase sperimentale di coinvolgimento è iniziata nel mese di Febbraio 2010 con la presentazione del progetto e la sua condivisione. Negli incontri successivi sono stati individuati nodi critici di assistenza percepiti dai cittadini e le aree grigie di conoscenza su cui concentrarsi in futuro. Nelle fasi di verifica del budget i rappresentanti dei cittadini hanno partecipato e partecipano sia alle verifiche relative agli obiettivi da loro proposti sia a quelli di allocazione delle risorse previsti dalla Direzione Aziendale Tutto ciò ha stimolato la sperimentazione di percorsi innovativi atti a sostenere il cambiamento ed il miglioramento dei servizi messi a disposizione dalla USL 4, con la finalità di attivare una nuova alleanza, non solo terapeutica ma anche organizzativa, fondata sulla trasparenza ed il progressivo coinvolgimento di tutti gli operatori dell'Azienda e della cittadinanza. Quindi ci proponiamo di trasformare questa fase sperimentale in strutturale proseguendo nel cammino di revisione e miglioramento delle modalità e strumenti di partecipazione. Questo modello di partecipazione ha dato nell'Azienda di Prato dei risultati importanti con particolare riferimento alla riduzione della conflittualità latente tra i cittadini-utenti e i servizi socio-assistenziali che sempre di più sono orientati, al fine di mantenere i livelli essenziali di assistenza in un contesto di contrazione delle risorse, a ricercare l'appropriatezza degli interventi e l'efficienza allocativa. Il coinvolgimento delle comunità locali nella programmazione del budget annuale e nella definizione delle priorità consente di distribuire la responsabilità delle scelte tra i policy maker e, di fatto, i finanziatori dei servizi, attivando un percorso di empowerment rispetto ai comportamenti e agli stili di vita finalizzati al mantenimento e dello stato di salute e alla promozione del benessere della comunità. La Delibera della Regione Toscana DGRT 334/12 in merito alle modalità di partecipazione dell'associazionismo e del terzo settore alle attività delle Aziende Sanitarie rende possibile attivare in maniera strutturata il progetto in tutte le aziende toscane. Pertanto la sperimentazione realizzata nell'Asl 4 di Prato troverà nell'Azienda di Lucca la possibilità di una verifica riguardo ai metodi e ai risultati al fine di pervenire alla definizione delle evidenze di processo e di esito da estendere a livello Regionale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bellomo Francesco, Medico Chirurgo  
Azienda USL 2 Lucca - S.C. Governo Clinico  
Via per Sant'Alessio - Loc. Monte San Quirico - 55100 - Lucca  
Email: francescobellomo@inwind.it

## **19. I reingressi in ospedale, come affrontarli. Proposta per uno studio in una popolazione specifica: il paziente anziano fragile affetto da frattura di femore ricoverato in ortogeriatría Ospedale Santa Maria Annunziata. Nuovi elementi per un percorso integrato di cura e assistenza**

Benvenuti E, Mencucci M, Grassi P, Nerozzi E, Mazzotta Daniela

*Azienda Sanitaria di Firenze*

**BACKGROUND** Il Sistema Sanitario è da tempo al centro di continue riorganizzazioni, ma ancora oggi non trova un equilibrio rispondente per pazienti con bisogni complessi, in particolare anziani cronici e fragili, tra sostenibilità economica e sviluppo scientifico delle cure. Le patologie ed i problemi che richiedono continuità assistenziale sono sempre maggiori, per ragioni epidemiologiche e per ragioni connaturate all'attuale organizzazione dei servizi, divaricati tra sociale e sanitario. La maggior efficienza degli ospedali e l'appropriatezza dei ricoveri sta selezionando una popolazione di pazienti che, per cause non definite, vengono re-ospedalizzati. Si tratta di soggetti di età avanzata in cui i problemi sanitari si associano a quelli sociali configurando il quadro della complessità sanitaria e assistenziale. Per questo, sarebbe necessario individuare le caratteristiche generali per tipologia di paziente per comprendere quali sono, se esistono, i fattori predittivi del reingresso ospedaliero. Inoltre, è necessario contestualizzare per tipologia di paziente i bisogni, per organizzare servizi efficaci ed efficienti. In quest'ottica una condizione patologica, come la frattura di femore, seleziona una popolazione "fragile" ad alto rischio di disabilità, eventi clinici avversi e quindi reingressi ospedalieri.

**OBIETTIVI** L'analisi dell'attuale stato dei livelli di assistenza sanitaria evidenzia che ospedale e territorio lavorano ancora in modo non integrato e talvolta con disfunzioni organizzative. La convinzione comune è che debbano essere meglio organizzati i servizi volti da un lato alla prevenzione e dall'altra, nel paziente anziano riacutizzato, alla capacità di intensificare la diagnosi e la cura sul territorio, usando l'ospedale senza ricorrere al ricovero. Scopo della ricerca è studiare e seguire nel tempo una specifica popolazione anziana ricoverata negli anni 2012 e 2013 presso l'Ospedale Santa Maria Annunziata, Azienda Sanitaria di Firenze, affetta da frattura di femore per registrarne i reingressi in ospedale ad uno, tre, sei mesi ed ad un anno dalla dimissione, oltre alla registrazione della mortalità in questo periodo di tempo.

**METODI** Questi dati sono da porre in relazione ad un "core-set" di indici (messi a punto in uno strumento specifico chiamato IPEG-OG, Indicatori di Processo ed Esito in Geriatria-Ortogeriatría) riguardanti la complessità precedente alla frattura di femore (Indicatori di stato), il timing dell'intervento chirurgico, le complicanze avvenute durante la degenza con particolare attenzione al delirium, all'attività riabilitativa precoce (Indicatori di transizione) ed il destino alla dimissione (Indicatori di esito).

**RISULTATI** Alcuni dati preliminari indicano che i reingressi avvengono maggiormente nei pazienti che alla dimissione ospedaliera vengono trasferiti in Case di Cura, evidenziando nella fragilità della rete familiare un importante elemento causa di reospedalizzazione. Come atteso, sembrano più predisposti al reingresso i pazienti con basso livello funzionale e cognitivo precedente alla frattura.

**LIMITI** I limiti di questa indagine sono dati dal fatto che la popolazione anziana, target dello studio, proviene da una specifica zona del territorio fiorentino, non necessariamente rappresentativa delle caratteristiche (anche di organizzazione) dell'intero territorio fiorentino e della Toscana. Inoltre, i reingressi in ospedale sono fortemente influenzati anche dalla capacità del territorio di gestire tempestivamente la presa in carico dei pazienti complessi, riducendo le emergenze e dando risposte adeguate ai molteplici bisogni dell'anziano.

**CONCLUSIONI** Sono le sole caratteristiche del paziente a favorire il reingresso ospedaliero oppure anche l'inefficienza dei servizi? Questo studio preliminare dovrebbe servire ad individuare le caratteristiche cliniche, funzionali, riabilitative e sociali del paziente anziano fragile affetto da frattura di femore per individuarne in modo predittivo le peculiarità (cliniche-funzionali e familiari), che lo pongono a rischio di reingresso ospedaliero. Migliorare l'assistenza domiciliare specifica post-acuzie, orientare l'assistenza infermieristica sul territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia e dell'integrazione socio-sanitaria potrà portare l'organizzazione ad intensificare i servizi riducendo le emergenze ed il rischio di nuovo ricovero in ospedale.

### **Indirizzo per la corrispondenza**

Mazzotta Daniela, Medico Chirurgo  
Ospedale di Bagno a Ripoli - Santa Maria Annunziata  
Via dell'Antella, 58 - 50011 - Bagno a Ripoli (FI)  
Email: daniela.mazzotta@asf.toscana.it

## 20. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale [PDTA] in ambito trasfusionale. Uso di point of care [POC] nel post-operatorio in pazienti sottoposti a chirurgia complessa

Berni Pamela, Boito Katya, Preto Margherita, Baricchi Roberto

*Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS*

**BACKGROUND** Presso l’Ospedale ASMN – IRCCS di Reggio Emilia si è configurato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale [PDTA] in ambito trasfusionale rivolto a pazienti sottoposti ad interventi chirurgici complessi definito Blood Management Program, che consiste nella pianificazione di attività di miglioramento della terapia trasfusionale (TT) nel periodo ? Pre operatorio ? Intra operatorio ? Post operatorio. In riferimento al periodo post operatorio il PDTA è stato intrapreso dopo aver valutato l’aderenza alle “Raccomandazioni sulla trasfusione perioperatoria” (SIMTI 2010) nelle degenze dove confluiscono i pazienti sottoposti ad interventi chirurgici complessi : 1. Semi Intensiva Post-Operatoria (SIPO) 2. Alta Intensità Chirurgica (HC) 3. Room Ortopedico (RO)

**OBIETTIVI** La pianificazione di attività di miglioramento nel periodo post operatorio si pone i seguenti obiettivi: - Migliorare l’appropriatezza trasfusionale nei reparti coinvolti in questo PDTA [reparti ad alta intensità di cura] - Ottimizzare la gestione delle risorse trasfusionali classiche (globuli rossi, plasma, piastrine)

**METODI** La valutazione del grado di appropriatezza della TT è stata effettuata mediante un audit clinico della durata di tre mesi condotto all’inizio del 2013 da personale della Struttura di Medicina Trasfusionale; sono stati reclutati 200 pazienti in SIPO, HC e RO in maniera random. Le informazioni raccolte sono state: dati anagrafici, diagnosi di ingresso del paziente, tipo di intervento chirurgico, eventuali complicanze post intervento e comorbidità, esami ematochimici, terapia farmacologica, tipo e quantità di emocomponenti trasfusi. Gli indicatori utilizzati per la valutazione di appropriatezza trasfusionale sono descritti nelle raccomandazioni SIMTI - 2010. Il PDTA è stato approvato dal Comitato Etico Provinciale ed è composto da vari aspetti: 1. Formazione: un evento di formazione frontale ripetuto in 8 edizioni rivolto al personale medico ed infermieristico incentrato sulla gestione trasfusionale degli emocomponenti e sulla discussione di casi trasfusionali complessi. 2. Inserimento di POC : ciascun reparto è stato dotato di 3 POC per il monitoraggio non invasivo e continuo di una serie di parametri vitali [saturazione arteriosa dell’ossigeno, frequenza cardiaca , indice di perfusione , indice di variabilità pletismografia, emoglobina]. 3. Monitoraggio: è prevista la selezione casuale di 200 casi cui segue un download dei dati registrati dal POC ogni 96 ore. 4. Analisi dei risultati: condotta mediante un audit clinico finale

**RISULTATI** Risultati preliminari: ? il primo audit ha rilevato che il 54% dei pazienti è stato sottoposto a trasfusioni di emocomponenti ? il grado di appropriatezza trasfusionale è risultato del 46% per quanto riguarda le trasfusioni di globuli rossi e del 27% per quanto riguarda le trasfusioni di plasma ? Il corso di formazione aziendale, accreditato ECM, si è concluso ad ottobre 2014 e ha visto la partecipazione del 90% del personale infermieristico e del 50% del personale medico dei 3 reparti è attualmente in corso il monitoraggio della appropriatezza e l’acquisizione dei dati da POC che si concluderà al raggiungimento dei 200 casi previsti.

**LIMITI** - Per quanto riguarda l’evento formativo è stata rilevata partecipazione inferiore alle attese da parte del personale medico - Complessità nell’introduzione dei POC nella attività routinaria di reparto - Personale dedicato alla gestione dei dati prodotti dai dispositivi ogni 96 ore

**CONCLUSIONI** Questo PDTA si configura come una strategia innovativa per una appropriata terapia trasfusionale nel paziente chirurgico, nell’ottica di migliorare l’appropriatezza trasfusionale nei reparti ad alta intensità di cura ed ottimizzare la gestione delle risorse trasfusionali classiche (globuli rossi, plasma, piastrine). Auspichiamo che l’utilizzo di dispositivi di monitoraggio possa rivelarsi utile nel supportare i medici nel perseguimento della appropriatezza nella terapia trasfusionale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Baricchi Roberto, Medico Chirurgo  
Arcispedale S. Maria Nuova - Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia - U.O. Laboratorio Analisi e Trasfusionale  
Viale Risorgimento, 80 - 42123 - Reggio nell’Emilia (RE)  
Email: baricchi.roberto@asmn.re.it

## 21. Sorveglianza e controllo della circolazione di *K. Pneumoniae* resistente ai carbapenemi in una realtà ospedaliera di alta specializzazione

Bertolini Marina, Silvestri Antonio

*Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini*

**BACKGROUND** Attualmente la diffusione estremamente rapida a livello mondiale delle Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE), o meglio, produttrici di carbapenemasi (CPE), rappresenta il problema epidemiologico più rilevante degli ultimi anni. Lo studio descrive un modello di sorveglianza attiva nei confronti di *K. pneumoniae* produttore di carbapenemasi in una realtà ospedaliera di alta specializzazione.

**OBIETTIVI** Verificare l'efficacia di un sistema di sorveglianza e controllo della circolazione di *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi attraverso le procedure di screening dei contatti e sorveglianza attiva dei colonizzati/infetti

**METODI** Lo studio è stato svolto presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS di Roma. Durante il periodo oggetto dello studio sono stati monitorati 1250 pazienti, su un totale di 2195 ricoveri. La sorveglianza è proseguita, con cadenza settimanale, durante tutto il periodo di ricovero, anche in caso di trasferimento del paziente verso altra UU.OO. della struttura sanitaria. **CRITERI DI INCLUSIONE:** Primo isolamento di microrganismi definiti come *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi (CPKP) relativi a casi di colonizzazione/infezione in pazienti in degenza ordinaria presso le UU.OO. dell'INMI "L. Spallanzani" dal 1° gennaio 2014 al 30 settembre 2014. **CRITERI DI ESCLUSIONE:** riscontri successivi al primo nello stesso paziente anche in materiali biologici diversi. Un database epidemiologico, all'uopo strutturato, ha rappresentato il repository non solo dei dati relativi ai casi di colonizzazione, ma anche dei dati clinici relativi ai casi di infezione per la sorveglianza microbiologica e clinica delle ICA. **DEFINIZIONE DEI CASI:** HA (Hospital Acquired Infection/Colonization): casi di infezione/colonizzazione insorti nella UO oltre le 48 ore dall'ammissione in reparto; HCA (Health Care Associated Infection/Colonization): casi di infezione/colonizzazione insorti nella UO entro le 48 ore, riferibili a diversa struttura assistenziale (altra UO dello stesso ospedale, altro ospedale, RSA, etc.); CA: (Community Acquired Infection/Colonization): casi di infezione/colonizzazione insorti nella UO entro le 48 ore, riferibili a struttura diversa, NON assistenziale.

**RISULTATI** La UOC Microbiologia ha effettuato 3050 colture di screening, refertandone come negative 2946 (96.6 %) e 105 come positive per *K. pneumoniae* resistente ai carbapenemi (3.4 %). Sono stati compresi anche gli isolamenti ripetuti sullo stesso paziente. Lo studio è proseguito escludendo gli isolamenti ripetuti: l'analisi epidemiologica condotta ha consentito l'identificazione di 46 pazienti con colonizzazione da CPKP (4 % sul totale). Contestualmente si è proceduto alla distinzione delle colonizzazioni già presenti all'ingresso rispetto a quelle rilevate a seguito dello screening settimanale eseguito sugli stessi pazienti durante il ricovero; in 34 casi (74 %) era presente una colonizzazione all'ingresso, rispetto a 12 casi (26 %) in cui il riscontro di positività fu rilevato successivamente al ricovero. L'applicazione di una più accurata definizione dei casi ha consentito di identificare una netta prevalenza dei casi di colonizzazione Health Care Associated (63 %) rispetto ai casi di importazione comunitaria da strutture non assistenziali (11 %). Un percorso analogo è stato seguito per i casi di infezione: dei 9 casi di infezione da CPKP rilevati (0.7 % di tutti i pazienti), 7 (78 %) erano rappresentati da Health Care Associated Infections e solo in 2 casi (22 %) l'infezione risultava essere stata acquisita all'interno della struttura.

**LIMITI** Difficile acquisizione, in un numero ristretto di casi, delle corrette informazioni cliniche circa lo stato di colonizzazione pre-ricovero.

**CONCLUSIONI** La circolazione di *K. pneumoniae* resistente ai carbapenemi rappresenta un evento avverso in parte prevenibile. In un ambiente favorevole ad un approccio proattivo al controllo delle ICA, lo screening degli alert organisms nei pazienti all'ingresso del reparto si dimostra in grado di ridurre la circolazione e di portare ad un miglioramento del processo assistenziale. L'analisi retrospettiva dei dati elaborati induce a ritenere che laddove il sistema di sorveglianza attiva e lo screening dei soggetti a rischio vengano puntualmente e rigorosamente condotti, la conseguente applicazione tempestiva di misure mirate ed efficaci di Infection Control può contribuire a contrastare la diffusione della colonizzazione e l'insorgenza di nuovi casi, come dimostrato dal fatto che in nessuno dei pazienti oggetto dello studio si è verificato il viraggio della colonizzazione vs. infezione.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bertolini Marina, Tecnico sanitario laboratorio biomedico  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - U.O. Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali  
Circ.ne Gianicolense, 87 - 00152 - Roma  
Email: marina.bertolini62@gmail.com

## 22. La formazione come strategia per il successo

Bianciardi Caterina, Bellandi Lucia, Colonna Claudia, Guercini Jacopo, Mezzatesta Vincenzo

### *Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** Nel Luglio 2012 la Direzione Aziendale del Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena ha lanciato un programma strategico di miglioramento dei processi ispirato alle logiche Lean che interessasse l'azienda nel suo complesso. Il Lean Thinking è una strategia operativa perché racchiude, insieme al cambiamento sul pensiero e sulle teorie organizzative anche l'approccio pratico: è il cambio di paradigma per la sanità.

**OBIETTIVI** "Abbiamo raggiunto risultati brillanti con uomini normali (...) i nostri concorrenti spesso ottengono risultati normali, talvolta mediocri, con uomini brillanti". Questa frase pronunciata da S. Toyoda, Presidente della Toyota Corporation, sottolinea come la sostenibilità della scelta del management di adottare questo metodo dipende da quanto si riesce a coinvolgere il proprio staff in questa sfida. L'obiettivo del progetto è quello di sviluppare un know-how interno per far sì che gli operatori diventino loro stessi promotori ed attori del cambiamento in quanto sono loro i veri conoscitori dei processi aziendali. La formazione ricopre un ruolo chiave in quanto fa sì che vengano acquisiti i principi e gli strumenti operativi che questa filosofia offre.

**METODI** Il G.O.A.L.S. (Gruppo Operativo Aziendale Lean Senese) è collocato all'interno dell'ufficio Lean ed è un gruppo multi-professionale nato nel 2012 che opera come propulsore della metodologia Lean. Dal Febbraio 2013 il G.O.A.L.S. organizza corsi di formazione facoltativi accreditati ECM, condotti dai componenti del gruppo ed alcuni professionisti dell'Azienda Ospedaliera Senese, fornendo tutto il materiale didattico necessario, prodotto dal gruppo stesso. I corsi sono rivolti a tutto il personale e sono modulati su più livelli: • Corso Lean Livello 1 che offre conoscenze sui principi ed i valori che stanno alla base della Lean Organization, fornendo i primi strumenti operativi. • Corso Lean Jolly Tecnica delle 5S che ha lo scopo di arricchire il bagaglio culturale offrendo le conoscenze e gli strumenti su un metodo applicabile in una grande varietà di realtà. • Corso Lean Livello 2 rivolto a chi ha già frequentato il livello inferiore e vuole approfondire strumenti di mappatura e misurazione dei processi. Il GOALS organizza dei corsi specifici rivolti al personale delle aree coinvolte in progetti strategici per il management, per consentire loro di avere gli strumenti necessari a partecipare al lavoro del gruppo operativo proattivamente. Dall'autunno del 2014, il programma formativo ha incluso anche il settore amministrativo, proponendo il Corso Lean Administration di 1° e 2° Livello. Infine, il Gruppo Operativo e la Direzione Aziendale sono a stretto contatto con l'Università degli Studi di Siena e questa cooperazione ha permesso di organizzare per l'anno accademico 2014/2015 il 1° Master in Lean Healthcare Management.

**RISULTATI** L'attività formativa ha coinvolto da febbraio 2013 a dicembre 2014 circa 1400 dipendenti su un totale di 3000 suddivisi in Medici, Infermieri, Tecnici, Coordinatori, Operatori Socio Sanitari e Profili Amministrativi. Da Febbraio 2013 ad oggi sono state effettuate 23 edizioni del corso Lean di 1° Livello, 16 edizioni del corso Lean Jolly Tecnica 5S, 9 edizioni del corso Lean di 2° Livello ed infine 3 edizioni del corso Lean Administration di 1° e 2° Livello; nel secondo semestre del 2015 verrà attivato il corso Lean di 3° Livello durante il quale verranno affrontati strumenti di gestione operativa più evoluti. La formazione ha generato grande interesse verso lo sviluppo di progettualità Lean; ottanta sono infatti ad oggi i progetti formato A3 Report pubblicati sul sito aziendale. Inoltre, alcuni coordinatori hanno individuato degli obiettivi di budget per l'anno 2014 e 2015 legati a progetti Lean.

**LIMITI** La filosofia Lean proviene notoriamente dal mondo dell'automotive e viene spesso associata ad una metodologia di stampo prettamente industriale, volta alla velocizzazione delle attività. La più grande critica che viene mossa dagli operatori durante le sessioni formative riguarda l'impatto che il Lean può avere sulla professionalità di ciascuno; in particolare si trova difficoltà nel trasferire il concetto che la filosofia è basata sul metodo, sull'organizzazione dei processi e non riguarda in alcun modo le competenze professionali degli operatori. L'altra criticità che si riscontra sta nell'eterogeneità della formazione di base dei discenti; alcuni già conoscono i concetti dell'organizzazione per processi, altri invece non sono formati a riguardo.

**CONCLUSIONI** Per avere "un'azienda snella" occorrono professionisti che "pensano snello" la cui somma dei singoli contributi è più forte rispetto al miglioramento apportabile da poche persone. Durante i corsi di formazione è importante che il docente, oltre ad offrire concetti teorici, utilizzi le proprie capacità per attivare le potenzialità di altre persone affinché diano il meglio di sé nell'organizzazione per la quale lavorano.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bianciardi Caterina, Ingegnere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Ufficio Lean  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: bianciardicaterina@gmail.com

### 23. Un evento per celebrare i miglioramenti: “Il Lean Day”

Bianciardi Caterina, Bellandi Lucia, Guercini Jacopo, Mezzatesta Vincenzo

*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** Da Luglio 2012 la Direzione dell’AOU Senese ha adottato la strategia di gestione Lean (letteralmente snello) che, oltre a fornire strumenti operativi ispirati al modello giapponese del Toyota Production System, rappresenta una vera e propria forma mentis (Lean thinking) basata sul pensiero che chi lavora in prima linea possiede ottime soluzioni di miglioramento (bottom up). Da questa convinzione sono stati sviluppati nei 2 anni di attività dell’Ufficio Lean ben 80 progetti ai quali è sicuramente importante dare visibilità a tutta l’azienda per incrementare la motivazione, la coesione e le performance del proprio staff.

**OBIETTIVI** Il Lean Day si configura come un evento di celebrazione dei risultati ottenuti attraverso i progetti lean sviluppati dai professionisti durante l’anno. Le organizzazioni devono istituzionalizzare questi eventi per definire con chiarezza le tappe successive e comunicare i progressi lungo il percorso di trasformazione snella. L’obiettivo è quello di aumentare il senso di appartenenza, l’autostima e la gratificazione di chi si è impegnato in progetti di miglioramento e al contempo rivolgersi ad un pubblico esterno interessato ad esportare il metodo in altre realtà.

**METODI** Il Lean Day è un evento aziendale accreditato ECM, organizzato dal G.O.A.L.S. (Gruppo Operativo Aziendale Lean Senese), che opera come propulsore della metodologia Lean all’interno dell’ospedale. La forma è quella di un concorso a premi, che mette in gara i migliori progetti lean implementati in un anno, presentati da gruppi di lavoratori nel caratteristico formato A3 Report. La giornata si svolge su due fronti: un gemba walk (una visita nei luoghi dove si crea valore) nelle strutture finaliste definite dalla Direzione Aziendale e dal GOALS sulla base di criteri esplicitati (quali l’impatto delle azioni di miglioramento, lo spirito di squadra, i risultati ottenuti etc.) e l’esposizione dei progetti in Aula Magna. I progetti vengono valutati da una giuria composta da esperti del Lean provenienti da altre realtà, sia sanitarie che manifatturiere, i quali decretano la graduatoria finale. Inoltre, tutti i progetti vengono esposti in un’area comune dove gli interessati possono interfacciarsi direttamente con gli autori del cambiamento. Si tratta dunque di un evento rivolto principalmente ad un pubblico interno con l’obiettivo di coinvolgere il personale dell’azienda portandolo a conoscere e condividere un progetto comune, fino a farlo sentire parte integrante degli obiettivi e delle strategie.

**RISULTATI** Il Lean Day ha già visto 2 edizioni presso l’AOU Senese. Nel 2013 sono stati 34 i progetti in gara; di questi, 8 hanno avuto ricadute positive sulla qualità del servizio offerto al paziente e 6 sul benessere organizzativo. I progetti che hanno impattato sulla riduzione del tempo di processo, hanno generato complessivamente una riduzione media del lead time del 65%; gli altri progetti hanno registrato l’eliminazione di 228.6 ore di attesa per il paziente, di 12.1 Km settimanali percorsi dai lavoratori e di 46.8 ore settimanali impiegate per attività non a valore. Nel 2014 sono stati 46 i progetti in gara di cui 19 hanno impattato sulla qualità del servizio offerto al paziente e 10 sul benessere organizzativo. I progetti hanno generato complessivamente una riduzione media del lead time del 54%, l’eliminazione di 336 ore di attesa, di 21.3 Km settimanali percorsi dai lavoratori e di 200 ore settimanali impiegate per attività non a valore. Inoltre, essendo l’evento accreditato ECM, si sono registrate le seguenti valutazioni relative al gradimento: argomenti molto rilevanti, buona qualità educativa, buona organizzazione e tempistica ed ottima efficacia.

**LIMITI** Nonostante si sia registrato negli anni un forte interesse da parte dei professionisti dell’Azienda, il coinvolgimento del personale non è ancora globale nel Policlinico. La partecipazione a progetti di miglioramento spesso è ancora spinta da figure di riferimento (middle management e direttori di unità operativa), che fungono da sponsor e che, se non sufficientemente motivate, non facilitano questo tipo di attività.

**CONCLUSIONI** Il Lean Day ha innescato in azienda un sano e sportivo “agonismo” volto al miglioramento. Nelle due edizioni si è registrato l’incremento di tutti i risultati: aumento del numero dei progetti presentati e aumento dei risultati complessivi raggiunti dai progetti. Si è registrato un numero di partecipanti crescente (circa 200 nel 2013 contro i 400 del 2014), testimonianza di una diffusione importante del metodo Lean in azienda. Tutti coloro che hanno presentato progetti di miglioramento al lean day hanno partecipato ai corsi di formazione effettuati dall’Ufficio Lean nel corso dell’anno; quest’ultimo dato mostra l’importanza strategica della formazione.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Bianciardi Caterina, Ingegnere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Ufficio Lean  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: bianciardicaterina@gmail.com

## 24. Uno strumento per l'eliminazione rapida degli sprechi: il Kaizen Event

Bianciardi Caterina, Bellandi Lucia, Guercini Jacopo, Mezzatesta Vincenzo

*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** L'AOU Senese ha intrapreso, a partire dal 2012, un percorso di trasformazione ispirato alle logiche del Lean Thinking (pensiero snello) che ha coinvolto ad oggi molte realtà aziendali. L'U.O.C. di Microbiologia e Virologia nel 2013 ha sviluppato un progetto riguardo le modalità di gestione dei campioni biologici producendo ottimi risultati. La Direzione Aziendale ed il G.O.A.L.S. (Gruppo Operativo Aziendale Senese) ha deciso di premiare tutto il team con la partecipazione ad un evento formativo sulla metodologia Kaizen (Miglioramento Continuo) ed in particolare sullo strumento operativo per attuare la filosofia del miglioramento a piccoli passi, il Kaizen Event.

**OBIETTIVI** L'evento Kaizen è una metodologia basata sul coinvolgimento di tutte le figure professionali di una certa realtà con l'obiettivo di migliorare alcuni specifici aspetti dei processi, mirando all'eliminazione degli sprechi. Il metodo prevede la predisposizione di appositi gruppi di lavoro che, in tempi predefiniti (dai tre ai cinque giorni), mette in atto le soluzioni correttive sugli ambiti più critici. L'evento Kaizen ha affrontato numerose criticità individuate nella fase di preparazione. In particolare, le tematiche sulle quali si è deciso di intervenire sono state: - La riduzione dei tempi di refertazione dei campioni urgenti - Le modalità di archiviazione dei sieri che comportavano lunghi tempi di ricerca - La gestione del riordino dei materiali al fine di evitare rotture di stock - La comunicazione tra personale medico e tecnico

**METODI** Il Kaizen Event è stato caratterizzato principalmente da tre step: FASE DI PREPARAZIONE: la prima parte del progetto si è sviluppata con degli incontri formativi per il personale coinvolto; dopodiché, con delle sessioni di brainstorming, sono state identificate le aree di maggior criticità, per ognuna delle quali è stato costituito un gruppo di lavoro. I gruppi operativi, con il supporto del GOALS, hanno descritto la situazione di partenza, identificando il problema e analizzandone le cause radice. La prima fase si è conclusa con la condivisione delle proposte di ciascun gruppo e con la scelta delle soluzioni da realizzare. FASE DI ATTUAZIONE: i tre giorni dell'evento sono stati caratterizzati da un'agenda programmata minuto per minuto. Ogni gruppo di lavoro ha messo in atto le azioni correttive ipotizzate in fase di preparazione, secondo la logica del "grezzo ma concreto". Sono stati implementati pannelli visuali per la gestione dei turni del personale; è stato snellito il percorso dei campioni urgenti ed implementata la tecnica 5S (che in 5 passaggi sintetizza un metodo sistematico per l'ottimizzazione degli standard di lavoro) per la gestione dei materiali di consumo. Infine, sono state definite nuove modalità per l'archiviazione dei sieri. Il lavoro è stato poi presentato dagli operatori alla Direzione Aziendale, che ha fatto visita ai locali una volta concluse le tre giornate. FASE DI MANTENIMENTO: l'ultimo step ha previsto la standardizzazione delle contromisure adottate in fase di attuazione attraverso delle SOP (Standard Operating Procedures) che sono state affisse e condivise con la struttura. Inoltre, è stato predisposto un pannello PDCA per il monitoraggio dei risultati.

**RISULTATI** È stata rilevata una cospicua riduzione degli spazi occupati, attraverso l'allontanamento di materiali inutili. Buoni risultati sono stati raggiunti in relazione alla riduzione dei tempi di processamento dei campioni urgenti, grazie ad un sistema visuale che ne identifica in maniera immediata la presenza. L'applicazione della tecnica delle 5S ai piani di lavoro e ai punti di stoccaggio ha reso più semplice la gestione dei magazzini, creando un meccanismo di riordino basato sulla logica Pull. Al contempo, il nuovo metodo di archiviazione dei sieri ha reso più semplice la ricerca delle provette e ridotto il tempo che l'operatore dedicava a quest'attività. Infine, la definizione di un pannello PDCA funge da stimolo al miglioramento continuo per gli operatori.

**LIMITI** Durante le tre giornate ci sono stati dei momenti in cui gli operatori più scettici hanno avuto la tendenza a partecipare in modo passivo. È stato importante quindi ottenere dei risultati tangibili per motivare i soggetti più rigidi al cambiamento verso il mantenimento dei risultati ottenuti. Inoltre, non è stato possibile interrompere l'attività di laboratorio durante l'evento e questo ha comportato l'allontanamento di alcuni operatori per svolgere le proprie mansioni.

**CONCLUSIONI** L'evento Kaizen ha trasmesso l'idea di come è possibile eliminare gran parte degli sprechi grazie al lavoro intensivo in alcuni giorni delle stesse persone che lavorano nel processo. Il Kaizen Blitz costituisce sicuramente un buon metodo per accelerare il processo di cambiamento, che innesca anche negli operatori più scettici una spinta verso il miglioramento ed aiuta ad affrontare le fatiche dell'innovazione.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bianciardi Caterina, Ingegnere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Ufficio Lean  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: bianciardicaterina@gmail.com

## 25. La revisione del Percorso Stroke dell'AOU Senese

Bianciardi Caterina, Guercini Jacopo, Martini Giuseppe, Tassi Rossana

*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** La Stroke Unit dell'AOU Senese costituisce il centro riconosciuto a livello regionale per la somministrazione della fibrinolisi sistemica con rt-PA nei pazienti con ischemia cerebrale acuta. Fin dall'inizio dell'attività nell'Aprile 2008 è stato definito un protocollo interaziendale, denominato "Percorso Stroke" con la ASL 7, revisionato nel maggio 2012, che facilita l'iter diagnostico prima della terapia. Come ben noto dalla letteratura, il tempo che intercorre tra l'insorgenza dei sintomi e la somministrazione del farmaco deve essere il più breve possibile in quanto l'efficacia del trattamento è direttamente proporzionale alla velocità con la quale viene eseguito.

**OBIETTIVI** Jeffrey L. Saver dell'UCLA Stroke Center di Los Angeles afferma che un paziente con ictus ogni minuto perde 1.9 milioni di neuroni, 14 bilioni di sinapsi e 12 km di fibre mieliniche. La sfida per le aziende è dunque quella di far sì che il tempo tra l'arrivo del paziente al DEA e la somministrazione del farmaco (Door to Needle) sia il più breve possibile. Dall'analisi dei tempi Door to Needle (Porta-Ago) per i pazienti sottoposti a fibrinolisi sistemica nell'anno 2013 presso l'AOU Senese risultava una media pari a 76 minuti. La Stroke Unit di Siena ha accettato di partecipare allo studio osservazionale "SITS WATCH" con lo scopo di ridurre il tempo Door to Needle a 40 minuti per almeno il 50% dei pazienti trattati.

**METODI** La revisione del Percorso Stroke è stata effettuata avvalendosi degli strumenti che ci propone la Lean Organization, filosofia gestionale che si focalizza sulle attività che generano valore per il cliente, a scapito di tutto ciò che al contrario, comporta un utilizzo di risorse che non creano valore. Il primo passo è stato quello di creare un team di lavoro che coinvolgesse sia attori interni (il personale del DEA, la Diagnostica Radiologica, Neuroimmagini, Neurointerventistica, Stroke Unit e Laboratorio Analisi) che attori esterni l'ospedale (Centrale Operativa 118). Nei primi incontri con il team è stata effettuata una mappatura del percorso attraverso la Value Stream Map. Successivamente sono stati identificati, con un'analisi statistica, i fattori che più influenzano la variabilità dei tempi Door to Needle, evidenziando che quelli più impattanti non erano di tipo "anagrafico", ma di tipo "organizzativo". Attraverso numerose sessioni di brainstorming sono state dunque proposte una serie di azioni correttive, dettagliando le modifiche di percorso per ciascun attore coinvolto e ridistribuendo tra questi le attività, con il fine di ottimizzare i tempi di esecuzione.

**RISULTATI** Nel Giugno 2014 è stato attivato un progetto pilota della durata di tre mesi dopo l'approvazione da parte della Direzione Sanitaria della revisione proposta. Nonostante le contromisure non siano ancora totalmente a regime, il tempo Door to Needle per i pazienti sottoposti a fibrinolisi sistemica dal 10 Giugno al 5 Dicembre 2014 si è ridotto ad una media di 45,2 minuti (-40%). Numerosi studi confermano che una riduzione media di 31 minuti del tempo Door to Needle comporta una maggiore efficacia del trattamento.

**LIMITI** La principale criticità riguarda il fatto che una delle contromisure adottate in fase pilota per la riduzione dei tempi Door to Needle coinvolge gli infermieri della Stroke Unit in turno in reparto i quali, quando è presente un paziente da sottoporre a trattamento fibrinolitico in DEA, devono allontanarsi dal reparto per circa 15 minuti e recarsi in PS per iniziare la somministrazione del farmaco. Questo è però possibile solo nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali, in quanto dalle 20 alle 8 e nei giorni festivi, il personale in turno viene ridotto di una unità e quindi non è possibile allontanarsi dall'area di degenza. L'altro limite riguarda l'ampiezza del ring: numerosi sono i soggetti coinvolti ed è difficile monitorare le attività a monte dell'ingresso in ospedale.

**CONCLUSIONI** La fase pilota del progetto ha portato risultati incoraggianti che spingono a procedere con la revisione del percorso e stabilizzarne le innovazioni. In particolare, la fase successiva prevede, oltre che un monitoraggio puntuale e sul campo del percorso, un allargamento della fascia oraria 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in cui gli infermieri si recano in DEA per l'inizio della somministrazione del farmaco fibrinolitico. Inoltre, la revisione del percorso si sta estendendo anche al trattamento endovascolare, previsto per quei pazienti nei quali sussistono controindicazioni alla fibrinolisi sistemica. Un'analisi più approfondita di questo percorso è prevista nei prossimi mesi.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bianciardi Caterina, Ingegnere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Ufficio Lean  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: bianciardicaterina@gmail.com

## 26. L'Ospedale di Comunità(OsCo): cenerentola o anello mancante fondamentale nella rete del Servizio Sanitario?

Bocchi Bruno, Celendo Maria Teresa, Rodelli Paolo, Licheri Vittoria, Orsi Ornella

AUSL di Parma

**BACKGROUND** Il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato a rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana, nonostante costi in crescita e ridotte risorse. Intercettare tempestivamente i bisogni sempre più complessi degli anziani e portare cure low-cost ma altamente integrate, in prossimità dei luoghi di vita, diventa necessario per perseguire obiettivi quali riduzione del numero e della durata dei ricoveri in acuzie. Il Medico di Medicina Generale (MMG), spesso si trova infatti a dover affrontare, situazioni di acuzie minori o di postacuzie, che risultano ingestibili al domicilio, per concomitanti problemi socio-familiari: conseguono ricoveri inappropriati e di lunga durata. La riorganizzazione dei servizi avviata da alcuni anni dalla Regione Emilia Romagna, con la programmazione di una rete di Case della Salute (CdS) e di Cure Intermedie (C.I.) può costituire una risposta efficace al nuovo quadro socio-economico, epidemiologico e demografico. A San Secondo P.se (S.S.), un settore di Cure Intermedie di 30 posti letto organizzato in 3 moduli di degenza di 10 posti letto ciascuno all'interno della CdS, è stato ottenuto attraverso la conversione di 30 posti letto ospedalieri; iniziata nel marzo 2013 con l'istituzione dell'OsCo, la trasformazione è continuata con l'avvio di un modulo di Riabilitazione e completata nel luglio 2014 con un modulo di Lungo-assistenza. A tutt'oggi, è l'attività dell'OsCo, quella che più si presta ad una iniziale verifica dei presupposti della sperimentazione.

**OBIETTIVI** Ottimizzazione e razionalizzazione della rete sanitaria locale attraverso prevenzione dei ricoveri inappropriati in ospedale e supporto della dimissione tempestiva con riduzione della durata delle degenze.

**METODI** L'OsCo comprende 10 posti letto di degenza gestiti da un'Equipe Infermieristica, con il MMG responsabile clinico-terapeutico del suo assistito che può avere accesso al ricovero sia dal domicilio, sia da un reparto per acuti. Bacino d'utenza è il territorio di 9 comuni con circa 40.000 residenti, assistiti da 27 MMG.

**RISULTATI** Nei primi 21 mesi di attività sono state ricoverate 215 persone con età media 81 anni, provenienti per il 71% (153 pazienti) dal domicilio e per il 26% (58 pazienti) da reparti per acuti: tra questi ultimi, 13 pazienti erano stati ricoverati nel 2013 (14% degli 88 ricoverati in quel periodo), con aumento a 45 pazienti nel 2014, pari al 35% dei ricoverati. La richiesta di ricovero in OsCo era motivata da malattia cronica riacutizzata o scompensata nel 37% dei casi, deficit della funzione motoria nel 32% dei casi, stabilizzazione post-acuzie nel 15%, medicazioni o revisioni terapeutiche nel 12%, acuzie minori nel 3%. La degenza media è stata di 17 giorni; il 72% dei pazienti (156 casi) è stato dimesso al domicilio mentre il 19% (42 casi) ha richiesto il trasferimento in acuzie; il 4% (10 casi) sono deceduti. A fronte del significativo aumento della quota di pazienti provenienti dall'ospedale per acuti nel secondo anno di attività, il tasso di pazienti inviati in ospedale dall'OsCo, per aggravamento clinico, non ha subito significativi aumenti passando dal 18% (16 casi) al 20% (26 casi) di tutti i ricoverati nei 2 anni rispettivamente; in questo gruppo prevalgono i casi che provengono dal domicilio (11 casi pari al 68% nel 2013 e 17 casi pari al 65% nel 2014) sui pazienti provenienti dall'ospedale per acuti (da 5 casi nel 2013 pari al 32% dei pazienti trasferiti in acuzie, a 9 casi pari al 34% nel 2014). I re-ricoveri in OsCo per qualsiasi diagnosi a 30 giorni hanno riguardato 23 casi (10.6%). 138 pazienti (64%), assistiti da 6 MMG, risiedevano nel territorio dei 3 Comuni più vicini all'OsCo e la cui popolazione adulta (8346 persone) viene da tempo studiata circa il rischio di ospedalizzazione (r.d.o.) con riconoscimento di 4 gruppi di rischio: molto alto, alto, moderato e basso; tra i 138 ricoverati residenti in questa area, 87 (63%) appartenevano al gruppo a r.d.o. molto alto (60 casi = al 43.4%) o alto (27 casi = al 19.5%). La dimensione di questi 2 gruppi nella popolazione adulta generale è del 4.2% (350 persone) e del 6.2% (517 persone) rispettivamente.

**LIMITI** Solo dal 2015 si potrà disporre di un software dedicato per un'analisi del case-mix dell'intera struttura di degenza, dei costi e degli outcome.

**CONCLUSIONI** La trasformazione avviata nella CdS di S.S. ha sicuramente introdotto forti elementi di economicità, con l'eliminazione di un punto di guardia medica ospedaliera (la funzione nella fascia oraria notturna e nei giorni festivi è garantita dai Medici di Continuità Assistenziale) e gestione organizzativa affidata all'Infermiere. Purtroppo, per la loro natura innovativa, queste strutture hanno bisogno di tempo per stabilizzarsi, ad esempio, relativamente al case-mix. e pertanto non è chiara la ricaduta della sperimentazione sui costi/efficacia. A tutt'oggi l'OsCo costituisce la realtà la cui valutazione descrittiva, più consente una proiezione futura della riorganizzazione e si propone quale anello mancante della rete, necessario a perseguire obiettivi quali la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, la riduzione della durata delle degenze e dei trasferimenti prematuri dei soggetti anziani fragili nelle residenze. L'aumento dei ricoveri provenienti dall'ospedale per acuti, dal 14% al 35% del totale dei ricoveri, osservato tra 2013 e 2014, sembrerebbe indicare il recupero di una funzione di post-acuzie propria di questa struttura e forse anche una migliore relazione tra i professionisti dei due settings con avvio di un processo di integrazione auspicabile tra MMG e Specialista ospedaliero. Tra le cause di ricovero, la presenza di una malattia cronica scompensata/riacutizzata a giustificare il 37% degli accessi sottolinea il ruolo dell'OsCo nella prevenzione dei ricoveri inappropriati in acuzie, mentre il deficit di funzionalità motoria, con il 32% delle cause, conferma l'importanza di garantire attività di riabilitazione in questo setting anche a soddisfare la dimissione tempestiva dall'acuzie. La conferma di un dato già osservato nei primi mesi di attività, quale l'appartenenza di gran parte della casistica, i.e. 63% dei soggetti ricoverati, ai gruppi ad alto e molto alto r.d.o., sembrerebbe confermare l'utilizzo prevalente dell'OsCo da parte degli individui più fragili della popolazione, titolari del maggior consumo di risorse sanitarie.

### 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 (PR)  
Email: bbocchi@ausl.pr.it

## 27. Iniziativa di raccolta farmaci dell'ASL AT-Asti: come evitare sprechi in sanità

Bona Roberta<sup>1</sup>, Besso Valentina<sup>2</sup>, Mero Paola<sup>2</sup>, Colombardo Valentina<sup>2</sup>, Brunitto Guendalina<sup>2</sup>, Marengo Giulia<sup>2</sup>, Nocera Mario<sup>2</sup>, Sampietro Monica<sup>2</sup>, Martinetti Silvana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera - Università degli Studi di Torino*, <sup>2</sup>*Asl AT*

**BACKGROUND** In attuazione di quanto disposto dall'art. 2, comm.350, 351 e 352 della Legge del 24/12/2007 n. 244 (Legge Finanziaria 2008), a sostegno del contenimento della spesa farmaceutica regionale, la SOC Farmacia Territoriale dell'ASL AT ha promosso un'iniziativa volta ad incentivare il recupero di farmaci non più utilizzati, resi da pazienti che hanno interrotto la terapia o deceduti, in base a criteri e modalità che tutelino la salute dei pazienti.

**OBIETTIVI** In ogni setting assistenziale può accadere che intervenga il cambiamento di una terapia o il decesso di un paziente e i farmaci rimangano inutilizzati, quando invece possono essere impiegati per altri pazienti. L'obiettivo è proprio quello di evitare che confezioni integre di farmaci in corso di validità vengano smaltite, con uno spreco considerevole di risorse economiche. Inoltre, attraverso questo percorso si intende sensibilizzare i Medici di Medicina Generale (MMG) sull'importanza di eseguire prescrizioni appropriate e recuperare risorse.

**METODI** I farmaci possono essere consegnati da privati cittadini, residenze sanitarie assistenziali (RSA) o MMG. Vengono accettati unicamente i farmaci che soddisfano i seguenti criteri: confezione integra, in corso di validità e conservati secondo le indicazioni riportate sulla confezione. Sono esclusi dal progetto i farmaci stupefacenti che sono soggetti a registrazione in entrata/uscita, farmaci ospedalieri e i farmaci che prevedono una conservazione a temperatura controllata. Sono stati individuati due punti di raccolta nell'ASL: SOC Farmacia Territoriale per i Distretti Centro e Nord e la Casa della Salute di Nizza Monf.to per il Distretto Sud. Per una trasparente gestione è stato creato un database Microsoft Access che permette il controllo di: giacenze, scadenze e valorizzazione economica dell'attività. Il riutilizzo avviene dopo attenti controlli da parte dei farmacisti indicati come preposti all'attività, che provvedono alla selezione, in base a criteri di sicurezza e di utilità di cura, infatti un farmacista valida le confezioni, disponendone la custodia e la corretta conservazione, dopodiché si effettua la registrazione su database. I farmaci vengono redistribuiti alle RSA afferenti al progetto di distribuzione diretta dei farmaci, alla Casa Circondariale, a singoli pazienti seguiti dal DH Oncologico, dall'Unità Valutativa Alzheimer e dal servizio di Cure Domiciliari.

**RISULTATI** Dal 1 gennaio 2013 al 31 dicembre 2014 sono state raccolte 2685 confezioni, di cui il 74% consegnate da privati che, volontariamente o su indicazione del MMG o del farmacista di comunità, hanno fatto pervenire i farmaci ai punti di raccolta; il restante 26% è stato reso da RSA e DH Oncologico. L'importo totale delle confezioni raccolte ammonta a 48.530,08€. Le principali classi ATC sono: C- Sistema Cardiovascolare 31% (24% sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina, 24% diuretici, 14% beta-bloccanti, 13% terapia cardiaca, 13 % calcio-antagonisti), N-Sistema Nervoso 22% (33% analgesici, 25% psicolettici, 17% psicoanalettici, 13% antiparkinson), B- Sangue ed organi emopoietici 12%, A- Apparato gastrointestinale e metabolismo 11%, J- Antimicrobici 9%,. 2209 confezioni sono state redistribuite, per un importo di 36.915,37€; il 68% (17.001,58€) sono state consegnate a RSA, 15% alla Casa Circondariale (5.527,94€), 9% al DH Oncologico e Farmacia Ospedaliera (7.374,80€), 7% a pazienti domiciliari (5.820,35€) grazie alla collaborazione dei MMG, 1% tramite il servizio di Cure Domiciliari (1.190,70€). Il 5% delle confezioni non è stato reintrodotta nel ciclo distributivo per il limitato periodo di validità.

**LIMITI** Un limite del progetto è l'impossibilità di recuperare farmaci che prevedono una conservazione a temperatura controllata, spesso molto costosi come le epoetine, stante l'incapacità di stabilire con sicurezza il rispetto della catena del freddo al domicilio del paziente.

**CONCLUSIONI** La cooperazione tra i diversi attori del medesimo progetto ha consentito di recuperare risorse che altrimenti sarebbero state sprecate. Si tratta di un procedimento virtuoso che permette un risparmio sulla spesa per la salute.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bona Roberta, Farmacista  
ASL AT  
Via Conte Verde, 125 - 14100 - Asti  
Email: rbona.farm@gmail.com

## 28. Disinvestire e riallocare: la tecnologia “centro di assistenza primaria” può prevenire il consumo di ricoveri, accessi in pronto soccorso e prestazioni ambulatoriali?

Boraso Flavio, La Valle Giovanni, Mortoni Lavinia, Anselmo Eva, Ripa Franco

ASL Torino 4

**BACKGROUND** L’Ospedale di Castellamonte dell’ASL Torino 4 nell’anno 2012 contava 50 posti letto di lungodegenza e 15 pl di RRF, con l’erogazione di 501 ricoveri e 21.574 giornate di degenza pari ad un importo tariffario 4.103.395 Euro. A seguito delle indicazioni regionali, dal 2013 è avvenuta la progressiva riconversione, con lo sviluppo di un centro di assistenza primaria e di un day service riabilitativo.

**OBIETTIVI** L’obiettivo del lavoro si è concretizzato nell’analisi del CAP di Castellamonte, in particolare in termini di efficacia di prevenzione su ricoveri ospedalieri, accessi in pronto soccorso e prestazioni ambulatoriali, anche in chiave di cost-saving per paziente relativamente al consumo della quota capitaria.

**METODI** La popolazione in studio è rappresentata dai 1.445 pazienti pervenuti per prenotazione e 460 pazienti pervenuti per libero accesso al CAP di Castellamonte nel corso del primo semestre 2014, per un totale di 2.005 pazienti. Si è pertanto proceduto all’elaborazione dei ricoveri riferiti al primo semestre 2013 e al primo semestre 2014 sulla popolazione bersaglio. La ricerca è stata condotta sia sui ricoveri effettuati nei presidi dell’ASL TO4, sia sui ricoveri effettuati al di fuori dell’ASL TO4, considerando la numerosità totale dei ricoveri avvenuti e la numerosità legata alla presenza nelle SDO dei codici ICD9-CM riferiti alle seguenti patologie: diabete (250), BPCO (490-496), ipertensione (401-405), dolore cronico (338, 338.0, 338.2, 338.3, 338.4). Si sono quindi elaborati i dati relativi agli accessi in PS riferiti al primo semestre 2013 e al primo semestre 2014 effettuati dai pazienti transitati al CAP. La ricerca è stata condotta da fonti informative aziendali correnti sugli accessi effettuati nei presidi dell’ASL TO4, considerando sia la numerosità totale sia la stratificazione per codice di triage all’ingresso in PS. Per quanto riguarda invece il raffronto tra il consumo di prestazioni ambulatoriali specialistiche e diagnostiche, la rilevazione è avvenuta mediante incrocio di elenchi esportati dall’applicativo interno e il tracciato C.

**RISULTATI** Rispetto al primo semestre dell’anno 2013, nel primo semestre della fase sperimentale dell’anno 2014 si evidenzia un significativo decremento dei ricoveri dei pazienti seguiti dal CAP (riduzione da 160 a 115, pari al 23%). Importante in particolare la riduzione di quelli inerenti le patologie croniche specificatamente seguite dal CAP, con un valore in decremento del 25%. La valutazione dei dati di pronto soccorso evidenzia una riduzione complessiva di accessi (da 332 a 316, pari al 5%), con una riduzione di circa il 10% sui codici verdi, ma di un incremento del 3% dei codici gialli e di alcuni accessi in codice rosso, ad evidenza di un seppur lieve incremento dell’appropriatezza di utilizzo dell’area dell’emergenza. L’analisi del consumo delle prestazioni ambulatoriali sottolinea invece un incremento relativo sia all’area specialistica (visite da 3.502 a 4.216, pari al 20%) sia all’area diagnostica (prestazioni da 19.235 a 27.611, pari al 44%). Peraltro tali prestazioni sono state effettuate su una popolazione selezionata e affetta da patologie croniche. Per quanto riguarda invece l’impatto dei consumi di ricoveri, di accessi al PS e di prestazioni ambulatoriali in forma complessiva, l’approccio a costi standard ha dimostrato una sostanziale equivalenza tra situazione pre e post (valore medio intorno ai 405 Euro), in quanto la riduzione dei ricoveri si è verificata in parallelo all’incremento delle prestazioni.

**LIMITI** L’analisi effettuata è di tipo pre e post: al fine di poter trarre conclusioni più compiute e consistenti in termini numerici, si ritiene opportuno proseguire l’indagine almeno al completamento pieno di un anno di attività. Dopo tale periodo, effettuate le nuove valutazioni, si potrà proseguire con la messa a regime delle azioni allargando l’area territoriale di riferimento sul Distretto di Cuorgné e coinvolgendo tutti i medici di medicina generale che ivi lavorano. Si valuterà anche l’incremento dell’orario di apertura ed una maggiore offerta per la medicina d’attesa.

**CONCLUSIONI** L’attivazione del CAP ha comportato un investimento economico iniziale legato alla ristrutturazione dei locali dedicati e all’adeguamento dell’informatizzazione. La riconversione dell’Ospedale di Castellamonte ha consentito il recupero di personale per la gestione del CAP. Il cambio del mix di consumo da parte della popolazione seguita in CAP è comunque molto interessante in chiave di HTA sui sistemi organizzativi.

### Indirizzo per la corrispondenza

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

## 29. Percorso clinico assistenziale dolore toracico

Borreca Flavio, Bartoccioni Filippo, Amoddeo E. Caterina

*Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini*

**BACKGROUND** Il percorso clinico assistenziale è uno strumento utile/essenziale per l'orientamento della pratica clinica rispetto le linee guida internazionale, coinvolgendo tutti gli operatori che si occupano del processo.

**OBIETTIVI** L'obiettivo del PCA (Percorso Clinico Assistenziale) è quello del passaggio graduale da una gestione per specialità ad una per processi, riducendo la variabilità dei comportamenti, mantenendo in atto quelli più virtuosi. Per il raggiungimento dell'obiettivo proposto abbiamo usato dei metodi di coinvolgimento multidisciplinare in modo da evidenziare le varie criticità in tutti i suoi aspetti peculiari.

**METODI** Sono stati sviluppati dai clinici degli indicatori utili e, messa in evidenza la letteratura scientifica aggiornata, si è proceduto ad una condivisione del percorso da effettuare. Monitoraggio a distanza è stato eseguito tramite degli audit che hanno mostrato le criticità da affrontare o quelle che sono state affrontate in maniera inefficace

**RISULTATI** Positivo è stato il calo significativo della mortalità dei pazienti urgenti con diagnosi di STEMI che è passato dal 10,8% al 6,48%. Altro punto interessante è stata la diminuzione del tempo medio intercorso tra l'accettazione al Pronto Soccorso del paziente col dolore toracico e il primo ECG che è passato da 33 a 28 minuti. Altri punti significativi sono stati l'aumento dei pazienti fumatori inviati al centro antifumo o così come quelli inviati al centro nutrizionale. Grazie alla creazione del percorso clinico assistenziale sono stati evidenziati e quindi risolti percorsi anomali alternativi causati da inefficienze del sistema che potevano mettere a rischio la sicurezza del paziente.

**LIMITI** Limiti dovuti all'impossibilità di realizzare in breve tempo delle modifiche strutturali che potrebbero far giungere i pazienti urgenti nei reparti di cura, in tempo minore, facendogli percorrere dei percorsi preferenziali a loro dedicati.

**CONCLUSIONI** Dall'analisi complessiva si evidenzia un miglioramento globale dei processi e dei percorsi anche se permangono delle criticità. Tali criticità potranno essere superate solo con una costante azione di audit e di monitoraggio continuo con delle azioni di rinforzo dove sono presenti delle carenze, impostando tra gli obiettivi di budget l'aderenza al percorso e alla comunicazione dei dati.

### Indirizzo per la corrispondenza

Borreca Flavio, Infermiere  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - U.O.C. Sviluppo Governo Clinico e Formazione  
Circ.ne Gianicolense, 87 - 00152 - Roma  
Email: flavio.borreca@gmail.com

### 30. Nuovo modello infermieristico di gestione strategica: il caso dell'AOUS

Bugnoli Gianluca, Bracci Letizia, Fruscoloni Guido

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese*

**BACKGROUND** L'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese "Santa Maria alle Scotte" è un Ospedale Universitario con una capacità di circa 800 posti letto. Il 13 Settembre 2014 è iniziato il progetto Aziendale di riorganizzazione dell'area chirurgica che operativamente si è attuato con gli spostamenti fisici di 13 strutture con uno stato attuale di 89 posti letto. Il progetto ha previsto la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali coordinati dalla Direzione Sanitaria. A seguito dei trasferimenti tutte le specialità si sono unite e allo stesso momento distinte nelle due linee assistenziali di percorso programmato e d'urgenza. Le due linee assistenziali chirurgiche si sono così costituite: la Chirurgia Programmata con le aree assistenziali definite "Chirurgia A, B e C" e la Chirurgia d'Urgenza definita "Chirurgia D". L'organizzazione del lavoro sia medico che infermieristico è stato rivisto adottando il modello organizzativo di linea e quindi la strutturazione di cellule di lavoro. È stata definita "cellula" di lavoro all'interno della linea una postazione lavorativa con nove posti letto, gestita da una piccola équipe multidisciplinare. Questa riorganizzazione ha dato luogo all'istituzione di nuove figure infermieristiche e all'adozione di un modello assistenziale definito "Nursing Modulare", cioè per piccole équipe.

**OBIETTIVI** Gli obiettivi sono sintetizzabili nel riorganizzare l'Area Chirurgica secondo le logiche della complessità assistenziale e dei principi Lean, superando l'organizzazione per singole unità operative.

**METODI** Il modello di linea e per cellule scelto ha previsto il lavoro in équipe e quindi la presenza, in ciascuna cellula assistenziale di un infermiere ed un OSS di riferimento che, in sinergia con i medici di ciascun paziente, sviluppano ed attuano i piani assistenziali personalizzati. Inoltre sono state istituite nuove figure infermieristiche come l'Infermiere di processo, il Visual Hospital Manager e l'Infermiere con Posizione Organizzativa di Linea. Gli strumenti utilizzati per l'integrazione inter professionale sono stati molteplici e di seguito vengono elencati: 1) Il Piano per Ogni Paziente (PPOP): strumento di Visual Management per la gestione del percorso clinico; 2) Il Visual Hospital Chirurgico: strumento di Visual Management per la gestione dei posti letto; 3) La programmazione centralizzata delle sedute operatorie effettuata a livello di Direzione Sanitaria; 4) Il Briefing effettuato dal personale all'interno di ciascuna cellula, come momento strutturato per la gestione/programmazione del percorso del paziente (che si avvale dello strumento PPOP); 5) La tecnica delle 5S per la standardizzazione degli ambienti di lavoro; 6) La cartella clinica integrata; 7) La scheda Unica di Terapia. La gestione dei flussi dei pazienti è messa in atto dall'Istituto del Visual Hospital chirurgico. Questo ha previsto la figura Infermieristica del Visual Hospital Manager con funzioni di rilevazione della domanda in ingresso e dell'offerta/disponibilità dei posti letto all'interno delle linee. Il sistema di Visual Hospital è alimentato dal lavoro di programmazione ed organizzazione dei percorsi assistenziali riportato quotidianamente sui pannelli di PPOP. La figura dell'Infermiere con Posizione Organizzativa di Linea è un ruolo innovativo per la Direzione Aziendale in quanto di supporto alle analisi e allo sviluppo delle linee di indirizzo in modo omogeneo, inoltre è di supporto al Coordinatore Infermieristico per l'analisi delle criticità e l'implementazione di strumenti per la gestione dei flussi dei percorsi assistenziali.

**RISULTATI** In seguito alla riorganizzazione, sono state recuperate quattro unità infermieristiche; il personale è stato assegnato all'intera Linea assistenziale e questo ha generato una maggiore elasticità gestionale. Il turnover è rimasto percentualmente invariato e le competenze di ogni singolo operatore sono state implementate (fonte: questionari di apprendimento).

**LIMITI** Le criticità che si sono evidenziate in un primo momento sono state relative a: - Abitudini diverse tra discipline specialistiche; - Dotazioni di presidi e materiali diversi; - Gestione dei posti letto assegnati alle singole UU.OO. con modalità differenti; - Personale infermieristico e di supporto con esperienza professionale nella sola unità operativa di provenienza.

**CONCLUSIONI** In questo contesto la metodologia seguita di cambiamento organizzativo ha permesso di ottenere un nuovo modello assistenziale in grado di implementare le competenze professionali, la standardizzazione e quindi la personalizzazione dell'assistenza. La nuova forma di assegnazione del personale alle linee ha aumentato la flessibilità per quanto concerne la Job rotation e contemporaneamente ha permesso di iniziare un percorso di miglioramento continuo con formazioni accreditate permanenti e progetti di miglioramento.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Bracci Letizia, Infermiere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - U.O.C. Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: l.bracci@ao-siena.toscana.it

## 31. Le Linee Assistenziali e le Aree con competenza specifica: un nuovo modello organizzativo per la gestione del personale Infermieristico

Bugnoli Gianluca, Bracci Letizia, Fruscoloni Guido

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese*

**BACKGROUND** L’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese “Santa Maria alle Scotte” è un Ospedale Universitario con una capacità di circa 700 posti letto. L’Azienda nel 2013 ha iniziato un percorso di pianificazione e realizzazione di un nuovo modello organizzativo dell’Area chirurgica, Medica e Specialistica che coinvolge gli aspetti gestionali e strutturali relativi alla dotazione organica, alla collocazione dei reparti, alla riorganizzazione dei turni del personale. La logica seguita è quella della complessità assistenziale e dei processi, partendo dalla strutturazione di Linee Assistenziali Chirurgiche distinte per l’Urgenza e per i Programmati. Visto che l’area delle Scienze infermieristiche ed Ostetriche è una struttura che, nell’ambito degli indirizzi aziendali, costituisce l’organismo di governo dei processi e delle funzioni operative afferenti alle professioni infermieristiche ed ostetriche, questo cambiamento ha determinato la nascita di un nuovo modello per la gestione del personale all’interno delle Linee e soprattutto la costituzione di 8 Linee Assistenziali alle quali far afferire il personale infermieristico e di supporto con caratteristiche di continuità. Le 8 Linee Assistenziali, che vanno a coprire tutti i settori in cui è presente il personale Infermieristico, sono così definite: Linea assistenziale Chirurgica, Linea assistenziale Medica, Linea Assistenziale Outpatients, Linea assistenziale Cardio-Toraco-Vascolare, Linea assistenziale emergenza-urgenza, Linea assistenziale Sale Operatorie, Linea assistenziale Neuoscienze, Linea assistenziale Materno-Infantile. All’interno di ciascuna Linea sono state definite le Aree con competenza specifica cioè è possibile accedere solamente con una documentata preparazione (ad esempio le aree endoscopiche). La linea delle Sale Operatorie, Cardio toraco vascolare e emergenza urgenza è considerata tutta a competenza specifica. Inoltre viene creata una nuova figura Infermieristica definita “Posizione Organizzativa Gestionale” incaricata della gestione di una o più Linee Assistenziali. Tale organizzazione si completa con la nascita di 5 figure figura infermieristica trasversali definita “Posizione Organizzativa di Linea”.

**OBIETTIVI** Gli obiettivi sono sintetizzabili nella definizione di uno standard per l’assegnazione di personale neoassunto e l’assegnazione di personale interno alle varie Linee assistenziali e Aree a formazione specifica che garantisca la qualità dei servizi assistenziali, valorizzi le competenze e la professionalità del personale ed ottimizzi l’utilizzo delle risorse umane come previsto dagli obiettivi aziendali.

**METODI** La metodologia utilizzata è stata quella di andare a definire per primo le Linee Assistenziali Aziendali sopradescritte, dopodiché, a seguito della mappatura di tutte le strutture di ciascuna linea, le aree che necessitano di competenze specifica come ad esempio le sale operatorie o le aree di endoscopia. A seguito di questa definizione sono state descritte le modalità ed i criteri per la valutazione delle competenze di area e quindi la definizione per l’assegnazione dei punteggi su curriculum a persona. La procedura aziendale ha previsto la creazione di una graduatoria per ciascuna Linea da avviso di manifestazione di interesse interno biennale e la stesura di criteri per la rotazione sia all’interno della linea che tra linee diverse, nonché verso le aree a formazione specifica. Inoltre è stata declinata la cascata di spostamenti sino alla destinazione del Neoassunto.

**RISULTATI** In seguito all’istituzione delle Linee Assistenziali sono stati emessi avvisi interni per la creazione delle graduatorie biennali di Linea ed è stato standardizzato il metodo di assegnazione dei punteggi per quanto concerne gli spostamenti verso le aree con formazione specifica. Data la recente strutturazione del progetto dell’Area infermieristica è possibile stimare i risultati in una diminuzione del turn over tra Linee assistenziali. Inoltre sono stati strutturati corsi di formazione specifica per le aree interessate che garantiranno competenze aggiornate e specifiche per tutti coloro che intendono lavorare in quei settori ad elevata competenza.

**LIMITI** Le criticità che si sono evidenziate in un primo momento sono state relative a: - Condivisione del modello con le parti sindacali; - Creazione di regolamenti che consentano la possibilità di spostamenti interni anche in base alle necessità assistenziali.

**CONCLUSIONI** In questo contesto la metodologia seguita di cambiamento organizzativo ha facilitato la strutturazione di un nuovo modello in grado di implementare le competenze professionali e la standardizzazione, nonché di garantire risorse umane qualificate e motivate che aumentino la qualità dell’assistenza. La nuova forma di assegnazione del personale alle linee ha aumentato la flessibilità per quanto concerne la Job rotation all’interno della Linea e contemporaneamente ha permesso di iniziare un percorso di miglioramento continuo con formazioni accreditate permanenti e progetti di miglioramento.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bracci Letizia, Infermiere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - U.O.C. Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: l.bracci@ao-siena.toscana.it

## 32. Principi di Lean Construction applicati ad un Centro PET

Burroni Luca, Crocchini Fabio, Bianciardi Caterina, Guercini Jacopo

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese*

**BACKGROUND** In fase progettuale, uno studio Lean permette una analisi di ottimizzazione degli ambienti e dei flussi di materiali e pazienti radioattivi che afferiscono alla struttura. Siccome il paziente a cui viene somministrato il radiofarmaco diviene radioattivo, diventa una necessità radioprotezionistica limitare il contatto tra il paziente e gli operatori socio-sanitari, la popolazione e gli altri pazienti. Risulta necessario ottimizzare i percorsi del Centro PET, non solo nel rispetto delle norme di radioprotezione, ma per rendere più agevole l'attività lavorativa del personale e più razionali gli spostamenti dei pazienti.

**OBIETTIVI** La peculiarità di ottimizzazione delle risorse con intervento preventivo sul progetto è data dal fatto che sono proprio gli operatori della struttura ad analizzare i processi ed il layout, grazie alla conoscenza approfondita delle metodiche e delle caratteristiche ottimali del luogo di lavoro. Questo valore aggiunto in termini di progettazione evidenzia criticità e sprechi, snellendo percorsi e processi per perseguire il raggiungimento del massimo valore, prima della messa in atto delle opere edilizie. Questo approccio di "Lean Construction" favorisce il lavoro di team apportando benefici per il paziente, per gli operatori e per l'organizzazione, in quanto garantisce il rispetto delle norme radioprotezionistiche e un servizio di elevata qualità.

**METODI** Le tecniche Lean utilizzate in questo progetto nell'ottica di ottimizzazione della gestione del Centro PET sono: VSM: si rendono facilmente visibili le attività utilizzando la VSM, utile per mettere in evidenza le attività a valore da quelle non a valore. Queste ultime possono essere eliminate o ridotte al fine di ridurre il Lead Time di processo. Processando un paziente per volta e applicando le linee guida scientifiche per le metodiche PET si possono ridurre o eliminare inutili tempi di attesa. Spaghetti Chart: viene utilizzata per simulare e rendere visibili tutti gli spostamenti del personale e dei pazienti all'interno del Centro PET. È necessario utilizzare colori diversi per le diverse figure professionali, ponendo la massima attenzione a garantire percorsi distinti per il paziente "caldo" ed il paziente "freddo", facendo in modo che il contatto tra questi o con altre figure sia ridotto al minimo in termini di spazio e di tempo. One piece flow: ben si adatta alle caratteristiche peculiari di un Centro PET che utilizza i radiofarmaci a breve emivita: vi è la reale necessità di una programmazione degli accessi che faccia superare ciascuna fase del processo ad un paziente alla volta. È con questo principio che il flusso del valore viene tirato dal paziente nella logica definita "pull". Cell design: Il Centro PET viene analizzato e pensato come una cellula di lavoro autonoma, quindi con tutte le risorse atte a generare i servizi richiesti. Ciò è stato possibile, grazie all'organizzazione della cellula ad "U". Visual management: Le informazioni sulla radioprotezione devono giungere tempestivamente, sia a personale esperto che ad utenti esterni. Si possono utilizzare strisce di riconoscimento colorate per distinguere i percorsi e quindi facilitare l'accesso alle varie sale e l'uscita anche per utenti meno collaboranti. Pannelli visuali con i nomi, le dosi dei radiofarmaci da somministrare e soprattutto i tempi delle fasi più delicate dei pazienti, può facilitare in modo importante la gestione dei flussi da parte del personale.

**RISULTATI** I risultati ottenuti sono stati una revisione del layout e dei percorsi in fase progettuale, apportando delle proposte di miglioramento, evitando ulteriori lavori di adattamento dopo la costruzione del Centro con costi aggiuntivi e disservizi per la chiusura temporanea della struttura. Gli obiettivi posti hanno favorito l'individuazione di indicatori di misurazione. Il più importante è relativo alla dose di esposizione degli operatori. L'obiettivo principale che il team ha posto in ciascun aspetto di questa revisione in chiave Lean, è la riduzione della dose di esposizione al di sotto della dose media calcolata negli altri centri PET della Regione Toscana. Le rilevazioni di tale indicatore sono costantemente monitorate. Un altro risultato è l'economicità di questo progetto di revisione, con un impegno isorisorse, cioè senza nessun costo o impegno aggiuntivo, anche in relazione alle misurazioni mensili e le visite semestrali che sono comunque obbligatorie per legge.

**LIMITI** Non si rilevano limiti significativi.

**CONCLUSIONI** Le opere edilizie negli ospedali sono progetti con caratteristiche uniche, molto complessi e necessitano di un grosso budget. Una realizzazione con concetti di Lean Construction, integrando le pratiche e i metodi di gestione ha dimostrato di avere un profondo impatto su come i progetti sanitari possono essere sviluppati e consegnati. È necessaria una forte leadership per guidare il progetto, una condivisione con le persone coinvolte, nell'ottica della massimizzazione del valore e della riduzione degli sprechi.

### Indirizzo per la corrispondenza

Burroni Luca, Medico Chirurgo  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - U.O.C. Medicina Nucleare  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: l.burroni@ao-siena.toscana.it

### 33. Sicurezza in sala operatoria: scheda per la rilevazione dei near miss

Bustreo Sonia

*Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano*

**BACKGROUND** Portiamo l'esperienza della rilevazione di due anni di errori in sala operatoria, relativi al 2012/2013. Con l'introduzione di una scheda per la rilevazione degli errori in sala operatoria, è stato possibile introdurre nell'organizzazione procedure e attività nuove atte a limitare gli eventi avversi in sala operatoria. Questa scheda introdotta nel 2012 ha portato a dei risultati di sicurezza soddisfacenti

**OBIETTIVI** L'obiettivo del nostro studio, è stato quello di sensibilizzare il personale sanitario al rischio in sala operatoria, responsabilizzando maggiormente gli operatori e a limitare il rischio dell'accadimento di eventi avversi.

**METODI** Si è introdotta una scheda da compilare ogni volta che si veniva a conoscenza di un evento avverso o near miss, e una commissione composta da tre infermieri, ha analizzato e classificato i tipi di eventi segnalati.

**RISULTATI** Dalle schede raccolte si sono potuti evidenziare i seguenti risultati: nel 2012 il 74.5% di near miss, il 14.5% eventi con probabile danno, il 5.45% eventi con danno e il restante 5,45% eventi sentinella nel 2013 il 57.69% di near miss, il 30.76% eventi con danno, il 7.69% eventi sentinella e il 3.8% eventi con probabile danno. Conseguentemente a questo si sono evidenziate le maggiori problematiche legate all'errore e ne lo possono causare.

**LIMITI** La più grande limitazione è stata quella di non avere avuto il contributo allo studio di medici e chirurghi.

**CONCLUSIONI** Dai dati raccolti si è potuto evidenziare che la maggior causa di errore nella nostra struttura è stata: • cause e fattori legati alla comunicazione • cause e fattori umani • cause e fattori legati a linee guida, protocolli e procedure

#### Indirizzo per la corrispondenza

Bustreo Sonia, Infermiere  
Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano  
Via Candiani, 2 - 20025 - Legnano  
Email: sbustreo1971@libero.it

### **34. Ottimizzare i percorsi clinico assistenziali nell'ottica del contenimento degli sprechi: un esempio di coordinamento dei setting di cura tra unità operative per acuti e Cure Sub Acute del Dipartimento geriatrico riabilitativo dell'Azienda Salvini di Garbagnate Milanese**

Caldarulo Tiziana, Alberti Annalisa, Clementi Daniele, Crespi Enrico, Carnovali Eleonora

*A.O.G. Salvini Garbagnate Milanese*

**BACKGROUND** L'attività del Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini di Garbagnate Milanese è stata organizzata proprio al fine di evitare un inadeguato coordinamento dell'assistenza. L'obiettivo primario consiste nell'attività integrata con le unità operative aziendali per acuti, mediche e chirurgiche, al fine di implementare percorsi clinici e assistenziali per i pazienti il cui episodio di ricovero non può concludersi con una dimissione diretta.

**OBIETTIVI** Per soddisfare gli obiettivi primari nell'ottobre 2011 è stata costituita l'Unità Operativa di Cure Subacute, costituita da 30 posti letto. I principali obiettivi sono: garantire il completamento del processo di guarigione; gestire le comorbilità; ripristinare le normali attività quotidiane; evitare le ricadute e le precoci riacutizzazioni; permettere un sicuro rientro al domicilio; fornire al paziente e al caregiver gli strumenti per la gestione della cronicità a domicilio.

**METODI** Per i pazienti ritenuti idonei viene impostata una attività clinico-assistenziale che trae origine dalla valutazione clinica all'ingresso, mediante la quale vengono definiti orientativamente la durata della degenza e gli obiettivi raggiungibili. Vengono periodicamente valutati gli indici di outcome appropriati per verificare l'andamento delle terapie e la risposta del paziente alle stesse.

**RISULTATI** Nel corso del 2014 sono state ricevute 560 richieste di trasferimento di cui 371 giudicate idonee. Di queste 291 sono giunte al trasferimento mentre le rimanenti hanno intrapreso altri percorsi. I pazienti sono stati visitati nei reparti per acuti dei presidi di Rho, Garbagnate, Bollate e Passirana facenti parti dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini con una attesa media di 3,3 giorni e trasferiti nella nostra U.O. con una attesa media totale di 8,2 giorni. Le discipline di provenienza erano prevalentemente la Medicina con 159 pazienti, l'Ortopedia con 90 pazienti e la Chirurgia con 17 pazienti. I pazienti ricoverati avevano un'età media totale di 82,3 anni di cui 200 femmine (età media 83,7) e 91 maschi (età media 79,5). L'intensità Assistenziale era prevalentemente di grado 3 (68,0%) e grado 2 (29,9%). La degenza media è stata di 29,4 giorni. Al termine della degenza: il 44% dei pazienti è rientrato al domicilio (83 pazienti con dimissione ordinaria e 44 con attivazione Assistenza Domiciliare Integrata); - il 44% dei pazienti è stato trasferito in altra struttura di ricovero (25 pazienti trasferiti ad altro istituto per acuti, 31 ad altro regime di ricovero nello stesso istituto, 19 trasferiti in altro istituto per terapia riabilitativa, 50 dimessi presso RSA, 2 pazienti con dimissione volontaria).

**LIMITI** Attualmente si sta valutando la modalità più efficace per l'analisi delle ri-ospedalizzazioni e la stabilizzazione della long-term.

**CONCLUSIONI** La costituzione dell'Unità Operativa di Cure Subacute ha rappresentato un utile strumento per soddisfare gli obiettivi primari del Dipartimento Geriatrico Riabilitativo al fine di implementare percorsi clinici e assistenziali per i pazienti il cui episodio di ricovero non può concludersi con una dimissione diretta. L'attivazione di tali percorsi si riflette direttamente sulla durata della degenza media nei reparti per acuti e sulla conseguente riduzione dei costi dedicati ai posti letto in tali reparti. Un esempio della modalità di azione del Dipartimento, il cui scopo è garantire una vera continuità assistenziale prendendosi cura del paziente nella sua globalità e complessità, è rappresentato dai pazienti provenienti dalle Unità Operative di Ortopedia che rappresentano il 31% dei ricoveri in Cure Subacute. Tali pazienti, sottoposti ad intervento chirurgico per frattura di femore, in assenza di concessione del carico sull'arto operato o per un carico parziale non gestibile (ad esempio paziente con decadimento cognitivo) non sono proponibili per un trattamento riabilitativo motorio specialistico. D'altra parte non risulta proponibile la prosecuzione della gestione di tali pazienti nell'Unità Operativa di Ortopedia, in attesa di successiva valutazione specialistica a distanza di un mese o di un periodo più prolungato. Inoltre nella maggior parte dei casi non risulta realizzabile il rientro del paziente al domicilio per incapacità da parte della famiglia di gestire la disabilità e le eventuali riacutizzazioni delle cronicità. Pertanto l'Unità Operativa di Cure Subacute assicura la presa in carico di tali pazienti garantendo un adeguato livello di assistenza medica ed infermieristica per un periodo di degenza utile alla stabilizzazione delle condizioni cliniche di cronicità (ad esempio deterioramento dello stato cognitivo con fasi di delirio, scompenso cardiocircolatorio, metabolico e renale) che possono aver subito un peggioramento nel post intervento. Viene inoltre effettuato l'addestramento dei caregiver e viene attivato un percorso post dimissione in collaborazione con l'Assistente Sociale riducendo al contempo i costi per il servizio sanitario.

#### **Indirizzo per la corrispondenza**

Carnovali Eleonora, Medico Chirurgo  
Ospedale Caduti Bollatesi di Bollate  
Via Piave, 20 - 20021 - Bollate (MI)  
Email: [ecarnovali@aogarbagnate.lombardia.it](mailto:ecarnovali@aogarbagnate.lombardia.it)

## 35. Lesioni da pressione in Asl AL: condivisione multidisciplinare di un progetto aziendale

Caprino Gabriella, Degiovanni Claudia, Feltri Rino, Bertana Paola, Mezzasalma Mariagrazia, Cavalli Daniela, Pisano Michela, Fiumara Francesca, Seksich Elena, Costanzo Paola

*Azienda Sanitaria Locale di Alessandria*

**BACKGROUND** Nell'ASL AL, nata nel 2008 da un'accorpamento di tre ex ASL, convivevano tre diversi protocolli di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione, fino al 2013 con differenti approcci di gestione delle stesse negli ospedali e sul territorio. Poichè le lesioni da pressione rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica per frequenza, gestione, costi e complicità si è creato un progetto aziendale di revisione della letteratura ed evidenze che potesse supportare la successiva stesura di un unico protocollo condiviso.

**OBIETTIVI** L'Azienda si è posta come obiettivo la redazione di un unico protocollo per uniformare la prevenzione, il trattamento, migliorare la qualità assistenziale e garantire l'appropriatezza d'uso dei dispositivi medici sia negli ospedali sia sul territorio dell'Asl.

**METODI** Per la realizzazione del progetto ci si è avvalsi dei seguenti strumenti: Studio di prevalenza nel 2013 su tutti i pazienti ricoverati in tutti gli ospedali aziendali; Analisi comparata delle procedure presenti in azienda tramite apposita check list; Focus group aziendali dove si sono indagate le opinioni degli infermieri sui temi di prevenzione e trattamento; Redazione di un nuovo protocollo tramite gruppo di lavoro dedicato; Programmazione di corsi di formazione a tappeto a tutto il personale sanitario

**RISULTATI** Dallo studio di prevalenza si sono osservati 480 pazienti sui 5 ospedali in ASL AL e il totale dei pazienti con lesioni da pressione è 7.5%. Di questi il 2.1% non aveva alcuna lesione all'ingresso ma insorta durante il ricovero. Pur essendo un dato in linea con la letteratura rappresenta uno stimolo per i professionisti a migliorare. L'analisi comparata dei protocolli esistenti ha evidenziato molte diversità tra loro, rispetto ai contenuti ed anno di edizione. Le schede di valutazione del rischio del paziente erano tutte diverse ed in alcuni mancavano allegati contenenti schemi come i consigli dietetici. Nei focus group gli operatori hanno richiesto la redazione di un unico protocollo aziendale e maggior formazione. Viene richiesto il coinvolgimento della figura dell'infermiere esperto in wound care, delle dietologhe e dietiste, dei fisioterapisti e dei caregivers. Infine è stato redatto il nuovo protocollo aziendale con approfondimenti sui fattori di rischio come la nutrizione. Sono stati programmati anche corsi di formazione capillari a tutto il personale sanitario sul tema.

**LIMITI** La partecipazione ai corsi di formazione da parte di tutto il personale sanitario richiede lunghi tempi per poter essere completata. Inoltre l'implementazione di una cultura dei professionisti basata su nuove evidenze, richiede monitoraggio e verifiche sul campo dell'applicazione del protocollo con impiego di risorse umane e di tempo considerevoli ma necessarie alla buona riuscita del progetto.

**CONCLUSIONI** La realizzazione di questo progetto ha creato numerose opportunità per la nostra azienda, come l'aumento della qualità e della appropriatezza assistenziale. La volontà di coinvolgere varie figure professionali al fine di realizzare il protocollo condiviso, accettare e discutere i loro suggerimenti, sono diventati strumenti di reale applicabilità dello stesso in quanto la motivazione e ricezione dei pareri dei vari Autori è stata prioritaria. La formazione di tutti gli operatori sanitari già avviata sarà garanzia della implementazione attiva del progetto e l'uniformità delle procedure garantirà la continuità assistenziale ospedale - territorio.

### Indirizzo per la corrispondenza

Caprino Gabriella, Medico Chirurgo  
Ospedale Santo Spirito Casale Monferrato - U.O. Dietologia Clinica  
Viale Giolitti, 2 - 15033 - Casale Monferrato (TO)  
Email: gcaprino@aslal.it

### **36. Integrazione e sviluppo competenze infermieristiche in area di Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia**

Carnio Gabriella, Castraberte Catia, Duranti Lorenzo, Fontetrosciani Laura, Panico Sabrina, Pioppo Manuela

*Azienda Ospedaliera di Perugia*

**BACKGROUND** Nel giugno 2013 con Delibera Aziendale n 19168 di cui all’oggetto”Nuova organizzazione neonatologia e terapia intensiva neonatale” si raggruppavano sotto un unico centro di costo , un unico Direttore di Struttura Complessa, in un’unica area logistica due reparti: la terapia intensiva neonatale e la neonatologia. È nata così la necessità di integrare le competenze del personale infermieristico al fine di erogare un’assistenza qualificata in ogni setting assistenziale e garantire un’organizzazione del percorso assistenziale del neonato basato sull’intensità di cure e sulla complessità assistenziale: neonato ad alta complessità assistenziale, neonato a complessità intermedia, neonato a bassa complessità.

**OBIETTIVI** Obiettivi del progetto sono: Uniformare le competenze infermieristiche per ogni setting assistenziale; Garantire l’erogazione di prestazioni assistenziali con standard qualitativi adeguati in tutta l’area neonatologica; Promuovere e pianificare, secondo una turnazione mirata, un affiancamento ad un tutor per colmare i gap di competenze tra i professionisti; Creare un confronto nel gruppo

**METODI** - Condivisione del percorso attraverso incontri tra il personale infermieristico e la direzione Dipartimento delle professioni Sanitarie - Individuazione di tre gruppi di lavoro con i seguenti obiettivi: mappatura competenze, identificazione del fabbisogno formativo , revisione delle istruzioni operative assistenziali; - Elaborazione dello strumento di valutazione - CHECK LIST; - Elaborazione di una turnazione che prevede un’unità in affiancamento agli infermieri identificati come tutor in terapia intensiva; - Corsi di formazione specifici a tutto il personale; - Valutazione all’inizio del percorso , a due e a sei mesi dall’inizio dell’affiancamento. Il Coordinatore infermieristico in base alle unità presenti in servizio, affianca un professionista ad un tutor identificato presso la terapia intensiva neonatale e attraverso dei codici colore realizza una turnazione della durata di 5 settimane. I tutor hanno il ruolo di affiancare e valutare l’infermiere in formazione attraverso la compilazione check list a 2 e 6 mesi dall’inizio del percorso L’infermiere in formazione si auto valuta al tempo zero e al termine dei due mesi di affiancamento. Il Responsabile di Posizione Organizzativa Dipartimentale ha la responsabilità di monitorare il buon andamento del progetto e rilevare attraverso riunioni periodiche mensili eventuali incongruenze e/o apportare modifiche.

**RISULTATI** Al termine del processo di affiancamento il professionista deve aver raggiunto una valutazione sufficiente sulle competenze definite dalla CHECK LIST Altri indicatori: N. infermieri formati /totale dotazione organica dell’area (nel periodo giugno – dicembre 2014 sono 5 le unità infermieristiche autonome nei diversi setting assistenziali); % di gradimento del percorso ;% di valutazioni positive.

**LIMITI** -

**CONCLUSIONI** Il coinvolgimento dei professionisti nell’elaborazione delle competenze necessarie nei diversi setting assistenziali ha permesso una maggior condivisione della finalità del progetto e ad una miglior identificazione delle necessità formative e di sviluppo del gruppo professionale.

#### **Indirizzo per la corrispondenza**

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

## 37. Pianificare e documentare l'assistenza per il progetto di cura

Carnio Gabriella, Morcellini Rosita, Ciotti Patrizia, Fontetrosciani Laura, Amico Mario, Ontari Gianluca, Pettinacci Luciano, Zucconi Marco, Lucarini Gabriella, Fortunati Flavia, Pioppo Manuela

### *Azienda Ospedaliera di Perugia*

**BACKGROUND** La documentazione assistenziale è il principale strumento di lavoro comune alle varie figure professionali che intervengono sul persona finalizzato alla realizzazione del progetto di cura. La documentazione assistenziale è lo strumento che rende osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza e l'applicazione del contesto specifico del profilo professionale. L'attuale contesto aziendale è caratterizzato da un'elevata complessità assistenziale ed organizzativa e dall'integrazione di diversi ruoli professionali. L'analisi organizzativa sull'utilizzo della documentazione assistenziale ha messo in evidenza una documentazione frazionata (diario assistenziale, scheda della terapia, grafica, scheda lesione da pressione, scheda medicazioni, ect) modello in cui prevale una logica esecutiva su quella pianificata. Il diario assistenziale descrive l'attività esecutoria dell'infermiere, riporta l'intervento realizzato, senza documentare il perché, il percorso decisionale utilizzato per giungere a quella decisione; ci si limita alla raccolta delle informazioni inerenti l'iter diagnostico terapeutico; vengono descritti scarsamente i bisogni e i problemi del persona.

**OBIETTIVI** L'obiettivo che si è posto il Dipartimento delle Professioni Sanitarie è quello di adottare, in fasi successive, uno strumento informativo di documentazione sistematica del processo di assistenza, dalla raccolta delle informazioni relative alla persona, alla formalizzazione della pianificazione e degli interventi assistenziali, alla valutazione dei risultati conseguiti, in sintesi: - Creare uno STRUMENTO INFORMATIVO e di DOCUMENTAZIONE SISTEMATICA del processo di cura per garantire la continuità assistenziale; - Documentare i bisogni/problemi della persona, gli interventi decisi e i risultati conseguiti; - Creare una fonte dati per la valutazione, ricerca, formazione.

**METODI** Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie ha pertanto individuato un gruppo di lavoro permanente per l'elaborazione della documentazione assistenziale che, in maniera progressiva, implementi la documentazione nelle varie Strutture, sostenendo il cambiamento attraverso un processo di formazione e il coinvolgimento dei professionisti. In questa prima fase è stato elaborato un modulo di raccolta dati ed è stato riprogettato il diario assistenziale integrato trasformandolo in piano assistenziale integrato con la finalità di poter documentare l'analisi dei bisogni/problemi della persona, la pianificazione e descrizione dell'intervento, la valutazione dei risultati. La sperimentazione sarà effettuata su due Strutture dell'Azienda Ospedaliera di Perugia ed avrà lo scopo di valutare l'efficacia e l'efficienza della documentazione elaborata per poi applicarla in tutte le strutture aziendali. Di seguito sono riportate le fasi del progetto. Riunione preliminare del team progetto Incontri con le strutture pilota (urologia e Medicina Interna Vascolare e stroke unit) Formazione sul campo Pianificazione progetto formativo Incontro del team per analisi primo mese sperimentazione monitoraggio continuo durante la sperimentazione nelle strutture pilota. Riunioni periodiche pianificate con il personale delle strutture complesse Realizzazione dei contenuti del Progetto formativo in FAD Fine fase sperimentazione DICEMBRE 2014 Applicazione progetto nelle strutture dei dipartimenti di scienze chirurgiche e cardiotoracovascolari Formazione di tutto il personale per elaborare piani assistenziali standard per aree omogenee. Valutazione iniziale dell'applicazione del progetto

**RISULTATI** Erogazione di un'assistenza infermieristica individualizzata e programmata; (numero di cartelle dove è presente la documentazione assistenziale/persone ricoverate, - rilevazione giorno indice) Miglioramento relazione infermiere/persone (indagine qualità percepita- item specifici); Maggiore coinvolgimento e soddisfazione del personale infermieristico (indagine benessere organizzativo); Cambiamento modello organizzativo (numero strutture che hanno adottato il nuovo modello organizzativo sul totale delle strutture); Valutazione esiti assistenza (indicatori di qualità dell'assistenza- LdP, cadute, ICA).

**LIMITI** Riguardano il numero ridotto delle strutture e di conseguenza il numero di professionisti coinvolti nelle fase sperimentale del progetto. La sperimentazione è stata condotta con la compilazione dei documenti cartacei non essendo ancora in uso la cartella informatizzata che verrà adottata nel primo trimestre 2015.

**CONCLUSIONI** Oggi, se vogliamo ridefinire gli standard assistenziali sulle attuali esigenze delle persone, abbiamo più che mai la necessità di dimostrare quali sono i livelli di bisogno dei malati (domanda di assistenza) e quali sono i livelli di intervento necessari (risposta assistenziale). Questo è possibile grazie ad un accertamento iniziale dei bisogni/ problemi della persona e ad una attenta pianificazione degli interventi da adottare o e alla valutazione degli esiti. La documentazione assistenziale da evidenza di questo progetto di cura per garantire la continuità assistenziale e per creare una fonte dati per la valutazione, la ricerca, e la formazione del personale.

### **Indirizzo per la corrispondenza**

Morcellini Rosita, Infermiere  
Azienda Ospedaliera di Perugia - Ufficio Qualità  
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia  
Email: rosita.morcellini@ospedale.perugia.it

### **38. Organizzazione della prescrizione ed erogazione dei farmaci ad Azione Antivirale Diretta per il trattamento dell'epatite cronica, della cirrosi e della recidiva post-trapianto da HCV e gestione dei pazienti che non hanno l'indicazione al trattamento**

Cartabellotta Fabio

*Rete Regione HCV Sicilia*

**BACKGROUND** L'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) è ancora oggi un problema di salute pubblica rilevante in Sicilia. Si può stimare che in Sicilia risiedono circa 30000 cittadini con una diagnosi di epatite cronica da HCV in prevalenza di genotipo 1b. Negli ultimi anni è profondamente mutato lo scenario della terapia delle malattie epatiche croniche da virus C e con la disponibilità dei nuovi farmaci ad azione antivirale diretta, è oggi possibile curare la maggior parte dei pazienti a prescindere dallo stadio della malattia ma ad un costo giudicato insostenibile dal Sistema Sanitario Nazionale per i numeri di pazienti suddetti.

**OBIETTIVI** Per attuare un progetto etico, sociale e sanitario di allocazione delle risorse finanziarie destinate alle terapie ad alto costo, è necessario distribuire equamente le terapie disponibili, promuovere il miglior interesse dei singoli pazienti e ottenere i migliori risultati per la popolazione. Questi valori possono essere garantiti attraverso la buona pratica clinica, l'appropriatezza, la trasparenza delle procedure e la tracciabilità delle decisioni terapeutiche.

**METODI** La regione Sicilia, nel D.A N° 713 del 11.4.2013 ha attivato la Rete/Registro per la gestione dell'epatite da virus C utilizzando un modello web oriented attraverso il sito [www.retehcvsicilia.it](http://www.retehcvsicilia.it). Fanno parte della Rete regionale per la gestione dell'epatite da virus C le 41 Unità di Gastroenterologia, Epatologia, Malattie Infettive e Medicina Interna che hanno fatto formale richiesta all'Assessorato della Salute e che avevano le caratteristiche tecnologiche, professionali ed organizzative adeguate a farne parte. I 41 centri sono inseriti nel portale citato di gestione e le terapie sono monitorate sul web in maniera centralizzata e sono misurate l'appropriatezza (rispetto al documento tecnico), gli esiti e gli effetti collaterali (sicurezza), valutando le caratteristiche i centri sono suddivisi in centri abilitati alla diagnosi, in centri prescrittori e centri validatori (2 centri individuati ad alta specializzazione).

**RISULTATI** In 18 mesi ottenuti due obiettivi: 1. monitorizzare l'appropriatezza delle terapie, gli esiti e gli effetti collaterali, attraverso il sistema ed il monitoraggio centralizzato sono stati trattati con inibitori della proteasi di 1° generazione, 538 pazienti, raggiunto un tasso di appropriatezza terapeutica, rispetto al documento tecnico, che seguiva le linee guida dell'Associazione Italiana del fegato (AISF), tra l'85 ed il 100%. Gli effetti collaterali sono stati tutti registrati. 2. attraverso il registro, sono stati inseriti sul web 2556 (a fronte di stimati 30000) pazienti in lista di priorità per il trattamento con inibitori di 2° generazione che consentono tassi di guarigione > del 90% ma con altissimi costi stimabili in circa 60000 euro a terapia. stabilendo una lista di priorità di trattamento.

**LIMITI** La difficoltà a determinare un cambiamento delle abitudini dei professionisti, non abituati ad un sistema web oriented ed al lavoro in rete.

**CONCLUSIONI** La rete consente di ottenere tassi di appropriatezza terapeutica altissimi per terapie ad alto costo, rappresenta attraverso il registro, uno straordinario sistema di programmazione per la Regione che avrà una stima reale e non autodeterminata e fondata su stime statistiche imprecise del numero reale di pazienti da trattare, ed è inoltre uno strumento di equità e di trasparenza che consentirà di trattare con lista di priorità i pazienti che necessitano immediatamente della terapia.

#### **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](mailto:fabiocartabellotta@gmail.com)

## 39. Rete Regionale Sicilia: una Survey per valutare la reale sostenibilità delle nuove terapie antivirali per l'epatite cronica da virus C e l'appropriatezza della diagnosi

Cartabellotta Fabio

### *Rete Regione HCV Sicilia*

**BACKGROUND** L'infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) è ancora oggi un problema di salute pubblica rilevante in Italia e in Sicilia, dove da dati epidemiologici risiede il 10% dei pazienti affetti da malattia da virus C del Paese. Si stima che in Sicilia risiedono circa 30000 cittadini con una diagnosi di epatite cronica da HCV in prevalenza di genotipo 1b. Negli ultimi anni è profondamente mutato lo scenario della terapia delle malattie epatiche croniche da virus C e con la disponibilità dei nuovi farmaci ad azione antivirale diretta, è oggi possibile curare la maggior parte dei pazienti a prescindere dallo stadio della malattia ma ad un costo giudicato insostenibile dal Sistema Sanitario Nazionale per i numeri di pazienti suddetti. Le elevate percentuali di risposte sostenute consentiranno vantaggi a breve, medio e lungo termine sulla spesa sanitaria, infatti, si ridurrà le spese per trapianto (tra l'altro non disponibili).

**OBIETTIVI** Per valutare la reale sostenibilità è utile conoscere il numero reale di pazienti da trattare, le stime di prevalenza basate su vecchi studi epidemiologici o su elaborazioni teoriche sono aleatorie e le stime fatte su richieste "numeriche" ai singoli centri della rete spesso sono imprecise, tutto ciò rende difficile prevedere quanti sono realmente i pazienti con l'indicazione alle nuove terapie antivirali. Tutto ciò non consente di portare avanti un progetto etico, sociale e sanitario di allocazione delle risorse finanziarie destinate alle terapie ad alto costo.

**METODI** La regione Sicilia ha attivato un Registro per la gestione dell'epatite da virus C utilizzando un modello web oriented attraverso il sito [www.retehcvsicilia.it](http://www.retehcvsicilia.it). Fanno parte della Rete regionale per la gestione dell'epatite da virus C le 41 Unità di Gastroenterologia, Epatologia, Malattie Infettive e Medicina Interna che hanno fatto formale richiesta all'Assessorato della Salute e che avevano le caratteristiche tecnologiche, professionali ed organizzative adeguate a farne parte. I 41 centri sono inseriti nel portale citato e da giugno 2014 è stato chiesto ai centri di inserire nel registro i pazienti da trattare in modo da organizzare una programmazione sanitaria di spesa, visto che le stime epidemiologiche renderebbero i trattamenti insostenibili, i costi stimabili in 60000 euro a trattamento per paziente per i 30000 pazienti residenti in Sicilia porterebbero ad ipotizzare una spesa astronomica di circa 1800000000 euro che sicuramente risulterebbe non sostenibile per il Sistema Sanitario Regionale. Inoltre è necessario distribuire equamente le risorse disponibili, promuovere il miglior interesse dei singoli pazienti e ottenere i migliori risultati per la popolazione e quindi determinare una vera lista di priorità determinata dalla severità della malattia da virus C.

**RISULTATI** Nei 6 mesi di survey attraverso il registro, sono stati inseriti 3016 pazienti (a fronte di stimati 30000) pazienti in lista per il trattamento con inibitori di 2° generazione che consentono tassi di guarigione > del 90%. Tale dato è molto lontano da quello delle stime epidemiologiche ma è certamente un dato reale e la regione Sicilia ha legiferato che le terapie saranno distribuite solo previo inserimento nel registro e determinazione di una corretta diagnosi che deve essere validata per tutti i pazienti prima di iniziare un trattamento. I dati hanno consentito inoltre di evidenziare un'assoluta inappropriata nel differimento a trattamenti IFN free con DAA di 2° generazione, infatti una corretta valutazione/stadiazione dei pazienti, ricercando la IL28 che una fortissimo predittore di risposta alla terapia duplice con PEGIFN e Ribavirina è stata fatta soltanto nel 33% dei casi stimando che siano state differiti almeno 300 pazienti in maniera inappropriata che potevano essere trattati con terapie già esistenti e che avevano una percentuale di successo comunque superiore al 90%. Ancora più inappropriato è il dato che anche i pazienti che avevano IL28 favorevole (CC) alla risposta alla duplice terapia erano differiti a trattamenti tre volte più costosi. Questo può essere imputabile alla spinta dell'industria farmaceutica sui mass media e sui professionisti sanitari.

**LIMITI** Il cambiamento nel modo di lavorare di 41 centri e la probabile sottostima di pazienti

**CONCLUSIONI** In 6 mesi di survey il numero di pazienti da trattare è risultato enormemente (3000 vs 30000) più basso dei dati stimati cosa che rende comunque più sostenibile il trattamento per i pazienti affetti da epatite cronica da virus C. Il modello weboriented consente alla regione di determinare il fabbisogno contando in tempo reale i pazienti che hanno i criteri determinati da AIFA con un appropriatezza di diagnosi e quindi di terapia del 100%. Il registro ha consentito inoltre di stimare l'inappropriata delle scelte di differimento delle terapie disponibili per un numero elevato di pazienti che sarebbero potuto essere trattati con successo con la duplice terapia che ha un costo inferiore di almeno un terzo 20000 versus 60000 euro.

### 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](mailto:fabiocartabellotta@gmail.com)

#### **40. La governance territoriale da parte del sistema delle cure primarie. L'esperienza di un'ASL lombarda nella governance dei bisogni in ambito socio sanitario**

Casazza Silvano, Cassavia Galdino

*ASL Milano 2*

**BACKGROUND** L'area dell'assistenza sociosanitaria territoriale ha sviluppato in questi anni una logica di integrazione di funzioni e professionalità, partendo dalla necessità di assicurare la presa in carico di specifici target, come, ad esempio le persone non autosufficienti con patologie croniche. Questo approccio non ha pienamente risolto il nodo di definire la figura di riferimento per la governance dei bisogni dell'assistito. In particolare, in questo scenario un ruolo marginale sembra essere assegnato, anche se non volontariamente, al medico di medicina generale. Va, comunque, rilevato come questa situazione risenta anche di modelli che vedono la professione medica incentrata sulla clinica, da esercitarsi in ambito ospedaliero, in cui la medicina generale non ha ancora "guadagnato", a livello culturale, l'importante spazio che occupa nella realtà quotidiana. Da qui discende la necessità di potenziare, soprattutto a livello territoriale, l'esercizio, da parte del medico di medicina generale, delle funzioni di governance dei bisogni socio sanitari degli assistiti.

**OBIETTIVI** Nello scenario sopra descritto la ASL Milano 2 ha attuato un progetto con l'obiettivo di: 1. implementare la funzione di governance del medico di medicina generale, attraverso la costruzione e la sperimentazione di strumenti di rilevazione dei bisogni delle persone fragili; 2. ottenere elementi per la costruzione di risposte integrate e "su misura" al bisogno.

**METODI** Il progetto si è sviluppato in queste fasi: 1. comunicazione del progetto a tutti i Medici di medicina generale e raccolta della adesioni; 2. attivazione di "audit" su base territoriale per la costruzione partecipata di strumenti rilevazione complessiva dei bisogni; 3. sperimentazione, previa informazione e consenso dell'assistito alla raccolta delle informazioni, degli strumenti individuati su un target costituito da • persone non autosufficienti assistite a domicilio • assistiti ultrasessantacinquenni; 4. raccolta dei dati – da parte dei MMG aderenti all'iniziativa – in un sistema informatizzato; 5. effettuazione di "audit" territoriali alla fine del percorso.

**RISULTATI** Persone non autosufficienti. Medici aderenti: n. 119; campione indagato n. 1.872 persone; età media 79,1 anni; 19,7 % vive solo; diagnosi principale: 40 % patologie cardiocervicobroscolari, 12 % demenza; bisogni sanitari presenti nell'82 %; e soddisfatti nel 72 % dai familiari e nel 6% dall'ADI; bisogni socio assistenziali presenti nel 100 % dei casi (bisogno di trasporto ai luoghi di cura presente nell'81 %) e soddisfatti nell'85 % da familiari+badante e nel 1,2 % dal SAD; barriere architettoniche presenti nel 30 % dei casi (nel 8,3 % suscettibili di adattamento); scala di Barthel: punteggio medio 51; badante presente nel 18 % dei casi. Ultrasessantacinquenni. Campione indagato n. 8.019 persone; età media 74,2 anni; 22,6 % vive solo; tra chi vive solo il 20 % dei casi non ha figli, mentre chi ha figli riceve da loro una visita giornaliera nel 47 % dei casi; il 15 % di tutte le persone ritiene che i familiari non diano molto da fare per loro.

**LIMITI** Il progetto ha visto l'adesione di poco più del 30 % dei medici di medicina generale della ASL, un campione comunque rappresentativo. Una maggiore partecipazione avrebbe permesso sicuramente una raccolta più consistente di dati e una analisi più puntuale, magari con una aggregazione delle informazioni per singolo comune, oltre che di distretto come effettivamente realizzato.

**CONCLUSIONI** Il medico di medicina generale, per il suo ruolo, si conferma come un profondo conoscitore dei bisogni dei propri assistiti, sia di quelli sanitari che di quelli socio assistenziali. Questa conoscenza può essere utilizzata per una raccolta di informazioni in un'ottica di governance delle risposte ai bisogni, coinvolgendo nell'analisi gli stessi medici. In particolare, la ricerca mette in evidenza: a) nelle persone non autosufficienti, l'esigenza di potenziare i servizi e i supporti a favore delle famiglie impegnate nel lavoro di cura; b) negli ultrasessantacinquenni, la necessità di considerare nella progettazione dei servizi l'impoverimento della rete familiare e l'urgenza di predisporre servizi che tengano conto di questo scenario (nuclei e reti familiari a centralità capovolta anziani – giovani; solitudine dei "grandi anziani").

#### **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

#### **41. Sistema di gestione della sicurezza dei lavoratori integrata: la formazione/informazione/addestramento**

Cassini Romina

*Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Bologna*

**BACKGROUND** La normativa OHSAS 4 18001/99 (Occupational Health and Safety Assessment Series) definisce un sistema di gestione per la sicurezza in questo modo: “parte del sistema complessivo di gestione aziendale che facilita la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro associati all'attività dell'azienda medesima; include la struttura organizzativa, le autorità e le responsabilità, le attività di pianificazione, i processi, le pratiche, le procedure e le risorse necessarie per lo sviluppo, l'attuazione, il conseguimento, la revisione e il mantenimento della politica aziendale per la sicurezza”.

**OBIETTIVI** L'obiettivo principale è implementare un sistema di gestione della sicurezza dei lavoratori e dei lavoratori equiparati, ai sensi del TU 81/2008 e s.m.i., integrato tra azienda ospedaliera Policlinico S.Orsola-Malpighi e Università di Bologna. Per perseguire questo obiettivo è necessario definire una politica per la salute e la sicurezza dei lavoratori attraverso il riconoscimento della pluralità dei datori di lavoro per il personale strutturato e gli allievi dell'università che opera all'interno dell'azienda ospedaliera. Al momento vi sono 2 SPP che operano la valutazione dei rischi, ognuno per i lavoratori del proprio datore di lavoro. Ma in un contesto composito è necessario che nasca una gestione aziendale della sicurezza con una logica di sistema. Il punto di partenza potrebbe essere l'informazione, formazione e addestramento degli allievi, esposti a varie tipologie di rischi, che saranno i futuri lavoratori delle aziende sanitarie. Inoltre è necessario rendere tali allievi consapevoli dei pericoli intrinseci e dei rischi correlati del luogo di lavoro, chiedendo anche loro di partecipare attivamente a un processo di continuo miglioramento

**METODI** A partire dal 2013: - Censimento degli allievi che frequentano a vario titolo i laboratori di ricerca della facoltà di Medicina e Chirurgia : dottorandi, assegnisti di ricerca, tesisti, laureati frequentatori - reperibilità dei DVR di ogni struttura frequentata - corsi di formazione/informazione/addestramento - redazione di procedure per le segnalazioni di situazioni di rischio

**RISULTATI** A oggi abbiamo censito circa 300 allievi che a vario titolo hanno frequentato i laboratori di ricerca di uno dei dipartimenti universitari all'interno del Policlinico I due SPP hanno reso accessibili al referente della sicurezza i DVR In base ai DVR, sono stati ideati corsi di formazione dedicati in accordo col TU 81/08 e Conferenza Stato-regioni del 2012 con la valutazione dell'apprendimento (circa il 70% dei frequentatori ha dimostrato di aver compreso e interiorizzato gli argomenti trattati) La redazione delle procedure per le segnalazioni del rischio sono, a oggi, mai state utilizzate

**LIMITI** I limiti sono da ricercare nel fatto che non vi è un sistema di gestione integrato, a oggi. Di conseguenza i risultati della formazione avvenuta e del grado di apprendimento risultano nelle anagrafiche di ciascun ente con dispendio di risorse di personale ed economiche a causa di una duplicazione delle iniziative

**CONCLUSIONI** Affinché gli allievi della Scuola di Medicina e Chirurgia che frequentano i laboratori di ricerca universitari presenti nel Policlinico siano consapevoli di essere equiparati ai lavoratori a tutti gli effetti, è necessario implementare un sistema di gestione della sicurezza integrata tra i due enti (Azienda e Università). Solo in questo modo è possibile che gli allievi vengano formati oggi e resi futuri medici/biologi consapevoli dei pericoli e dei rischi e sappiano gestirli in un'ottica di rete di sistema all'interno delle strutture sanitarie. Inoltre si rende necessario una procedura snella per la segnalazione dei rischi da parte dei lavoratori al datore di lavoro, nell'ottica di un continuo e partecipato miglioramento.

#### **Indirizzo per la corrispondenza**

Cassini Romina, Altro

Università degli Studi di Bologna - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

Via Massarenti, 9 - 40138 - Bologna

Email: romina.cassini@unibo.it

## 42. Evidence base practice journal club: l'esperienza del gruppo di lavoro del Collegio Ipasvi Milano-Lodi-Monza e Brianza

Castaldo Anna, Bonetti Loris, Melo Talia, Mantovani Stefano, De Angelis Gaetano, Boeri Camilla, Garniel Giorgio, Gobbi Paola, Magri Miriam, Gesualdo Antonella, Gega Aida, Castelli Benedetto, Mauro Antonella, Muttillio Giovanni

*Collegio Ipasvi MI-LO-MB*

**BACKGROUND** L'applicazione delle evidenze scientifiche nella pratica clinica rappresenta una priorità per tutti i professionisti sanitari, a garanzia dell'attuazione di appropriati interventi diagnostici, terapeutici, assistenziali, riabilitativi, educativi. Il codice deontologico dell'infermiere (2009) all'art. 11 sottolinea che "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati". Il journal club ha una forte valenza formativa continua sulle problematiche cliniche, attivando la riflessione sull'appropriatezza dei processi decisionali. Esso rappresenta un prezioso spazio di confronto in cui un gruppo di professionisti ha modo di valutare le prove di efficacia sulle questioni tipiche della critical assessment degli studi, quali la validità interna, la rilevanza clinica, l'applicabilità nei vari setting e pazienti e la consistenza.

**OBIETTIVI** a) Sviluppare le competenze di un gruppo di lavoro nel valutare criticamente la letteratura primaria e secondaria; b) proporre una sintesi dei lavori agli infermieri, sensibilizzandone l'utilizzo nella pratica clinica.

**METODI** Per raggiungere gli obiettivi previsti, su proposta delle commissioni ricerca e geriatria, il Consiglio Direttivo del Collegio interprovinciale IPASVI (infermieri, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia) Milano-Lodi-Monza e Brianza nel secondo semestre 2012 ha deliberato l'avvio del journal club che, dopo una fase sperimentale è divenuto permanente. È stato invitato ad aderire un gruppo di infermieri che avevano preso parte ad un percorso formativo sull'Evidence Based Practice (EBP) nello stesso anno, che fossero interessati al progetto e che avevano una buona padronanza con la lingua inglese. Nel 2012 il gruppo era composto da 10 infermieri e tra il 2013 -14 si sono aggiunti quattro neolaureati interessati al progetto. Al fine di valorizzare la valenza formativa, il journal club è stato accreditato con il sistema ECM, coordinato da due tutor esperti. Complessivamente si sono tenuti 20 incontri mediamente di due ore, di cui 3 nel 2012, 9 nel 2013 e 8 nel 2014.

**RISULTATI** In una prima fase è stato scelto di trattare la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale. A tal fine, gli incontri del 2012/13 sono stati dedicati alla valutazione critica dell'articolo "Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial" (Ang et al, 2001) e alla ricerca di referenze collegate allo studio (es. strumenti di valutazione del rischio di caduta validati anche in Italia) sia individualmente che in gruppo. Sono stati di volta in volta approfonditi la metodologia dello studio, il significato dei test statistici e l'applicabilità, potenziando e uniformando le competenze dei componenti del gruppo di lavoro. Il risultato conclusivo è una sinossi pubblicata sulla rivista e sul sito del Collegio Ipasvi ([www.ipasvimi.it](http://www.ipasvimi.it)). Nel 2013 il focus del journal club è stato orientato alla valutazione dello stato nutrizionale e alla prevenzione della malnutrizione nell'anziano. A tal fine è stata scelta e valutata la linea guida "Nutrition support in adults" edita dal National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006, integrata con un update pubblicato ad agosto 2013. Nel 2014 si è proseguito con il tema della nutrizione associata al trattamento delle lesioni da decubito della linea guida: "Evidence based practice guidelines for the dietetic management of adults with pressure, edita da Trans Tasman Dietetic Wound Care Group (2011). La valutazione critica è stata effettuata tramite lo strumento AGREEII. Il gruppo di lavoro ha prodotto ad oggi una quick reference delle due linee guida integrata da algoritmi decisionali, che sarà successivamente diffusa ai colleghi attraverso il sito del Collegio.

**LIMITI** Nel gruppo di lavoro si rilevano differenti competenze, dovute verosimilmente alla discontinuità di partecipazione di alcuni di essi e a una modesta conoscenza dell'EBP da parte dei nuovi componenti, la cui adesione era basata prevalentemente sull'interesse al progetto. Rimane da valutare l'utilità delle sinossi prodotte e l'applicabilità nella pratica clinica.

**CONCLUSIONI** La compliance e il coinvolgimento della maggior parte dei componenti del gruppo sono stati costruttivi. Il journal club ha stimolato la riflessione sull'applicazione di interventi basati sulle migliori prove disponibili. Sarebbe opportuno potenziare le competenze del gruppo attraverso la formazione residenziale e sollecitare l'adesione di altri operatori sanitari, in funzione della multidisciplinarietà degli interventi sanitari. Infine sarebbe auspicabile conoscere se, per gli utilizzatori, le sinossi prodotte siano utili nei processi decisionali e applicabili nei percorsi clinico-assistenziali.

### Indirizzo per la corrispondenza

Castaldo Anna, Infermiere  
Piccolo Cottolengo Don Orione - Ufficio Formazione e U.R.P.  
Viale Caterina da Forlì, 19 - 20146 - Milano  
Email: [anna.castaldo.mi@alice.it](mailto:anna.castaldo.mi@alice.it)

### 43. La valutazione dello stato nutrizionale, la prevenzione e il trattamento della malnutrizione nelle persone anziane accolte al PCDO: esiti di un progetto di miglioramento

Castaldo Anna, Verardi Annamaria, Mazza Silvana, Naso Marvasi Roberto, Salò Simona

*Provincia Religiosa S. Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo, Milano*

**BACKGROUND** Tra i vari fattori che concorrono alla genesi della malnutrizione proteico energetica nella persona anziana ci sono la mancata registrazione e monitoraggio di peso, statura e relativo calcolo dell'indice di massa corporea (IMC). La malnutrizione ha un effetto negativo su molti outcome di rilevanza clinica, tra cui una maggiore suscettibilità alle infezioni, un aumentato rischio di lesioni da pressione ed una maggior difficoltà di guarigione delle stesse. Tutti questi aspetti portano a danni considerevoli per il paziente e ad un incremento dei costi sanitari (Teo & Wynne 2001, Arvanitakis et al. 2008, Milne et al. 2009). Le linee di indirizzo per la prevenzione della malnutrizione (LIPM) sviluppate nel 2009 dall'ASL di Milano e le successive linee di indirizzo nazionali per "la ristorazione ospedaliera e assistenziale", emanate dal Ministero della Salute (2010), ribadiscono l'importanza dell'identificazione dei soggetti a rischio di malnutrizione e la necessità di predisporre interventi nutrizionali tempestivi e personalizzati.

**OBIETTIVI** In ottemperanza a specifici standard assistenziali, la Provincia Religiosa S. Marziano di Don Orione – Piccolo Cottolengo (PCDO), con la collaborazione del Servizio Igiene e Nutrizione (SIN) dell'ASL di Milano, ha realizzato un progetto di miglioramento dell'assistenza con l'obiettivo di sviluppare e implementare un PCA evidence based per la valutazione e la prevenzione della malnutrizione negli anziani accolti nei nuclei residenziali e riabilitativi.

**METODI** Il percorso di implementazione ha previsto diverse fasi da gennaio a dicembre 2013: - Un primo audit circa le procedure adottate dagli operatori per la valutazione dello stato nutrizionale, inclusa la registrazione dei parametri antropometrici nella documentazione clinica. - Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale (GLAM). - Adattamento locale delle linee di indirizzo dell'ASL, integrate da una linea guida sulla prevenzione della malnutrizione (Nice, 2006). - Redazione del PCA e revisione della modulistica. - Rilevazione attitudini dei medici e infermieri nei confronti dell'assistenza nutrizionale (T0) attraverso il questionario "The Staff Attitudes To Nutritional Nursing Care Geriatric Scale" (SANN-GITA), validato in italiano (Bonetti et al., 2013). - Formazione residenziale (ECM) per tutti i medici e infermieri. - Diffusione PCA (copia cartacea; formato elettronico in intranet). - Implementazione del PCA. Durante i primi mesi di implementazione è stato effettuato uno screening nutrizionale a tutti gli ospiti: indici antropometrici, valutazione nutrizionale con il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), principali indici ematici. Inoltre il coordinatore del GLAM ha effettuato almeno un incontro in-formativo e ha fornito un supporto quotidiano a tutto il personale coinvolto nell'assistenza nutrizionale di ciascuna unità operativa. - Audit (a 3 e 6 mesi dall'implementazione) per la verifica degli indicatori definiti nel PCA.

**RISULTATI** Dalla verifica dei fascicoli socio-assistenziali e sanitari (FaSAS) degli ospiti attivi in RSA e nell'unità riabilitativa, effettuata nei tre audit (T0, T1 e T2), è stato osservato un aumento significativo della rilevazione dell'altezza con diverse modalità (stadiometro, misura dell'ulna o del ginocchio), e del peso corporeo rilevato almeno mensilmente per tutti gli ospiti. Inoltre si evince un netto miglioramento della valutazione del rischio di malnutrizione attraverso la misurazione dell'IMC e lo screening con il MUST: a distanza di circa un anno dal primo audit si è passati rispettivamente dal 6% (14/217) al 98% (190/193) e dal 0% al 98%. I punteggi complessivi e di ciascuna dimensione (norme, abitudini, valutazione, interventi e personalizzazione) rilevati attraverso la SANN-G somministrata agli operatori sanitari (medici e infermieri), sono superiori al cosiddetto break point, cioè al punto dopo il quale si osserva un'attitudine positiva. Dal confronto dei risultati prima (T0) e dopo 7 mesi dalla formazione (T1) su 27 operatori è emersa un'attitudine moderatamente più positiva nei confronti dell'assistenza nutrizionale. In particolare si osserva che si è passati da un punteggio mediano totale di 69 ad un punteggio di 74.

**LIMITI** L'adesione degli operatori al PCA potrebbe essere stata condizionata da pressioni "normative" dettate e verificate dal Dipartimento ASL. Inoltre non è stata indagata l'attitudine degli operatori assistenziali, che sono quotidianamente coinvolti nell'assistenza e nel monitoraggio nutrizionale.

**CONCLUSIONI** La condivisione del progetto con il Dipartimento ASL, il coinvolgimento degli operatori nello sviluppo del PCA e l'adozione di un percorso metodologico rigoroso hanno favorito il processo di implementazione, benché esso abbia richiesto un assiduo impegno. Il supporto formativo sul campo nella fase di implementazione ha generato un atteggiamento maggiormente positivo nei confronti della nutrizione.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Castaldo Anna, Infermiere  
Piccolo Cottolengo Don Orione - Ufficio Formazione e U.R.P.  
Viale Caterina da Forlì, 19 - 20146 - Milano  
Email: anna.castaldo.mi@alice.it

## 44. I SIAN e il Web 2.0

Celenza Francesca, Domina Rosa, Guberti Emilia, Bianco Lauletta

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** I social network in Sanità rappresentano una grande opportunità per comunicare salute in maniera efficace, rafforzando la percezione di trasparenza e di efficienza. Gli strumenti del web 2.0 hanno dimostrato potenzialità come frames di ricodifica e risignificazione nella veicolazione dei messaggi di salute.

**OBIETTIVI** La UO Igiene Alimenti e Nutrizione (UOIAN) dell'AUSL di Bologna si propone di migliorare/potenziare la qualità della comunicazione dedicata ai soggetti celiaci e alle loro famiglie, favorire la circolazione di informazioni, agevolare l'utenza sensibile mediante gli strumenti del web 2.0.

**METODI** Il primo step ha visto il potenziamento del canale più tradizionale, le pagine web Celiabò -essere celiaci a Bologna- con l'implementazione di aree dedicate. Successivamente per l'informazione specialistica e la fidelizzazione dell'utenza sensibile sono state aperte le pagine Facebook Celiabò, monitorate/aggiornate sistematicamente e collegate alla sezione del sito aziendale. Si è pensato ai Social Media come opportunità per includere/fidelizzare nuovi pazienti/utenti con diverse soluzioni a seconda dei target: Nello specifico sono stati creati canali dedicati per diverse tematiche specifiche del UOIAN, al fine di : • Valorizzare i contenuti specifici sul portale con strategie aziendali già definite • Creare canali sui social network • Utilizzare i microblogging

**RISULTATI** Dall'analisi dei dati, sulle pagine web Celiabò nel triennio 2012/14 appare uno scenario ben definito: stabilizzazione della creazione di pagine dal 27 al 20% (su totale 847) è stata inversamente proporzionale all'incremento degli accessi dal 10% al 36% (su totale 40.035), trend inverso che sottolinea l'interesse per l'utenza verso le informazioni contenute nelle varie sezioni. La creazione e l'implementazione in parallelo anche delle "aree indirette" dedicate, cioè, a soggetti a contatto con il paziente celiaco, soprattutto sul sito AUSL Bologna, hanno sottolineato un impegno istituzionale stabile e continuo, senza destabilizzare l'utente abituato a trovare determinati tipi di informazioni. Da un'analisi delle prime 10 pagine più visitate si nota una diminuzione degli accessi dalla HP (-46%) verso aree già definite, inoltre in netto aumento l'interesse per corsi diretti ai soggetti celiaci e famiglie (16%), la formazione degli addetti ai lavori (29%) e l'alimentazione fuori casa (32%). Per quanto riguarda le pagine FB Celiabò si è considerato il periodo giugno 2013-dicembre 2014 a seguito al cambiamento della linea di gestione orientata verso una maggiore continuità mediante l'aumento di ore dedicate di un operatore con competenze specifiche formato ad hoc sui social media e affiancato da un team multidisciplinare di supporto (medico dietologo, nutrizionista, sociologo, dietiste, psicologo). L'andamento del "mi piace" osservato nei 18 mesi passa da 30 iniziale ad 84, si osserva inoltre una discontinuità degli utenti coinvolti in corrispondenza delle date di corsi dedicati. Per quanto riguarda gli accessi si evince un chiaro trend in ascesa con picchi in concomitanza di eventi particolari che hanno attirato interesse/accessi. La netta flessione del numero di visualizzazioni di contenuti associati (da 3027 a 972) dimostrano la necessità di riorientare le modalità di comunicazione. I numeri relativi ai contenuti sottolineano un ampio margine di sviluppo. Altra sperimentazione è stato l'utilizzo di twitter nel 2013/14 per la divulgazione/pubblicizzazione di eventi dedicati la cui analisi dei dati di esito suggerirà la potenzialità di un uso maggiore e più frequente di tale canale che appoggiato a quello aziendale.

**LIMITI** La necessità emersa è quella di ore/lavoro dedicate e costanti di un team multidisciplinare, pena la diminuzione di accessi/"mi piace" e la perdita di fiducia. La possibilità di ricevere feedback immediati è una caratteristica tipica di queste piattaforme, ma non è incondizionata perché la qualità del messaggio resta un requisito fondamentale per attirare l'attenzione degli internauti/pazienti. Inoltre se da un lato il non partecipare ai cambiamenti tramite i Social Media esita in opportunità perse tuttavia se si "partecipa"è necessario considerare molto attentamente i rischi sottesi quali l'omologazione culturale, la "Virtualizzazione" del rapporto professionisti sanitari e pazienti ma anche il pericolo del digital divide.

**CONCLUSIONI** L'uso integrato dei canali di comunicazione, anche aperti, per l'area Celiabò va verso il rendere attivi i soggetti nel riprogettare i propri stili di vita orientando di volta in volta i messaggi e le strategie di comunicazione basandosi su competenze specifiche, condizione necessaria perché questa nuova strada rimanga aperta e accessibile. Uno scenario futuristico che potrebbe vedere utilizzo di tecniche di marketing di prossimità, la diffusione dei call to action nei wf ma anche in realtà aumentata fino al guerrilla marketing per diffondere messaggi ma anche strategie di prevenzione.

### Indirizzo per la corrispondenza

Celenza Francesca, Biologo  
Azienda USL di Bologna - Dipartimento di Sanità Pubblica  
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna  
Email: f.celenza@ausl.bologna.it

## 45. Implementazione di un percorso per la presa in carico della persona morente in ospedale

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

ULSS 6 - Vicenza

**BACKGROUND** Nel 2013, tre U.O.C. dell'Azienda ULSS 6, Vicenza (Medicina Generale e Geriatria dell'Ospedale di Vicenza; Medicina dell'Ospedale di Noventa) hanno iniziato un progetto che ha portato alla condivisione di un percorso di presa in carico della persona morente e dei suoi familiari. I dati hanno infatti evidenziato che più del 60% dei decessi ospedalieri si concentrano in queste tre UUOO; questi numeri danno ragione di una evidente difficoltà di gestione di tale situazione, soprattutto nel momento in cui la mancanza di un percorso dedicato porti, nel caso di una situazione di terminalità, ad un mancato riconoscimento delle priorità di cura, ad una carenza nell'accompagnamento del morente e della famiglia, ad un eccesso di attività clinica inutile e ad uno spreco di risorse umane e strutturali.

**OBIETTIVI** 1. Condividere un percorso di presa in carico della persona morente 2. Valutarne l'efficacia.

**METODI** Si è proceduto anzitutto alla condivisione del percorso (2013): 1) definizione dell'entità del problema: ricerca e valutazione dei dati (Servizio Controllo Gestione); 2) coinvolgimento iniziale dei responsabili medici ed infermieristici delle tre UUOO e quindi di tutto il personale; 3) confronto con altre realtà già presenti (Liverpool Care Pathway; altre esperienze regionali); 4) definizione del percorso: a) criteri di ingresso; b) tempi di gestione; c) quando possibile, decisione condivisa dopo una discussione aperta a tutti i curanti; d) valutazione basata sulla clinica (certezza di diagnosi e prognosi), sull'attenzione ai soggetti coinvolti (identificazione di tali persone, definizione della loro comprensione della situazione, identificazione dei loro bisogni) e sulla definizione degli obiettivi di cura da raggiungere e delle azioni adeguate; e) condivisione delle decisioni con la persona morente (se possibile) e con i familiari; f) sua esplicitazione in un piano di assistenza personalizzato; g) decisioni ufficializzate e motivate in cartella clinica 5) stesura dei piani di assistenza ed elaborazione di una scheda di rilevazione dei dati; 6) formazione specifica di tutto il personale. 7) impegno ad una revisione del percorso per verificarne efficacia (ciclo di Deming). Concluso il percorso di formazione (realizzato con il contributo del Comitato Aziendale di Etica per la Pratica Clinica e della Psicologia Ospedaliera), in cui è stato formato il personale delle tre UUOO coinvolte (250 persone), il lavoro è quindi proseguito con l'implementazione del percorso in due UU.OO. (U.O.C. Geriatria di Vicenza e U.O.C. Medicina Generale di Noventa). Si è quindi provveduto ad una valutazione dell'efficacia del percorso attraverso la revisione delle schede di rilevazione dei dati: si tratta di schede in cui sono valutati cinque sintomi (dolore, agitazione, nausea/vomito, secrezioni, dispnea), per ognuno di quali deve essere riportato un punteggio: per il dolore quello della scala NRS o Noppain, per gli altri 0 se assente, 1-3 se il sintomo è lieve, 4-7 se medio, 8-10 se severo. La valutazione viene fatta ogni inizio turno e ripetuta dopo ogni intervento che si renda necessario (farmaci, aspirazione, ...). Se tutti i punteggi sono

**RISULTATI** Nel periodo aprile-dicembre 2014 sono state prese in carico in tale percorso 68 persone di età media 87.2 (73-102), per le quali sono state eseguite complessivamente 533 osservazioni. Le rilevazioni con punteggio >3 (prima/dopo intervento attivo) sono state rispettivamente: dolore 108/22, agitazione 56/17, secrezioni 79/27, nausea-vomito 9/1, dispnea 94/15. In pratica, su 5330 valutazioni/sintomo (5 sintomi con valutazione pre/post intervento per 533 osservazioni), quelle con punteggio >3 sono 346 (6.49%) iniziali, per scendere a 82 (1.54%) dopo un intervento da parte dell'équipe. In nessun caso si sono avuti punteggi >3 in prossimità del decesso.

**LIMITI** Non sono disponibili dati oggettivi sulla valutazione da parte dei familiari (che pure viene percepita come molto favorevole): si stanno valutando interventi di valutazione oggettiva dopo il decesso (intervista telefonica).

**CONCLUSIONI** Il progetto ha avuto aspetti molto positivi nella fase di condivisione e di elaborazione del percorso di presa in carico, permettendo una maturazione dell'équipe. Si sta inoltre dimostrando molto efficace sia nella gestione delle decisioni (prevede infatti una discussione allargata all'interno dell'équipe per giungere alla condivisione delle decisioni, che vengono quindi condivise con i familiari) che nella effettiva presa in carico delle persone morenti: i dati raccolti dimostrano come vengono monitorizzati e trattati efficacemente con un approccio palliativo tutti quei sintomi che accompagnano la fase terminale permettendo una morte serena e dignitosa. La limitazione di interventi invasivi (concordata per tempo) permette inoltre una gestione efficiente delle risorse umane e materiali.

### 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

## 46. Evidence Based Practice e competenze informative degli operatori sanitari: il progetto ECDL HealthDOC

Cognetti Gaetana<sup>1</sup>, Ferrara Rosalia<sup>2</sup>, Poltronieri Elisabetta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Istituto Regina Elena IRCCS, <sup>2</sup>Istituto Superiore di Sanità

**BACKGROUND** Le informazioni di qualità, aggiornate e basate sulle evidenze scientifiche sono essenziali per garantire appropriatezze nelle cure e nelle prestazioni sanitarie e risparmi nella gestione delle spesa sanitaria. Nell'epoca di Internet la documentazione su supporto elettronico si è moltiplicata in maniera esponenziale. Il direttore della National Library for Health inglese, JA Muir Gray ha sostenuto che ci troviamo di fronte ad una sorta di "paradosso informativo", bombardati dall'informazione non siamo più in grado di governarla. L'Evidence Based Practice necessita di competenze e conoscenze informative per due aspetti fondamentali: 1. il reperimento di documentazione sullo stato dell'arte relativa a varie patologie e condizioni cliniche; 2. la valutazione ed eventuale produzione di documentazione EBM (rassegne sistematiche, linee guida, raccomandazioni ecc.) Gli operatori sanitari non sempre ricevono una formazione adeguata per far fronte alle problematiche informative sempre più complesse derivanti dalla disponibilità di molteplici fonti, con la conseguente necessità di valutarle dal punto di vista qualitativo. Inoltre, risulta tuttora carente tra gli operatori sanitari la conoscenza delle metodiche di ricerca negli archivi in linea (basi, banche dati, portali ecc.).

**OBIETTIVI** L'European Computer Driving Licence (ECDL) HealthDoc è un progetto promosso nel 2012 dall'Associazione Italiana per l'Informatica ed il Calcolo Automatico (AICA), in collaborazione con l'Associazione Bibliotecari Documentalisti Sanità (BDS). ECDL HealthDOC nasce con lo scopo di certificare le competenze di base dei professionisti della salute su fonti, strumenti e metodologia di ricerca dell'informazione e della documentazione scientifica. HealthDoc è costituito da un pacchetto formativo completo, in via di certificazione, per garantire agli operatori sanitari le conoscenze necessarie di base per poter accedere alle informazioni di qualità, in particolare quelle basate su prove scientifiche. Fanno parte del Syllabus HealthDoc anche le competenze necessarie alla redazione di articoli scientifici, alla valutazione della ricerca, all'utilizzo di applicativi Web 2.0 in sanità, componenti importanti della formazione degli operatori sanitari.

**METODI** Per la realizzazione del progetto è stato costituito un Gruppo di lavoro formato da professionisti dell'informazione medico-scientifica operanti presso varie istituzioni italiane nel settore della salute pubblica: bibliotecari, documentalisti, redattori di testi scientifici ed editori. Il Gruppo di lavoro ha prodotto il Syllabus relativo alle competenze documentali di base necessarie ai professionisti della salute per potersi orientare nella gestione dell'informazione biomedica.

**RISULTATI** Il Syllabus, articolato in una struttura modulare si compone di otto sezioni per l'apprendimento critico di vari aspetti della documentazione biomedica: 1. fonti informative per l'area sanitaria e metodologia di ricerca dell'informazione 2. accesso al documento originale e all'informazione a testo completo 3. qualità dell'informazione in rete 4. valutazione della ricerca 5. documentazione basata sulle prove di efficacia 6. scrittura scientifica 7. informazioni sanitarie per cittadini e pazienti 8. web 2.0 La documentazione basata sulle prove di efficacia costituisce uno degli otto moduli ma tutti sono rilevanti ai fini dell'EBM che, a base della sua metodologia di ricerca, ha come componente essenziale una esauriente ricerca dell'informazione nella letteratura scientifica. Sono stati prodotti anche due set di test, ciascuno con 32 domande teoriche e pratiche. somministrati nel corso pilota ECM della durata di cinque giorni, svoltosi a Roma a marzo 2014. Al corso hanno partecipato 26 operatori sanitari con diverse qualifiche (medici, fisici, infermieri, tecnici di laboratorio, bibliotecari e ricercatori di base). Gran parte delle conoscenze informative sono state apprese per la prima volta con la partecipazione al corso. Da un questionario somministrato ai partecipanti è risultato che la maggior parte dei partecipanti ha ritenuto rilevanti gli argomenti trattati e si è dichiarata favorevole allo sviluppo della formazione e certificazione ECDL HealthDoc.

**LIMITI** HealthDoc è in attesa di essere riconosciuto da parte della Fondazione ECDL, cui è stato sottoposto. ai fini del riconoscimento di questa nuova patente del computer per la documentazione biomedica che si affianca all'ECDL Health per l'informatica medica.

**CONCLUSIONI** I professionisti della salute non possono fare a meno delle competenze informative per garantire cure aggiornate ed appropriate. Il riconoscimento della certificazione ECDL HealthDoc può essere anche di impulso allo sviluppo della consapevolezza sull'importanza di un sistema informativo sulla salute dotato di strutture professionali adeguate a sostenere lo sviluppo e la diffusione delle conoscenze EBM.

### Indirizzo per la corrispondenza

Cognetti Gaetana, Bibliotecario biomedico  
Istituto Nazionale Tumori Regina Elena - Biblioteca, Informazione e Documentazione Scientifica  
Via Elio Chianesi, 53 - 00144 - Roma  
Email: gaetanacognetti1@gmail.com

## 47. Il punto di vista del paziente come indicatore della qualità e dell'efficacia dei servizi sanitari: fiducia negli infermieri e soddisfazione con l'assistenza infermieristica ricevuta

Comparcini Dania<sup>1</sup>, Simonetti Valentina<sup>2</sup>, Zamponi Federica<sup>3</sup>, Tommei Beatrice<sup>2</sup>, Galli Francesco<sup>2</sup>, Mosca Marina<sup>2</sup>, Petrelli Nicoletta<sup>2</sup>, Della Pelle Carlo<sup>4</sup>, Pelusi Gilda<sup>4</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università "G. D'Annunzio" di Chieti, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche di Ancona, <sup>3</sup>ASUR Area Vasta n. 3 di Civitanova Marche, <sup>4</sup>Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi di Ancona

**BACKGROUND** Sperimentare l'eccellenza delle cure è un problema essenziale sia per chi fornisce che per chi necessita di assistenza sanitaria; tuttavia, in un sistema sanitario sempre competitivo, caratterizzato da risorse limitate e crescenti bisogni di salute, diventa sempre più impegnativo mantenere un equilibrio tra costi e qualità delle cure. La soddisfazione del paziente è un indicatore fondamentale della qualità e dell'efficacia dei servizi sanitari e la sua misurazione che considera il punto di vista degli assistiti, può far sì che l'equilibrio tra costi e qualità venga costantemente mantenuto sotto controllo. Tra le variabili in grado di influenzare la soddisfazione del paziente, la letteratura converge nell'identificare l'assistenza infermieristica come uno dei principali fattori determinati. In particolare, è stato studiato che la relazione tra paziente ed infermiere è uno tra i principali fattori condizionanti la soddisfazione. In questo senso, la fiducia si delinea come una delle componenti essenziali per una buona relazione d'aiuto. Ad oggi nessuno studio ha analizzato se esiste un'associazione tra soddisfazione percepita dai pazienti e fiducia espressa nei confronti del personale infermieristico.

**OBIETTIVI** Determinare il livello di soddisfazione dei pazienti e la fiducia che gli stessi esprimono nei confronti degli infermieri, analizzando, inoltre l'eventuale associazione tra i due fattori.

**METODI** Lo studio, osservazionale trasversale monocentrico, è stato condotto da giugno a settembre 2014 presso la Struttura Operativa Dipartimentale (S.O.D.) di Nefrologia, Dialisi e Trapianto di Rene dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona. Il questionario di raccolta dati è stato somministrato a tutti i pazienti che accettavano volontariamente di partecipare allo studio sottoscrivendo il consenso informato. Lo strumento è suddiviso in tre sezioni: la prima esplora le variabili socio-demografiche dei partecipanti, la seconda è composta dalla scala "Trust in Nurses Scale" e la terza si compone della scala "Patient Satisfaction Scale" (PSS). La prima scala utilizzata è composta da 6 item, di cui 5 posti su scala Likert a 6 punti ed un sesto item che chiede di esprimere il livello di fiducia nell'infermiere su una scala Likert a 10 punti. La PSS è composta da 11 item, posti su una scala Likert a 4 punti, suddivisi in tre gruppi: (I) bisogni tecnico scientifici (item I-III); (II) bisogni di informazione (item IV-VIII); (III) bisogni di supporto ed interazione (item IX-XI).

**RISULTATI** Il campione è composto da 58 pazienti di età media di 61.9 anni. Il 58.6% dei partecipanti è di genere maschile e la totalità del campione aveva già avuto precedenti esperienze di ricovero ospedaliero. Sia i livelli di soddisfazione che di fiducia nel personale infermieristico sono elevati: il punteggio medio totale della scala PSS è di 3.7 (DS=0.3), mentre il punteggio medio totale della scala "Trust in Nurses Scale" è di 5.3 (DS=0.7). La matrice di correlazione tra tutte le dimensioni della Scala PSS e il grado di fiducia espresso dai pazienti nei confronti degli infermieri evidenzia che tutti i fattori delle scale sono tra loro significativamente e positivamente correlati: nello specifico l'area dei bisogni di interazione e supporto è quella che maggiormente correla con il grado di fiducia ( $r = 0.505$ ,  $p < 0.01$ ). Inoltre, il modello complessivo delle variabili indipendenti, corrispondenti alle 5 variabili indagate dalla Scala "Trust in Nurses", spiega il 67% ( $R^2 = 0.456$ ) della varianza nella Soddisfazione Generale dei pazienti ( $p < 0.001$ ), influenzata soprattutto dagli item 2 e 5 della scala che indagano rispettivamente: (d2) "Quanto spesso ha creduto che gli infermieri che si prendono cura di Lei agissero nel suo massimo interesse" ( $\beta=0.560$ ,  $p=0.006$ ); (d5) "Quanto spesso gli infermieri che si prendono cura di Lei le hanno fornito informazioni precise riguardo alla sua patologia" ( $\beta=0.282$ ,  $p=0.014$ ).

**LIMITI** I principali limiti dello studio riguardano la ridotta numerosità del campione preso in considerazione e il disegno di studio monocentrico.

**CONCLUSIONI** Il risultati hanno evidenziato che la fiducia che i pazienti ripongono nel personale infermieristico può essere considerata un predittore della soddisfazione con l'assistenza ricevuta. Sia la fiducia che la soddisfazione sono quindi componenti fondamentali per valutare la qualità dell'assistenza e delle cure infermieristiche erogate in ambito ospedaliero. Entrambi gli strumenti utilizzati per la raccolta dati nel presente studio, potrebbero essere implementati nella pratica clinica e gestionale per evidenziare le peculiarità dell'assistenza che influenzano positivamente o meno l'opinione degli utenti sulla qualità delle cure. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi prospettici, in differenti setting di cura, al fine di analizzare ulteriormente l'associazione tra i costrutti della fiducia e della soddisfazione dei pazienti ed a conferma dei risultati ottenuti.

### 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: da.comparcini@gmail.com

## 48. Percorsi assistenziali e setting assistenziale nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa primitiva

De Angelis Angela, Traini Tiziana, Troiani Silvano

*Università Politecnica delle Marche*

**BACKGROUND** L'importanza in ambito sanitario dello SC è destinata a crescere progressivamente con l'invecchiamento della popolazione generale e richiede, oltre alla gestione delle criticità, la diffusione di nuove strategie assistenziali prevedendo percorsi con approccio programmato, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché semplicemente sintomatica ed attendista. Un concreto esempio di integrazione ospedale-territorio sono gli ambulatori per lo scompenso cardiaco a gestione infermieristica, i quali sono sempre più considerati punti vitali della rete assistenziale, perché vicini alle esigenze dei pazienti e perché rappresentano, nella comunità, il collegamento con il centro cardiologico ospedaliero di riferimento. Gli obiettivi di questi modelli gestionali sono l'ottimizzazione delle strategie di intervento, farmacologico e non, nella terapia dello SC e l'impostazione di un trattamento personalizzato per i pazienti ad alta complessità e rischio di ospedalizzazione.

**OBIETTIVI** Identificare, attraverso una sistematica raccolta dati, l'impatto sull'outcome dei pazienti presi in carico nell'ambulatorio dello scompenso cardiaco, in termini di miglioramento della qualità della vita, di riduzione delle ospedalizzazioni e della mortalità. Dimostrare che tali risultati sono raggiungibili più facilmente se l'ambulatorio dello scompenso cardiaco è gestito da un team multiprofessionale nel quale l'infermiere è capace di predisporre tutti gli esami clinici e diagnostici, di occuparsi di tutta la prassi necessaria ad ottimizzare la titolazione dei farmaci e di fornire al paziente tutte le nozioni necessarie per una corretta autogestione del piano terapeutico e dello stile di vita

**METODI** Nella parte descrittiva del progetto, è stata effettuata un'attenta rassegna della letteratura sia italiana che estera, su testi e riviste specializzati ed utilizzate le linee guida ESC. Per la parte sperimentale è stato effettuato uno studio su 42 pazienti affetti da cardiomiopatia dilatativa primitiva che hanno avuto almeno un ricovero per scompenso cardiaco, nel periodo compreso fra il 1/01/2007 e il 31/07/2014..

**RISULTATI** I pazienti in totale sono 42 di cui 29 maschi (69.1%) e 13 femmine (30.9%). L'età mediana è 68.9±13.1 (minima 27.9, massima 86.8). Nel corso del primo ricovero per scompenso, la media delle giornate di degenza è stata di 8.1± 5.2. Il numero medio di accessi all'ambulatorio dello scompenso è stato di 1.9±0.9 giorni (min 1; max 6). Tutti i pazienti esaminati erano in terapia con beta-bloccante: 41 con Bisoprololo e solo uno con Carvedilolo. L'80% dei pazienti era in terapia con ACE-I con una dose media di Ramipril pari 5.12±2.06 mg/die. Il restante 20% era in terapia con ARB (Candesartan) con una dose media pari a 29.7±6.04 mg/die. I fattori di rischio erano: ipertensione arteriosa 57.14%; diabete mellito 17.14%; Dislipidemia 17.14%; fumo 14.29%; obesità 11.43%. Il 62,86% era in ritmo sinusale mentre il 28,57% era in FA permanente; il 5.71% in FA persistente ed il 2.85% in FA parossistica. Nel 2.86% dei casi l'esordio della malattia era avvenuto con Tachicardia Ventricolare Sostenuta sincopale. La larghezza media del QRS era 115,17± 24msec; l'11,4% aveva un BBSx completo, mentre il 5.7% aveva BBDx completo. Il 13,3% dei pazienti era portatore di ICD.

**LIMITI** La mancata aderenza alle prescrizioni farmacologiche (causa principale delle instabilità e delle riospedalizzazioni nello scompenso cronico) e l'insufficienza renale cronica presente nel 14.29% dei pazienti (ostacolo maggiore alla titolazione degli inibitori del RAAS)

**CONCLUSIONI** Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi programmi basati sulla gestione ambulatoriale dello scompenso cardiaco. Si registrano evidenze nel miglioramento della capacità funzionale e nella riduzione della frequenza delle ospedalizzazioni di pazienti seguiti da strutture ambulatoriali dedicate allo studio ed alla cura dello SC. È auspicabile che anche in Italia, così come già avviene in altri Paesi europei, siano introdotti corsi specializzanti in modo che l'infermiere possa essere parte integrante del setting assistenziale del paziente. Perché avvenga questo è anche necessario che la legislazione italiana preveda, per l'infermiere, la possibilità di prescrivere e titolare i farmaci. In tal modo l'infermiere specializzato potrebbe contribuire nel progetto di cura, verificando il progressivo conseguimento degli obiettivi ed il risultato atteso. Nell'organizzazione sanitaria italiana la mancanza di strutture a gestione infermieristica deve essere fonte di stimolo per la crescita della professione la quale può diventare la vera protagonista di un innovativo modello assistenziale. L'assistenza intensiva del paziente con SC a rischio elevato può dimostrare effetti sinergici con quelli della terapia farmacologica ottimizzata, essendo in grado di migliorare l'aderenza dei pazienti a programmi impostati, favorendo un precoce riconoscimento delle instabilità cliniche.

### Indirizzo per la corrispondenza

Traini Tiziana, Infermiere  
Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno  
Via delle Begonie snc - 63100 - Ascoli Piceno  
Email: t.traini@univpm.it

## 49. Procedura per la corretta individuazione ed utilizzo delle superfici per la prevenzione e cura delle lesioni da Pressione

De Sarno Cristina, Margarita Pamela, Soncin Michela, De Paoli Elena, Filippini Stefania, Ermacora Eva, Deana Moira, Lupi Tommaso, Micoli Mariella, Tamara Boschi

*Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli*

**BACKGROUND** La prevenzione e la cura delle lesioni da pressione/decubito comprendono molteplici interventi come raccomandato e documentato nelle Linee Guida Internazionali e Regionali. Le superfici antidecubito sono supporti o dispositivi atti a ridistribuire e/o scaricare la pressione di contatto esercitata dal corpo su un piano di appoggio, attraverso modalità diverse. Tali presidi per essere efficaci devono intervenire attivamente sulle cause estrinseche determinanti la lesione cutanea. A seguito di un precedente corso di formazione sui temi analoghi, e successivamente alla somministrazione di un questionario, è emersa ampiamente la difformità di comportamenti nella gestione del corretto utilizzo delle superfici antidecubito, delle disuguaglianze e degli sprechi conseguenti a una disinformazione degli operatori. L'analisi effettuata ha dimostrato: Inesistenza di criteri omogenei della scelta delle superficie nei diversi setting aziendali, Scarsa correlazione con altri elementi di valutazione quali: mobilitazione, igiene ecc. Monitoraggio economico: notevole discrepanza di spesa nei diversi setting assistenziali. Per tale ragione si è costituito un gruppo di lavoro multi professionale aziendale che, a partire dalla letteratura scientifica inerente tale tematica nonché dall'analisi dei consumi di presidi e ausili aziendali e in coerenza con le indicazioni regionali del contenimento della spesa ha prodotto un documento di sintesi contenente indicazioni e procedure utili alla gestione uniforme di tale problematica.

**OBIETTIVI** La valutazione del rischio di insorgenza di LdP viene effettuata prendendo in considerazione molteplici fattori sia intrinseci che estrinseci al paziente. La scelta della superficie antidecubito non si basa solo sul rischio del paziente di sviluppare una LdP, ma anche sulla valutazione del livello di mobilità del paziente a letto, del suo confort, del controllo del microclima, del contesto e delle modalità con cui viene erogata l'assistenza. Il documento prodotto descrive i criteri per individuare ed assicurare l'utilizzo appropriato delle superfici per la prevenzione e la cura delle lesioni da pressione, con l'obiettivo di rendere omogeneo il comportamento degli operatori e garantire un livello equo di offerta nei diversi setting assistenziali – riabilitativi nonché il contenimento dei costi. I criteri esposti nella procedura sono stati esplicitati in una Flow chart, che risulta essere uno strumento snello che individua "il presidio appropriato rispetto al fabbisogno del paziente" facilitando e standardizzando l'attività prescrittiva nonché le successive azioni di monitoraggio e sostituzione.

**METODI** Nel corso del 2013 sono state effettuate diverse azioni: Analisi dello stato dell'arte dei diversi contesti assistenziali Monitoraggio economico – gestione sanità Produzione della procedura sui criteri di appropriatezza e di una Flow chart. Produzione di una scheda di rilevazione (paziente, presenza di lesione, grado rischio, tipologia di superficie presente) Ipotesi di fabbisogno (condiviso con i coordinatori) I° rilevazione e ricadute con applicazione dei nuovi criteri (confronto con atteso della rilevazione) II° rilevazione (a distanza di 3 mesi) e ricadute con applicazione dei nuovi criteri 5 edizioni di eventi formativi itineranti in tutta la ASS 4 per la formazione di tutto il personale. **RISULTATI:**

**RISULTATI** La diffusione della procedura attraverso eventi formativi itineranti, attraverso diversi tavoli di lavoro con i coordinatori e successivi interventi di formazione a richiesta in determinati contesti assistenziali ha portato ad una omogeneità di scelta dei criteri di appropriatezza dei presidi, a una riduzione dei costi in diversi contesti, ma soprattutto a una omogeneità di comportamento degli operatori e a un livello equo di offerta nei diversi setting assistenziali (Ospedali, Residenze Sanitarie, territorio).

**LIMITI** Nonostante l'individuazione dei criteri di appropriatezza delle superfici nei diversi setting assistenziali, la formazione itinerante, le disposizioni aziendali e la costante disponibilità del gruppo multidisciplinare a dare informazioni rimane una certa resistenza al cambiamento e all'applicazione totale dei criteri.

**CONCLUSIONI** Lo studio approfondito dei criteri di valutazione della scelta dei presidi ha messo a punto una serie di interventi e di valutazioni che non erano mai state eseguite in azienda, garantendo gli standard assistenziali e un contenimento dei costi. Per il 2015 sono previsti ulteriori corsi di formazione per la diffusione della procedura. Sarà necessaria l'attivazione di un monitoraggio costante dei criteri di appropriatezza delle superfici e il monitoraggio del contenimento della spesa.

### Indirizzo per la corrispondenza

De Sarno Cristina, Assistente sanitario  
Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli - Servizio Infermieristico Aziendale  
Via Pozzuolo, 330 - 33100 - Udine  
Email: cristina.desarno@mediofriuli.it

## 50. Il cambiamento del gusto nei pazienti chemiotrattati. storie di malattia e possibilità di migliorare la relazione d'aiuto

D'ercoli Anna Maria, Manocchi Katia, Troiani Silvano, Traini Tiziana

*Università Politecnica delle Marche*

**BACKGROUND** I pazienti affetti da cancro riportano cambiamenti nella percezione del gusto che comporta anche perdita di appetito. La riduzione o la mancanza del desiderio di alimentarsi legata alla disgeusia contribuisce allo sviluppo di malnutrizione e cachessia e determina un peggioramento della qualità della vita. Gli infermieri, pertanto, giocano un ruolo importante nel monitoraggio e nella gestione delle tossicità e soprattutto nell'educazione all'auto-cura del paziente

**OBIETTIVI** Descrivere le alterazioni del gusto nei pazienti affetti da cancro sottoposti a chemioterapia e quanto queste influiscano in termini di qualità della vita.

**METODI** La raccolta dati è iniziata il giorno 30/07/2013 ed è terminata il 30/09/2013 coinvolgendo 65 pazienti con diagnosi di neoplasia sottoposti a chemioterapia, che avessero riferito alterazione del gusto. afferenti al Day Hospital del P.O. Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto (Asur Area Vasta 5). Sono stati inclusi pazienti con età superiore ai 18 anni e inferiore ai 70, diagnosi clinica di tumore solido o ematologico con alterazione del gusto da quando sottoposti a chemioterapia, affetti da mucosite di grado inferiore o uguale a 2 secondo i criteri della scala WHO, in grado di comprendere la lingua italiana e che abbiano acconsentito alla partecipazione allo studio. Sono state esclusi i pazienti che non manifestavano disgeusia Lo strumento utilizzato per raccogliere i dati relativi all'alterazione del gusto è stato il questionario prodotto e usato nello studio di Wicham, che prevede la raccolta dati nelle seguenti aree: - Presenza dell'alterazione del gusto e rilevanza del problema - Modalità in cui questo sintomo si manifesta - Correlazione tra variazione del gusto e fattori che possono influenzarlo - Informazioni ricevute dai pazienti riguardo al problema - Modificazione delle abitudini alimentari. Al questionario è stata aggiunta una scheda per la raccolta di dati clinici del paziente: diagnosi, terapia, grado di mucosite. L'intervista ai pazienti è stata condotta sempre dalla stessa persona.

**RISULTATI** Il 96% dei soggetti riferisce disgeusia di grado importante (abbastanza, molto, moltissimo). L'inizio e la durata del sintomo dopo chemioterapia sono state differenti: per il 72% il cambiamento è stato avvertito subito dopo la prima chemioterapia, ma per il restante 28% dopo il secondo o dopo più cicli. Il 61,5% ha percepito il disturbo in maniera continua; altri in maniera discontinua o solo per alcuni giorni dopo la terapia e per il 4% dei pazienti il sintomo si presenta soltanto durante il pasto e non negli altri momenti della giornata. Il 50% dei soggetti con modificazione del gusto riporta anche alterazione dell'olfatto, riferendo di percepire odori cattivi (il 64%) o più forti del normale (27%) o di sentire odori inesistenti (9%). Gli agenti maggiormente associati a disgeusia nei pazienti sottoposti a diversi regimi chemioterapici sono stati: fluorouracile, taxolo e gemcitabina. Il 32% dei pazienti riferisce di non percepire i sapori, il 29% di sentire sapori cattivi dei cibi, il 17% di avvertire un gusto metallico e l'11% amaro. I gusti alterati sono soprattutto il salato e il dolce insieme (46%), solo il salato per il 43% dei pazienti e molto meno per gli altri gusti (dolce, acido e amaro). Importante è anche l'associazione del sintomo con la nausea (il 97% dei pazienti); meno rilevante la perdita di peso, che è presente nel 34% degli assistiti. La carne (soprattutto rossa) è l'alimento che subisce più alterazioni di gusto: 85%. Interessante notare che molti pazienti hanno riferito disgusto per ciò che prima della chemioterapia adoravano, mentre trovano piacere nel mangiare cibi che prima non amavano

**LIMITI** Lo studio ha valutato l'alterazione del gusto in un unico momento, effettuando solo una misurazione.

**CONCLUSIONI** Parlare di alterazione del gusto, di malattia e chemioterapia, può portare a riflettere e discutere sul senso della propria vita L'assistenza infermieristica oltre che fondarsi sulla buona conoscenza delle tecniche e degli interventi, deve soprattutto occuparsi degli aspetti relazionali.. Assistenza è relazione d'aiuto, ossia un processo nel quale l'infermiere, attraverso l'offerta di tempo, attenzione e rispetto, aiuta una persona in difficoltà a ritrovare le risorse e i modi per risolvere specifiche problematiche. Il primo passo va fatto con la comunicazione e l'approccio educativo (che migliora l'autostima del paziente), con l'ascolto e la comprensione del mondo interno del paziente (che aumenta la fiducia). Gli aspetti antropologici della sofferenza e il loro rapporto con l'operatore sanitario rappresentano un punto fondamentale della relazione tra curatore e ammalato.

### Indirizzo per la corrispondenza

Traini Tiziana, Infermiere  
Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Ascoli Piceno  
Via delle Begonie snc - 63100 - Ascoli Piceno  
Email: t.traini@univpm.it

## 51. Fattori che influenzano l'efficacia dell'educazione al self management

Di Giacomo Patrizia<sup>1</sup>, Bagnasco Annamaria<sup>2</sup>, Zanini Milko<sup>2</sup>, Sasso Loredana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azienda USL Romagna, <sup>2</sup>Università di Genova

**BACKGROUND** L'educazione al self management del diabete (DSME) è associata a una migliore cura di sé e a un buon controllo glicemico. Diversi studi, (Bagnasco et al. 2013), suggeriscono che le caratteristiche personali, influenzano il self management del diabete. Per essere efficaci gli interventi educativi dovrebbero considerare le caratteristiche personali degli assistiti in modo da adattarsi alle esigenze individuali. La review vuole identificare le caratteristiche personali della persona con diabete 2 da considerare per adattare e ottimizzare gli interventi educativi

**OBIETTIVI** Identificare e descrivere caratteristiche personali influenzanti l'efficacia dell'educazione al self management nelle persone con diabete 2, identificare i risultati e gli strumenti utilizzati per misurare l'efficacia del DSME..

**METODI** È stata condotta una revisione sistematica secondo le linee guida del Centre for Reviews and Dissemination Guidelines, (York), in modo indipendente da due ricercatori. La ricerca è stata condotta su MEDLINE, Cochrane Library CINAHL e PsycINFO tra gennaio 1990-dicembre 2013 utilizzando i termini type-2 diabetes, self-management education, population characteristics. I termini includevano sinonimi e i termini specifici delle diverse banche dati. La domanda di ricerca è stata definita in termini di PICOS. La qualità degli studi è stata valutata secondo i criteri dell'Università McMaster form per gli studi quantitativi.

**RISULTATI** Sono stati identificati 1.334 studi e dieci hanno incontrato i criteri di inclusione, pubblicati tra il 2009 e il 2013 e valutavano l'efficacia di interventi strutturati di DSME. La numerosità del campione è compresa tra 13 e 604 partecipanti, 1.466 in totale. Sette erano RCT. uno longitudinale, uno pre e post quasi-sperimentale prospettico, e uno studio pilota pre-post. Nove studi soddisfacevano la maggior parte dei criteri della valutazione della qualità metodologica. I principali risultati misurati sono stati A1c, misurazioni antropometriche, comportamenti/attività di self care/self management, indicatori psicologici. Tutti gli studi descrivono diverse caratteristiche personali dei partecipanti. In due studi risulta un'associazione fra i valori baseline di A1c e quelli post intervento educativo (Pena Purcell et al. 2011; Rigg et al. 2012). L'intervento educativo sembrerebbe efficace nel migliorare il controllo glicemico nelle persone con valori elevati. Questo potrebbe comportare di adattare l'intervento educativo, da sviluppare in modo completo nelle persone con valori elevati di A1c, e realizzando solo supervisione e feed back sui comportamenti di self care, con valori di A1c meno elevati o nella norma, con una valorizzazione delle capacità individuali nel raggiungere e mantenere l'equilibrio glicemico e ottimizzando tempo e risorse. Un significativo aumento nel numero di misurazioni della glicemia, sembrerebbe associato a un miglior valore di A1c (Pena Purcell et al. 2011) L'aumento della self efficacy si accompagna a un miglioramento del controllo glicemico (Moryama et al. 2009), e a una migliore aderenza alle attività di self care (Pena Purcell et al. 2011). Negli studi inclusi, sono stati utilizzati diversi strumenti di misura delle attività di self care e degli indicatori psicologici, alcuni molto complessi, e poco pratici per la clinica. (Caro-Bautista et al. 2013).. Cinque studi hanno utilizzato the Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA) per misurare i comportamenti di self care, mentre PAID è stato utilizzato in sei studi per misurare i livelli di distress correlati al diabete e gli adattamenti psicosociali alla malattia. Lo SDASCA è di facile utilizzo per la persona e potrebbe permettere di monitorare nel tempo i comportamenti della persona, identificare le attività di self care/self management non ottimali, in modo da orientare in modo appropriato gli interventi educativi.

**LIMITI** Potrebbero essere stati esclusi studi significativi in lingue diverse dall'inglese e italiano e per i termini di ricerca, che potrebbero non essere riusciti a identificare tutti gli studi esistenti. . Nel PICOS le caratteristiche personali sono state considerate come risultati e non come esposizione e questo potrebbe aver influenzato i risultati della review, Non è stata possibile una metanalisi per le diversità presenti negli studi.

**CONCLUSIONI** I nostri risultati dovrebbero essere integrate nella valutazione infermieristica di routine in quanto possono fornire una maggiore comprensione dei singoli bisogni educativi dei pazienti, adattare gli interventi educativi, e conseguentemente, ottimizzare le risorse utilizzate in termini di tempo dedicato e di professionisti coinvolti, confrontare e valutare i risultati rispetto agli interventi attuati. Sono necessari ulteriori studi per identificare e descrivere, se presenti, caratteristiche personali, con un impatto significativo sull'efficacia degli interventi educativi, e che devono pertanto essere incluse nella valutazione della persona con diabete.

### Indirizzo per la corrispondenza

Di Giacomo Patrizia, Infermiere  
Azienda USL della Romagna - Azienda USL di Rimini  
Via Coriano, 38 - 47924 - Rimini  
Email: iotricia@alice.it

## 52. L'assistenza nutrizionale agli anziani: uno studio osservazionale presso l'Istituto Don Orione di Milano

Di Stefano Catena Antonella<sup>1</sup>, Castaldo Anna<sup>2</sup>, Pancheri Maria Luisa<sup>1</sup>, Bonetti Loris<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Milano - Corso di Laurea in Infermieristica, <sup>2</sup>Provincia Religiosa S. Marziano Di Don Orione – Piccolo Cottolengo Milano

**BACKGROUND** Nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) la prevalenza della malnutrizione proteico-energetica varia tra il 2 e l'80%, in base al tipo di studio e di indici nutrizionali rilevati. La genesi della malnutrizione nell'anziano può essere correlata a diversi fattori: nutrizionali (introito insufficiente, diminuzione dell'appetito, interazione farmaci-nutrienti), clinici (patologie croniche, deficit funzionali, edentulia, depressione, demenza), sociali e assistenziali (istituzionalizzazione, atteggiamento degli operatori nell'assistenza nutrizionale, caratteristiche dell'ambiente dedicato ai pasti) (Ministero della salute, 2010, Nijs 2009, Palm 2012, Papparotto, 2013).

**OBIETTIVI** Conoscere: (I) la prevalenza della malnutrizione in anziani accolti nelle RSA e caratteristiche associate, (II) i fattori ambientali e organizzativi correlati all'assistenza nutrizionale e (III) gli atteggiamenti degli operatori riguardo la nutrizione.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale attraverso specifiche procedure di rilevazione: (I) Il campione includeva 130 ospiti residenti in cinque nuclei di una RSA di Milano nel mese di ottobre 2014. Attraverso l'analisi della documentazione clinica sono stati rilevati i dati demografici, dati clinici [stato cognitivo (Mini Mental State Examination); autonomia nelle attività di vita quotidiana (ADL-Indice di Barthel); comorbidità (Cumulative Illness Rating Scale)] e dati nutrizionali (indici antropometrici, stato nutrizionale attraverso il Malnutrition Universal Screening Tool (MUST); regime dietetico e consistenza degli alimenti). (II) È stata utilizzata l'osservazione sistematica, integrata da un'intervista all'infermiere di nucleo per rilevare: (a) caratteristiche ambientali e organizzative del nucleo residenziale (dimensioni e arredi sala da pranzo, procedure per richieste di menù...) (b) organizzazione dei pasti (tempi e numero di operatori, volontari o familiari presenti ai pasti...) (c) assistenza ai pasti (partecipazione alla scelta delle portate, assunzione farmaci durante il pasto, introito alimentare, tipo di assistenza fornita...) per ogni residente che si alimentava per Os (tot. 115). (III) Al fine di conoscere gli atteggiamenti degli operatori riguardo la nutrizione, è stato somministrato il questionario Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric Scale SANN-Gita (Bonetti, 2013) a 73 operatori (medici, infermieri e addetti all'assistenza di base) in organico nei nuclei selezionati. È stata effettuata un'analisi descrittiva (frequenze, medie...), e sono stati utilizzati specifici test statistici in base al tipo di variabile (t Student, Test U di Mann-Whitney...).

**RISULTATI** (I) Il 13,3% (17/128) degli ospiti osservati è a medio-alto rischio di malnutrizione (MUST =1) e tra essi l'82% si alimenta per Os, il 71% presenta una dipendenza totale nelle ADL e il 65% deficit cognitivo grave. Il rischio di malnutrizione è maggiore negli uomini (4/15) rispetto alle donne (13/113) e negli ospiti con un minor tempo di degenza. (II) In tutti i nuclei gli ospiti si alimentano in sala da pranzo. Durante la distribuzione dei pasti erano presenti mediamente 4 operatori a pranzo e 3 a cena. Circa un terzo degli ospiti è assistito (prevalentemente imboccato) ai pasti, e circa i due terzi assume farmaci sia pranzo (76/115) sia a cena (75/114). Gli ospiti a medio-alto rischio di malnutrizione hanno un introito alimentare significativamente minore rispetto a quelli a basso rischio ( $p=0,000$ ). (III) Su 73 questionari somministrati ne sono ritornati 72, di cui 6 eliminati poiché incompleti, per cui le analisi si riferiscono a 66 partecipanti, di cui 16 operatori sanitari e 50 operatori di supporto. Il punteggio mediano è stato 61 corrispondente a un'attitudine neutra da parte del personale nei confronti della nutrizione. Gli operatori sanitari dimostrano un'attitudine più positiva (Mediana 66) rispetto agli operatori di supporto (Mediana 59) ( $p=0,006$ ).

**LIMITI** La soggettività e la presenza dell'osservatore durante i pasti potrebbe aver influenzato il comportamento degli operatori e dei residenti. La prevalenza della malnutrizione è stata indagata attraverso il MUST, che è uno strumento di screening e non di diagnosi. Inoltre, il campione esiguo di ospiti e di operatori osservato non consente di generalizzare i risultati.

**CONCLUSIONI** La prevalenza della malnutrizione osservata è inferiore rispetto ad altri studi. Considerato che gli operatori di supporto sono maggiormente implicati nell'assistenza ai pasti, una specifica formazione potrebbe migliorare la loro attitudine. Lo studio ha avuto l'ambizione di esplorare in modo combinato la complessità dell'assistenza nutrizionale, tuttavia è auspicabile che sia ripetuto su un campione più ampio e integrato con la percezione degli ospiti riguardo la qualità dell'assistenza nutrizionale. Inoltre, si potrebbero perseguire nuove ipotesi di studio sui fattori ambientali, organizzativi e assistenziali favorevoli ad un'adeguata nutrizione negli anziani.

### Indirizzo per la corrispondenza

Di Stefano Catena Antonella, Studente  
Università degli Studi di Milano  
Via Festa del Perdono, 7 - 20122 - Milano  
Email: catena.distefano@gmail.com

## 53. Il trattamento del dolore postoperatorio: la soddisfazione dei pazienti

Difonzo Marcello<sup>1</sup>, Colagrande Giuseppe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Bari - Corso di laurea in Infermieristica, <sup>2</sup>ASL Bari

**BACKGROUND** Il dolore, considerato il quinto segno vitale, deve essere valutato di routine in ospedale, al pari della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria, della pressione arteriosa, della temperatura corporea. Il dolore è un fenomeno complesso, dovuto a un danno tissutale, con una componente meccanica, legata all'insulto fisico e una componente emozionale, legata alla percezione ed elaborazione da parte del soggetto; il suo trattamento prevede un approccio multidisciplinare. Attualmente, molti ospedali hanno un servizio per il dolore acuto o Acute Pain Service; queste unità consistono in un team di anestesisti, di infermieri e di altro personale specializzato.

**OBIETTIVI** Lo scopo dello studio è valutare l'intensità e l'interferenza del dolore postoperatorio con alcune attività e la soddisfazione dei pazienti per la gestione del dolore e il trattamento ricevuto dai medici e dagli infermieri.

**METODI** La survey trasversale include i malati postoperati di un ospedale, sede di insegnamento universitario. Lo strumento di indagine è un questionario, anonimo, di 19 item, con le tre principali sub-scale dell'American Pain Society-Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ). La prima sub-scala (nove item, scala numerica 0-10) valuta l'intensità e l'interferenza del dolore con le normali attività, nelle prime 24 ore del postoperatorio. La seconda sub-scala, la scala della soddisfazione (tre item, scala numerica, 0 = molto insoddisfatto, 10 = molto soddisfatto), valuta la soddisfazione per il trattamento del dolore e il trattamento da parte di medici e infermieri. La terza sub-scala, la scala delle opinioni (sette item, scala numerica, 0 = per niente d'accordo, 10 = molto d'accordo), indaga le convinzioni del paziente sulla gestione del dolore e gli ostacoli al suo trattamento. Il metodo impiegato è l'autocompilazione. I dati sono analizzati con il test di Mann-Whitney, un valore  $p < 0,05$  indica la significatività statistica.

**RISULTATI** Il tasso di risposta è del 71,42% (50 questionari su 70 distribuiti). Nella prima sub-scala, sull'intensità del dolore e sull'interferenza con alcune comuni attività, i malati riferiscono un'intensità del dolore postoperatorio medio-alta ( $4,92 \pm 2,73$ ,  $5,62 \pm 3,42$ ,  $7,38 \pm 2,83$ ), nelle ultime 24 ore. L'interferenza del dolore nel postoperatorio è medio-bassa con l'attività generale ( $5,54 \pm 3,31$ ), con l'umore ( $4,14 \pm 3,83$ ), con l'abilità di camminare ( $4,52 \pm 4,33$ ), con le relazioni interpersonali ( $2,36 \pm 3,49$ ), con il recupero dopo la procedura chirurgica ( $4,96 \pm 3,08$ ). L'interferenza con il sonno ( $7,12 \pm 3,38$ ) è medio-alta. Nella seconda sub-scala, i malati indicano un livello di soddisfazione molto alto ( $9,08 \pm 1,42$ ,  $9,48 \pm 1,20$ ,  $8,8 \pm 2,18$ ) sul trattamento del dolore ricevuto e sul trattamento da parte di medici e infermieri. La terza sub-scala propone una serie di affermazioni errate sulla gestione del dolore che possono ostacolare il trattamento. Il grado di accordo è basso per gli item: "I farmaci non possono controllare il dolore" ( $1,28 \pm 2,84$ ), "Un buon paziente non parla di dolore" ( $1,9 \pm 3,44$ ), "Le lamentele distraggono il medico dalla cura della malattia di base" ( $3,76 \pm 4$ ). Gli item, "I farmaci devono essere risparmiati" ( $5,14 \pm 4,01$ ), "La dipendenza dai farmaci è facile" ( $5,2 \pm 3,73$ ), "È più facile tollerare il dolore degli effetti collaterali del trattamento analgesico" ( $5,82 \pm 4,02$ ), indicano un grado di accordo medio, "Il dolore è un indice di peggioramento della malattia", indica un grado di accordo molto alto ( $8,66 \pm 2,58$ ). Non c'è una differenza statistica significativa tra i due gruppi di pazienti suddivisi per età ( $U = 171$ ,  $p = 0,781$ ).

**LIMITI** Lo studio, realizzato in un ospedale di III livello, risente delle caratteristiche e peculiarità di questa struttura e della difformità dei protocolli sulla gestione del dolore postoperatorio, applicati nei diversi reparti. Quest'ultimo motivo può spiegare un valore medio analogo alla VAS superiore a quello raccomandato dalle linee guida internazionali. La ridotta numerosità del campione richiede altre ricerche per approfondire i risultati rilevati.

**CONCLUSIONI** Il dolore postoperatorio è un sintomo soggettivo, influenzato da diversi fattori, che variano da individuo a individuo. La gestione integrata del dolore, nel periodo postoperatorio, richiede sia un adeguato protocollo terapeutico per il controllo del sintomo dolore, sia adeguate capacità relazionali e comunicative da parte del team medico-infermieristico. L'empatia e la comunicazione tra il professionista e l'assistito sono aspetti fondamentali nel processo assistenziale e possono influenzare il decorso delle cure prestate. La presente ricerca individua una maggiore soddisfazione negli aspetti comunicativi e relazionali tra il paziente e i curanti, più che una relazione diretta con l'efficacia del trattamento farmacologico. Si evidenzia, infatti, un grado di soddisfazione correlato, in modo positivo, alla qualità del trattamento ricevuto e al comportamento di medici e infermieri nei confronti del malato.

### 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

## 54. L'emergenza intraospedaliera: conoscenze e percezioni degli infermieri

Difonzo Marcello<sup>1</sup>, Colagrande Giuseppe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Bari - Corso di laurea in Infermieristica, <sup>2</sup>ASL di Bari

**BACKGROUND** Il sistema di emergenza intraospedaliera è un piano di risposta per garantire una gestione tempestiva dell'arresto cardiaco imprevisto e delle altre emergenze cliniche, nei reparti di degenza e nelle aree non sanitarie dell'ospedale. Gli eventi critici sono preceduti da segni di instabilità fisiologica che possono essere individuati precocemente. L'osservazione dei parametri vitali, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, temperatura e di altri parametri fisiologici, permette il riconoscimento di questi segni e l'attivazione, secondo criteri di allarme codificati, di un team di risposta rapida esterno alla struttura di degenza. Gli infermieri, in caso di arresto cardiaco o altri eventi acuti, spesso, sono i primi a intervenire iniziando le manovre di rianimazione cardiopolmonare, in attesa del team di soccorso avanzato.

**OBIETTIVI** Lo scopo della ricerca è indagare le conoscenze e la pratica degli infermieri di aree non intensive sull'organizzazione e la gestione dell'emergenza intraospedaliera.

**METODI** La survey coinvolge i reparti non intensivi di due ospedali (Di Venere, Dimiccoli), sede di insegnamento universitario. Lo strumento di indagine è un questionario anonimo, autosomministrato, con cinque item, sui dati demografici e 20 item (a risposta chiusa, vero/falso), sull'organizzazione dell'emergenza intraospedaliera (item 1-5), sul monitoraggio dei parametri vitali (item 6-8), sull'arresto cardiaco (item 9-12), sul carrello dell'emergenza (item 13-16), sui ritmi defibrillabili (item 17-20). I risultati sono riportati con la frequenza, assoluta e relativa, di risposte corrette. I dati sono analizzati con il test Chi quadrato, un valore  $p < 0,05$  è considerato statisticamente significativo.

**RISULTATI** Il tasso di risposta è dell'85,33% (128 questionari su 150 distribuiti). Riguardo all'organizzazione dell'emergenza intraospedaliera, gli infermieri dei due ospedali riconoscono la necessità di un piano scritto di risposta alle emergenze mediche nelle corsie di degenza (84%, 88%). Tuttavia, ai quesiti, "La catena della sopravvivenza indica gli interventi necessari nell'arresto cardiaco extraospedaliero" e " In caso di arresto cardiaco, la rianimazione cardiopolmonare e la defibrillazione precoce devono essere erogate al paziente entro 6 minuti", risponde correttamente solo la minoranza degli infermieri (22%, 32% e 25%, 24%, rispettivamente). Gli infermieri riconoscono l'importanza del monitoraggio dei parametri vitali di base per valutare il paziente con segni clinici di deterioramento (74%, 80%), ma hanno delle conoscenze imprecise sulla pulso-ossimetria. Infatti, al quesito, "La saturazione arteriosa di ossigeno dell'emoglobina indica il contenuto totale di ossigeno del sangue arterioso", la percentuale di risposte corrette è bassa (43%, 49%). Riguardo all'arresto cardiaco, alle manovre di rianimazione cardiopolmonare e al carrello dell'emergenza e alla sua gestione, le conoscenze degli infermieri, nei due ospedali, sono adeguate nella maggioranza dei casi (risposte corrette > 50%), tranne che per un quesito. Quando si chiede, "In qualunque caso di arresto cardiaco in ospedale è necessario attivare il team di soccorso vitale avanzato", le risposte corrette sono in percentuale bassa (Di Venere, 35%, Dimiccoli, 54%,  $p = 0,013$ ). La conoscenza dei ritmi defibrillabili è adeguata (> 50%), tranne che in un ospedale. Alla domanda, "La defibrillazione elettrica è un trattamento inefficace nell'asistolia e nella dissociazione elettromeccanica", una percentuale bassa di infermieri risponde in modo corretto (42%, Di Venere). Il test statistico non mostra differenze significative nelle risposte dei due gruppi di infermieri, eccetto che per un quesito.

**LIMITI** La ricerca, realizzata in due ospedali di III livello, risente delle caratteristiche e peculiarità di queste strutture. Il questionario è costruito su variabili sensibili descritte in letteratura e non ha carattere di validazione.

**CONCLUSIONI** Una gestione pianificata degli interventi per identificare il paziente in crisi prevede l'attivazione di medici e infermieri dei reparti di degenza e l'allertamento del team di risposta rapida, se sono soddisfatti i criteri di attivazione. Gli infermieri hanno un ruolo centrale nella valutazione del paziente con condizioni cliniche in rapido deterioramento e nell'attivazione del team di emergenza. In questo studio, le conoscenze degli infermieri sono imprecise e non adeguate, soprattutto riguardo al trattamento precoce della rianimazione cardiopolmonare e alla defibrillazione, alla pulso-ossimetria, al monitoraggio dei parametri vitali e al trattamento dei ritmi defibrillabili. La previsione di programmi di educazione continua sulla gestione dell'emergenza intraospedaliera può garantire un'adeguata formazione degli operatori sanitari coinvolti e permettere un trattamento ottimale dei pazienti in crisi all'interno dell'ospedale.

### 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

## 55. Il trattamento del dolore postoperatorio: le conoscenze degli infermieri

Difonzo Marcello<sup>1</sup>, Di Capua Pasquina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Bari - Corso di laurea in Infermieristica, <sup>2</sup>ASL di Bari

**BACKGROUND** La gestione e il trattamento del dolore prevedono un approccio multidisciplinare che coinvolge medici, infermieri e altre figure professionali. Il dolore acuto, di breve durata, è un sintomo correlato a un danno tissutale, una malattia o un trauma. La forma più caratteristica di dolore acuto è il dolore postoperatorio, generalmente prevedibile, che si caratterizza per la forte intensità e per la breve durata. Un protocollo per il trattamento del dolore acuto postoperatorio è necessario in ogni ospedale, per garantire una gestione appropriata di questa condizione clinica. Il team ideale per il trattamento del dolore acuto comprende l'anestesista, l'infermiere di unità di cura post-anestesia, l'infermiere di reparto e altro personale specializzato.

**OBIETTIVI** Questo studio descrittivo intende esaminare il livello di conoscenze, sulla gestione del dolore postoperatorio, degli infermieri che lavorano presso le unità di cura post-anestesia e nei reparti chirurgici.

**METODI** La survey trasversale include gli infermieri dei reparti chirurgici e di unità di cure post-anestesia di due ospedali di III livello. Lo strumento di indagine è un questionario, anonimo, autosomministrato, con due sezioni: la prima, con i dati socio-demografici; la seconda, 16 item (risposta chiusa, vero/falso) riguarda le conoscenze sul trattamento del dolore postoperatorio e sui farmaci usati (item 1-4), sulle vie di infusione dei farmaci (item 5-7), sugli effetti collaterali (item 8-10), sulla misura del dolore (item 11-16). I risultati sono descritti con la frequenza, assoluta e relativa, di risposta corretta. L'analisi dei dati è realizzata con il test di Mann-Whitney, un valore  $p < 0,05$  indica la significatività statistica.

**RISULTATI** questionari completati correttamente sono 106 su 120 distribuiti (tasso di risposta = 88,33%). Riguardo al trattamento del dolore postoperatorio, le conoscenze degli infermieri dei due ospedali sono imprecise. Agli item, "Nel decorso post-operatorio il trattamento s'inizia solo quando il dolore raggiunge un'intensità elevata" e "La terapia farmacologica del dolore postoperatorio non provoca effetti collaterali", la percentuale di risposte corrette è molto bassa (36,51%, 27,91% e 30,16%, 37,21%, rispettivamente). Invece, la conoscenza dei principali farmaci utilizzati per il controllo del dolore è adeguata (risposte corrette > 50%). La percentuale di risposte corrette al quesito sulla via di somministrazione degli oppioidi è molto bassa (31,75%, 27,91%), al contrario le risposte sugli effetti collaterali dei farmaci sono corrette nella maggioranza dei casi (> 60%). Gli infermieri riconoscono la validità delle scale di misura nella valutazione del dolore postoperatorio (71,43%, 86,04%) e hanno conoscenze adeguate sulle principali scale di misura del dolore (risposte corrette, scala numerica: 44,44%, 88,37%, scala analogica visiva: 58,73%, 81,39%, scala verbale: 49,21%, 58,14%). Tuttavia, alla domanda, "In pazienti differenti, uno stimolo nocicettivo di uguale intensità provoca un dolore di uguale intensità", le risposte sono corrette in percentuali basse (42,86%, 34,88%). Il dolore è un sintomo molto soggettivo e riflette l'elaborazione da parte delle aree corticali, si spiega così la differente valenza che può assumere il sintomo in soggetti diversi. Al quesito, "La valutazione del dolore va eseguita prima dell'intervento chirurgico e ogni 2-4 ore nella prima giornata postoperatoria", la percentuale di risposte corrette, in un ospedale, è minore del 50% (47,62%). Non c'è una differenza statistica significativa tra i due gruppi di infermieri ( $U = 261$ ,  $p = 0,317$ ). Sono analizzati gli indicatori di performance del questionario: l'indice di difficoltà (0,56, 0,51) e l'indice di discriminazione (0,35).

**LIMITI** Lo studio, realizzato in due ospedali di III livello, risente delle caratteristiche e peculiarità di queste strutture. Il questionario è costruito su variabili sensibili descritte in letteratura e non ha carattere di validazione.

**CONCLUSIONI** Qualsiasi intervento chirurgico, indipendentemente dalla specialità, è in grado di provocare dolore a un malato. Il dolore postoperatorio è spesso trattato in maniera inadeguata, sia per la mancanza di protocolli terapeutici definiti, sia per la mancanza di conoscenze e attitudini appropriate alla sua gestione. Questa ricerca evidenzia conoscenze adeguate degli infermieri riguardo ai principali farmaci analgesici, agli effetti collaterali della terapia farmacologica, alle principali scale di misura del dolore. Tuttavia, le conoscenze sul trattamento e sulla valutazione del dolore postoperatorio e sulle vie di infusione dei farmaci sono spesso imprecise. La previsione di programmi di educazione continua sui vari aspetti della gestione del dolore può garantire delle conoscenze adeguate e permettere una gestione ottimale del paziente nel periodo postoperatorio, da parte dei professionisti impegnati nel trattamento del dolore.

### 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

## 56. Pulso-ossimetria nei pazienti adulti in area critica: le conoscenze di medici e infermieri

Difonzo Marcello<sup>1</sup>, Di Capua Pasquina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Bari - Corso di laurea in Infermieristica, <sup>2</sup>ASL di Bari

**BACKGROUND** La pulso-ossimetria è un metodo non invasivo per misurare la saturazione di ossigeno dell'emoglobina nel sangue arterioso, uno dei parametri del contenuto di ossigeno del sangue. Il suo impiego nel monitoraggio dei pazienti, adulti e pediatrici, è diffuso in diversi contesti clinici, in anestesia, in terapia intensiva, in corso di procedure diagnostiche, nel dipartimento di emergenza. La lettura della saturazione arteriosa di ossigeno richiede la conoscenza dei meccanismi fisiologici del trasporto dell'ossigeno e della curva di dissociazione dell'emoglobina. Inoltre, è necessario conoscere i limiti e gli errori di lettura dello strumento, che possono modificare la corretta interpretazione della saturazione rilevata.

**OBIETTIVI** La ricerca include medici e infermieri e intende valutare le conoscenze sulla pulso-ossimetria, sulle indicazioni e le controindicazioni all'uso del pulso-ossimetro, sui principali fattori che alterano le misure dello strumento.

**METODI** Lo studio, non interventistico, coinvolge medici e infermieri di unità operative di area critica di un ospedale, sede di insegnamento universitario. Lo strumento di indagine è un questionario, anonimo, autosomministrato, composto di cinque item, con i dati socio-demografici, e di 18 item (risposta chiusa, vero/falso), sulle conoscenze di base e sulla fisiologia della pulso-ossimetria (item 1-5), sulle indicazioni e le controindicazioni all'uso del pulso-ossimetro (item 6-10), sulle alterazioni nella lettura e le limitazioni nell'uso del pulso-ossimetro (item 11-15), sulla conoscenza della metodica in particolari condizioni cliniche (item 16-18). I risultati sono descritti con la frequenza, assoluta e relativa, di risposta corretta. I dati sono analizzati con il test di Mann-Whitney, un valore  $p < 0,05$  è considerato statisticamente significativo.

**RISULTATI** Il tasso di risposta è dell'82,45% per gli infermieri (47/57 questionari) e del 71,11% per i medici (32/45 questionari). Riguardo alle conoscenze di base e alla fisiologia della pulso-ossimetria, all'item, "La saturazione arteriosa di ossigeno rilevata con il pulso-ossimetro è un indicatore dell'ossigenazione tissutale", solo la minoranza dei medici (25%) e degli infermieri (17,02%) risponde in modo corretto. Lo strumento può rilevare l'ipossiemia, al contrario non rileva l'ipossia, indice di una riduzione del contenuto di ossigeno tissutale. La maggioranza dei medici (53%) ritiene che l'osservazione clinica sia efficace quanto l'uso del pulso-ossimetro nella valutazione rapida dell'ipossiemia e che nell'arresto cardiaco sia possibile rilevare correttamente la SpO<sub>2</sub> (59,38%). Al quesito, "Normalmente, la misura della SpO<sub>2</sub> è attendibile nei pazienti con anemia", solo la minoranza degli infermieri di area critica risponde in modo corretto (36,17%). In condizioni normali, l'anemia non interferisce con l'accuratezza della lettura del pulso-ossimetro. Alla domanda, "La presenza di brividi influenza il rilievo della SpO<sub>2</sub>", risponde correttamente il 28,12% dei medici, perché brividi, convulsioni e tremori da morbo di Parkinson possono provocare un rilievo inadeguato della pulso-ossimetria. Medici e infermieri ritengono non correttamente, nella maggioranza dei casi (68,75%, 78,73%), che la pulso-ossimetria sia un indicatore della ventilazione polmonare. All'item, "La pulso-ossimetria può essere utilizzata per la gestione del paziente e le decisioni terapeutiche nell'ipovolemia, nello shock e nell'ipotermia", la minoranza degli infermieri (44,68%) risponde in modo corretto. Il test statistico ( $U = 162$ ,  $p = 1,0$ ) non dimostra una differenza significativa nelle conoscenze tra medici e infermieri.

**LIMITI** La ricerca, realizzata in un ospedale di III livello, risente delle caratteristiche e peculiarità di questa struttura. Il questionario è costruito su variabili sensibili descritte in letteratura e non ha carattere di validazione. La ridotta numerosità del campione richiede altre ricerche per approfondire i risultati rilevati.

**CONCLUSIONI** Il monitoraggio della pulso-ossimetria è multidisciplinare, interessa varie specialità, pazienti di tutte le età, ed è usato diffusamente nei reparti medici, chirurgici e in area critica. In questo studio, medici e infermieri dimostrano, spesso, una conoscenza imprecisa della pulso-ossimetria. I principali rilievi riguardano il significato fisiologico della misura rilevata dal pulso-ossimetro, la sua validità rispetto alla sola osservazione clinica in caso di ipossiemia, la sua utilità nei pazienti in arresto cardiaco e nei soggetti anemici, la conoscenza di alcuni artefatti che alterano la lettura da parte dello strumento, le condizioni cliniche nelle quali è indicato e controindicato l'uso del pulso-ossimetro. La previsione di programmi di educazione continua sull'uso della pulso-ossimetria può garantire un'adeguata formazione, consentire una gestione ottimale dello strumento di misura e dei limiti del suo utilizzo, in situazioni cliniche di routine e in emergenza.

### 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

## 57. Glasgow Coma Scale: le conoscenze degli infermieri di area critica

Difonzo Marcello<sup>1</sup>, Marroccoli Giovanni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Bari - Corso di laurea in Infermieristica, <sup>2</sup>ASL di Bari

**BACKGROUND** Le scale di valutazione e gli indici assistenziali sono strumenti utilizzati nella rilevazione di dati clinici di un malato, per definire le sue condizioni cliniche, per valutare i livelli di gravità e i rischi di una patologia. La Glasgow Coma Scale (GCS) è una scala a punteggio utilizzata per valutare lo stato di coscienza di un malato. Lo strumento valuta tre parametri, assegnando un punteggio a ciascuna funzione: apertura degli occhi, risposta motoria e risposta verbale. Lo score totale varia da 3 a 15, i punteggi bassi indicano una riduzione del livello di coscienza. La scala indaga il livello di coscienza (arousal), con l'apertura degli occhi e i contenuti di coscienza (awareness), con la risposta motoria e la risposta verbale. La GCS è semplice, richiede una formazione minima per acquisire la necessaria competenza, e la sua applicazione sul paziente richiede pochi minuti.

**OBIETTIVI** L'obiettivo del lavoro è indagare sulla conoscenza della Glasgow Coma Scale da parte degli infermieri di area critica, per verificare le difficoltà di comprensione e di applicazione di questo strumento in unità operative nelle quali l'uso della scala è parte del processo di assistenza infermieristica.

**METODI** La survey coinvolge gli infermieri dei reparti di neurologia, neurochirurgia e pronto soccorso di un ospedale di III livello, sede di insegnamento universitario. Lo strumento di indagine è un questionario anonimo, autosomministrato, con cinque item, per i dati demografici, e 15 item (risposta chiusa, vero/falso), sulla conoscenza della scala di coma di Glasgow. I risultati sono descritti con la frequenza, assoluta e relativa, di risposta corretta. L'analisi dei dati è realizzata con il test di Kruskal-Wallis, un valore  $p < 0,05$  indica la significatività statistica.

**RISULTATI** I questionari compilati correttamente sono 54 su 68 distribuiti (tasso di risposta = 79,41%). Il primo quesito, "La Glasgow Coma Scale è una scala grafica usata in medicina", evidenzia una percentuale media di risposte corrette (57,41%) minore del 60%, con risultati diversi per i tre reparti (neurologia, 52,38%, neurochirurgia, 68,75%, pronto soccorso, 52,94%). All'affermazione, "La GCS valuta cinque parametri: apertura degli occhi, risposta motoria, risposta verbale, pressione arteriosa, frequenza respiratoria", solo il 42,59% degli infermieri risponde in modo corretto (neurologia, 42,86%, neurochirurgia, 31%, pronto soccorso, 52,94%). All'item, "La GCS valuta anche i riflessi del tronco encefalico", la percentuale di risposte corrette è il 38,89% (neurologia, 33,3%, neurochirurgia, 50%, pronto soccorso, 35,29%). La scala di coma di Glasgow non è sufficientemente indicativa dell'attività del tronco encefalico, perché non prevede la valutazione completa dei riflessi del tronco encefalico. Alla domanda, "La GCS non può valutare il livello di coscienza di un paziente intubato", risponde correttamente solo il 37,04% degli infermieri (neurologia, 47,62%, neurochirurgia, 6,25%, pronto soccorso, 52,94%). Non c'è una differenza statistica significativa tra i tre gruppi di infermieri riguardo alle conoscenze ( $H = 3,19$ ,  $p = 0,20$ ). Sono analizzati gli indicatori di performance del questionario: l'indice di difficoltà (0,64) e l'indice di discriminazione (0,25).

**LIMITI** Lo studio include gli infermieri di area critica di un ospedale di III livello e risente delle caratteristiche e peculiarità di questa struttura. Il questionario è costruito su variabili sensibili descritte in letteratura e non ha carattere di validazione. La ridotta numerosità del campione richiede altre ricerche per approfondire i risultati rilevati.

**CONCLUSIONI** La scala di coma di Glasgow, in unità di neurologia, neurochirurgia e pronto soccorso, è lo strumento più diffuso per valutare pazienti con alterazioni dello stato di coscienza o in coma, per la sua semplicità e riproducibilità. Il numero elevato di malati con alterazioni dello stato di coscienza, gestiti in questi reparti, richiede abilità e competenze adeguate da parte del personale strutturato. I risultati dello studio sono controversi. Le conoscenze degli infermieri, riguardo alle tre componenti della scala di Glasgow, risposta oculare, risposta motoria e risposta verbale, sono imprecise e non adeguate. Inoltre, l'uso di questa scala nella valutazione dei riflessi del tronco encefalico e nel paziente intubato, ricoverato in terapia intensiva, è riconosciuto solo da una minoranza di infermieri. L'inserimento della scala nella cartella infermieristica può rendere più agevole il rilievo dei segni clinici neurologici, convertiti in un punteggio. La previsione di programmi di educazione continua può garantire un uso adeguato della Glasgow Coma Scale e consentire una gestione ottimale di pazienti con alterazioni dello stato di coscienza.

### 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

## 58. Contenzione fisica e chimica in unità di terapia intensiva: indagine multicentrica in tre ospedali

Difonzo Marcello<sup>1</sup>, Marrocoli Giovanni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Bari - Corso di laurea in Infermieristica, <sup>2</sup>ASL di Bari

**BACKGROUND** La contenzione fisica e chimica (farmacologica) è una pratica diffusa nelle unità di terapia intensiva, con differenze importanti secondo il continente e la nazione. I mezzi di contenzione si usano sia per evitare le interferenze con i trattamenti di supporto delle funzioni vitali, indispensabili in un paziente critico, e per prevenire eventi avversi come l'estubazione non pianificata, sia per garantire la sicurezza del malato. La ragione principale per l'uso di contenzione fisica in terapia intensiva è il mantenimento dei dispositivi terapeutici. Il trattamento farmacologico assicura l'analgesia, la sedazione e il trattamento dell'agitazione e del delirio, eventi, questi ultimi, frequenti in terapia intensiva.

**OBIETTIVI** Lo scopo della ricerca è rilevare la pratica nell'uso di mezzi fisici e farmacologici di contenzione da parte degli infermieri di terapia intensiva, evidenziando il tipo di contenzione usata, le ragioni per il suo uso, il monitoraggio, la documentazione, i motivi che giustificano la sua rimozione.

**METODI** Lo studio è una survey trasversale, realizzata in tre ospedali di III livello. Lo strumento di indagine è un questionario, anonimo, autosomministrato, distribuito agli infermieri di terapia intensiva, nel periodo giugno-agosto 2010. Il questionario comprende cinque item, con i dati demografici e 35 item, sulla pratica di contenzione utilizzata nel reparto. Ogni item prevede una scala di risposta a sei punti (mai, raramente, molto raramente, a volte, frequentemente, molto frequentemente), trasformati in valori numerici (1 = mai, 6 = molto frequentemente). Sono calcolati, per ciascun item, il punteggio medio  $\pm$  DS e la frequenza, assoluta e percentuale. L'analisi dei dati è realizzata con il test di Kruskal-Wallis, un valore  $p < 0,05$  indica la significatività statistica.

**RISULTATI** Il tasso di risposta è dell'88,7% (55 questionari completati correttamente su 62 distribuiti). Le terapie di contenzione usate più di frequente sono i legacci ai polsi (100%, 63,16%, 0%), la contenzione chimica con la sedazione (86,95%, 63,16%, 16,67%), i legacci alle caviglie (65,22%, 21,05%, 0%). I mezzi fisici di contenzione sono utilizzati per evitare la rimozione, da parte del paziente, del tubo endotracheale (100%, 89,48%, 7,69%) e del sondino nasogastrico (95,65%, 68,43%, 7,69%). Le alterazioni dello stato di coscienza post anestesia (95,65%, 57,9%, 0%), nel paziente confuso o agitato e irrequieto (86,95%, 89,47%, 7,69%) e dopo overdose da sostanze di abuso (82,61%, 47,37%, 0%) sono motivazioni valide per l'uso della contenzione fisica in due ospedali. Il monitoraggio nel corso di contenzione fisica prevede, con maggior frequenza, la valutazione del bisogno di contenzione (65,21%, 70,58%, 25%), del livello di sedazione (59,09%, 61,11%, 33,33%), il monitoraggio delle aree di pressione (55,22%, 61,12%, 41,67%), dell'allineamento del corpo (56,72%, 50%, 41,67%), dell'impedimento alla respirazione (55,22%, 61,12%, 0%), del colore e della temperatura delle estremità (47,89%, 44,44%, 41,67%). L'uso della contenzione fisica è segnalato raramente nella cartella clinica (mancata segnalazione, 100%, 88,2%, 63,64%), la frequenza di prescrizione medica scritta è bassa (17,39%, 16,67%, 16,67%), più alta la frequenza di prescrizione medica verbale (4,35%, 28,42%, 33,33%). La motivazione più frequente per la rimozione della contenzione fisica è il miglioramento delle circostanze che hanno richiesto il suo uso (73,91%, 66,67%, 54,54%) e la presenza di lesioni in corrispondenza dell'area di contenzione (43,47%, 55,55%, 30%). C'è una differenza statistica significativa nelle pratiche di contenzione tra i tre gruppi di infermieri ( $H = 15,53$ ,  $p = 0,0004$ ).

**LIMITI** Lo studio include le unità terapia intensiva di tre ospedali e risente delle caratteristiche e peculiarità di queste strutture. La ridotta numerosità del campione richiede altre ricerche per approfondire i risultati rilevati.

**CONCLUSIONI** I mezzi fisici e i farmaci, usati come strumenti di contenzione, sono misure adottate comunemente in terapia intensiva, tuttavia il loro uso dovrebbe essere limitato a situazioni cliniche appropriate. La relazione tra l'uso di contenzione fisica e la rimozione dei dispositivi medici, essenziali nel malato critico, è dibattuta e le evidenze scientifiche sull'efficacia della contenzione sono controverse. In questo studio, gli aspetti rilevanti sono la prescrizione medica inadeguata dei trattamenti di contenzione fisica e la tendenza a rimuovere questi strumenti quando migliorano le condizioni cliniche del paziente. La gestione della contenzione da parte degli infermieri presenta una variabilità significativa tra i tre ospedali. È necessaria una maggiore completezza sia della prescrizione medica delle terapie di contenzione, sia della documentazione clinica sugli strumenti e sulla durata della loro applicazione. La previsione di protocolli di reparto per la gestione dell'applicazione e della rimozione dei mezzi di contenzione contribuisce a ridurre il loro uso nel malato critico.

### 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

## 59. Fondi integrativi sanitari (FIS)

Donzelli Alberto<sup>1</sup>, Chadenier Giulia Maria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fondazione Alineare Sanità e Salute, <sup>2</sup>Università di Milano Bicocca

**BACKGROUND** Forze politiche di governo e opposizione, intermediari finanziari, OO.SS., centrali cooperative e molti attori in Sanità chiedono di incentivare i FIS come “secondo pilastro” del SSN.

**OBIETTIVI** Valutare per i FIS: equità, coerenza con gli obiettivi dichiarati (dar sollievo alla spesa pubblica, sostenibilità al SSN, prestazioni di qualità) e ricadute sul consumismo sanitario.

**METODI** Verificare composizione sociale degli aderenti, norme sulle detrazioni, costi di transazione, confronti internazionali sulla spesa sanitaria di paesi OCSE ad alta vs. limitata presenza di FIS/assicurazioni sanitarie.

**RISULTATI** Oggi usufruiscono dei FIS fino a 10 ml di italiani, imprenditori/professionisti/dirigenti/lavoratori e loro familiari. Gli aderenti beneficiano di deduzioni fino a € 3.615/cad., sussidiate con le tasse degli oltre 50 ml di italiani che non ne usufruiscono, tra cui sono ben più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (senza lavoro/precari...). È un'intollerabile iniquità di cui poco si discute. Inoltre la frammentazione in oltre 300 FIS ne indebolisce il potere contrattuale verso i fornitori, e i loro apparati devono gestire milioni di transazioni duplicate e ulteriori (oltre a quelle del SSN) con miriadi di organizzazioni e professionisti sanitari, e i costi connessi che non producono salute. Le prestazioni offerte non sono solo integrative, ma, per più del 50% degli importi, sostitutive di analogo offerta SSN: dunque si tratta di Fondi sanitari/FS più che di FIS. Infine, per sopravvivere e assicurarsi il futuro, i FS tendono a colludere con gli erogatori pagati a prestazione nell'indurre prestazioni non necessarie, che sono comunque fonte di ricavi/guadagni anche per loro. Ciò include il business delle offerte di “prevenzione medica” non validata, fonte di disease mongering per eccellenza. Configurano dunque una nuova categoria di induttori, oltre a quelle strutturali dei produttori di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie, e degli erogatori pagati a prestazione dal SSN o in libera professione. Una prova indiretta del verosimile ruolo di induzione dei FS si ha esaminando la spesa sanitaria pro-capite in PPP\$ dei paesi di Europa occidentale e Nord America. Con poche eccezioni, si dividono in due gruppi in relazione alla spesa sanitaria totale: i paesi con SSN hanno spesa minore, quelli con sistemi assicurativi (mutualistici non profit; o con forte presenza di assicurazioni for profit, come gli USA) hanno più FS e spesa maggiore. Ciò non stupisce, perché i FS nascono proprio per attrarre nuovi finanziamenti e aumentare la spesa sanitaria totale, asserendo di dar “sollievo” alla spesa pubblica (mentre l'obiettivo di produttori ed erogatori è di non fare i conti con la riduzione di prodotti/prestazioni di low value, con perdita dei ricavi connessi). Sembra invece paradossale che i paesi con sistemi assicurativi, in cui oltretutto prevalgono casse mutue/non profit, abbiano una spesa sanitaria pubblica in media maggiore dei paesi con SSN e con meno FS. Si confronti ad es. la spesa sanitaria pubblica pro-capite (OECD Health data 2014): • di paesi con sistemi sanitari assicurativi come Svizzera, Olanda, Austria, Germania, Francia, Belgio, ricchi di FS (in Germania inoltre il 10% della popolazione ha optato per l'uscita dalla copertura pubblica): la spesa varia da 3.317 PPP\$ ai 4.375 (e 4.160 negli USA e 3.224 in Canada, con sistema pubblico ma molti FS) • e di paesi come UK e Spagna con un SSN (almeno prima di recenti controriforme) e come l'Italia, con meno FS. La spesa pubblica di questi è molto inferiore: rispettivamente 2.762, 2.142 e 2.481 PPP\$. • Inoltre in tutti i paesi citati con ampio ricorso ai FS gli aumenti di spesa pubblica pro-capite nel decennio 2003-2012 sono stati dal 45% (Francia) al 130%, contro il 45% dell'Italia. Dunque i FS falliscono proprio uno dei primi obiettivi dichiarati dai sostenitori: contenere la spesa sanitaria pubblica. Il paradosso si può spiegare con l'induzione di prestazioni di low value cui i FS nel complesso concorrono, che influenza anche l'erogazione nel contesto pubblico (indotta da professionisti con doppia afferenza) e la spesa relativa, almeno nel lungo periodo.

**LIMITI** Confronti ecologici.

**CONCLUSIONI** I FIS/FS sono fonte di: 1) grave iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti 2) induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/ticket, ma anche prestazioni di efficacia non provata né probabile 3) preludio, con la crescente offerta di prestazioni sostitutive, alla fuoriuscita dal SSN di chi versa più contributi e in proporzione costa meno (con più costi e meno risorse e protezione per chi resta) 4) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento di quella totale. La libertà di associarsi per ottenere forniture vantaggiose è legittima, ma lo Stato non dovrebbe affatto incentivarla, per le molte gravi ricadute sul bene prezioso di un SSN universalistico.

### Indirizzo per la corrispondenza

Donzelli Alberto, Medico Chirurgo  
ASL di Milano - Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM  
Corso Italia, 19 - 20122 - Milano  
Email: adonzelli@asl.milano.it

## 60. Progetto “Fare di più non significa fare meglio”: oltre ai punti di forza, alcuni rischi e possibili antidoti

Donzelli Alberto<sup>1</sup>, Lafranconi Alessandra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASL di Milano, <sup>2</sup>Università di Milano Bicocca

**BACKGROUND** In analogia all’iniziativa USA Choosing Wisely, in Italia Slow Medicine/SM promuove il progetto Fare di più non significa fare meglio, nella convinzione che l’uso appropriato e senza sprechi delle risorse debba partire dall’assunzione di responsabilità dei sanitari, in alleanza con gli assistiti. Il Progetto prevede che Società Scientifiche/Associazioni professionali esplicitino ciascuna, a partire dalle liste di Choosing Wisely, cinque comuni pratiche, di scarso valore/a rischio di effetti dannosi, su cui avviare anche un dialogo con i pazienti, per facilitare scelte informate e condivise. Anche FNOMCeO e Collegio IPASVI promuovono il Progetto, molte Società scientifiche hanno già aderito, altre stanno per farlo. Il Progetto fa leva su due potenti determinanti dei comportamenti umani, che riguardano anche medici e sanitari: l’etica e il senso di appartenenza. Quest’ultimo agisce con efficacia nelle comunità scientifico/professionali e premia chi si conforma a raccomandazioni formalmente condivise, oltre a offrire copertura medico-legale in possibili contenziosi.

**OBIETTIVI** Segnalare alcuni rischi del Progetto, facendo riferimento agli interessi di salute della comunità e di sostenibilità del SSN.

**METODI** Esempi applicati ad alcune pratiche, analizzate in base alle prove disponibili.

**RISULTATI** Si segnalano due principali rischi: 1. Whitewashing. Se un’iniziativa si afferma e ha successo, è forte la spinta a salire su quel carro. Ciò è un potente catalizzatore di adesioni, ma anche una tentazione per chi voglia accreditarsi come rigoroso riformatore, gattopardi inclusi. Le cinque pratiche indicate da una Società scientifica possono essere lontane dal suo core business e fare una concessione limitata, che però ottiene un effetto d’immagine con ricadute di credibilità anche per tutte le pratiche non incluse nella lista, comprese altre che in base alle prove andrebbero messe in discussione. 2. Formulare raccomandazioni di compromesso (non dichiarato) tra quanto dimostrano le prove e quanto si verifica nella pratica, accreditandole nei fatti come un nuovo standard doppiamente autorevole per i medici, perché formulato dalla Società scientifica di appartenenza e avvalorato da SM. Questo standard non EB rischia di diventare vincolante anche per chi alle prove vorrebbe attenersi (si pensi alla responsabilità medica dopo la “Legge Balduzzi” 189/2012 e al riferimento assolutorio a linee guida/buone pratiche. Queste si caratterizzano non per il fatto di essere evidence based, che consentirebbe a chiunque di discutere con riferimenti oggettivi a prove, a prescindere dal “principio di autorità”; ma per il fatto di essere “accreditate dalla comunità scientifica”). Esempi di questo Rischio: (SIRM) “Non eseguire RM del rachide lombosacrale per lombalgia nelle prime 6 settimane (salvo red flags)...” si lascia interpretare come “va eseguita dalla 7a settimana”. Invece una revisione sistematica e coerenti LG NICE 2014 indicano la RM solo per guidare l’opzione chirurgica, dopo circa un anno di terapie mediche strutturate deludenti. (SIMG) “Non prescrivere antibiotici per infezioni acute delle vie aeree superiori. Valutarne l’opportunità in pz a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori”. Ma nessuno è esente dal rischio di tosse/bronchite. “Non prescrivere di routine IPP a pz senza ulteriori fattori di rischio per malattia ulcerosa”. Ma pochi sono senza tali fattori: per AIFA non gli ultra65enni, maggiori consumatori di IPP; né i portatori di Hp, cioè metà degli italiani. Queste formulazioni legittimano anche prescrizioni indiscriminate. Altre schede presentano problemi simili.

**LIMITI** Assenza di valutazioni quantitative.

**CONCLUSIONI** Si propongono cinque diverse strategie utili a scongiurare i rischi evidenziati. 1) intervenire con competenza e rigore EB, esercitando una funzione di filtro dialettico rispetto alle pratiche proposte 2) chiarire che le pratiche indicate da ogni disciplina non devono per forza essere le più importanti/inappropriate in uso, accettare che possano essere anche meno di cinque e meno centrali, purché EB e senza compromessi 3) Fare ampio uso del termine “almeno”, per distinguere soglie d’inaccettabilità da altro, di cui si può continuare a discutere e da non confondere con un “nuovo standard cui adeguarsi” 4) Aggiungere alle schede commenti o posizioni di SM, o/e di altre organizzazioni qualificate e indipendenti. Ciò darebbe il triplo beneficio di: concorrere a orientare i destinatari dei messaggi; aumentare la qualità delle pratiche indicate, perché le società scientifiche proponenti saprebbero che le indicazioni possono esser messe in discussione; non alimentare la convinzione che gli unici titolati a esprimersi siano gli specialisti della disciplina in causa. 5) Non sollecitare approvazioni nazionali di soglie/raccomandazioni discutibili (in base allo stato delle prove) formulate da una disciplina, che sarebbero identificate come standard da colleghi e magistrati, favorendo la medicina difensiva e frenando realtà più evolute.

### Indirizzo per la corrispondenza

Donzelli Alberto, Medico Chirurgo  
ASL di Milano - Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM  
Corso Italia, 19 - 20122 - Milano  
Email: adonzelli@asl.milano.it

## 61. Proposta per un piano di revisione e implementazione dell'offerta assistenziale odontoiatrica nel servizio sanitario nazionale: 1) progetto sperimentale di riorganizzazione dei servizi odontoiatrici regionali; 2) sviluppo di un programma sociale e sanitario per l'assistenza protesica rivolto alla popolazione in condizione di disagio

Duvina Marco<sup>1</sup>, Polinari Alessia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute – Regione Toscana, <sup>2</sup>AIFA

**BACKGROUND** Nel contesto dell'odontoiatria italiana, caratterizzato da alti costi delle prestazioni, da una spesa odontoiatrica per il 95% out of pocket e da un impegno del SSN limitato esclusivamente ai soggetti in età evolutiva e in condizioni di vulnerabilità, contesto peraltro colpito dalla crisi economica che, ha prodotto un calo delle visite del 23% tra il 2005 e il 2012, la maggior parte delle Regioni ha definito una propria disciplina volta ad ampliare questo ambito di tutela della salute.

**OBIETTIVI** Il nostro lavoro costituisce una proposta per un piano di revisione dell'offerta dei servizi odontoiatrici, oggi caratterizzata da un'organizzazione regionale disomogenea, finalizzato ai seguenti obiettivi: 1) sviluppo di un modello sperimentale di riorganizzazione dell'assistenza e di riesame dei sistemi di finanziamento, fondato sulla selezione delle migliori pratiche riscontrate sul territorio in termini di accessibilità e di sostenibilità; 2) formulazione di un programma socio-sanitario per l'assistenza protesica rivolto alla popolazione in condizione di disagio e previsione dei relativi meccanismi di finanziamento.

**METODI** Nello specifico la revisione della normativa nazionale e delle delibere regionali e lo screening delle best practices dei progetti di odontoiatria regionali degli ultimi 10 anni, hanno dimostrato che i continui tagli subiti dai SSR non hanno impedito alle regioni più virtuose di realizzare programmi efficaci. La formulazione di una proposta di revisione dell'offerta, mediante la predisposizione di linee-guida per la riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica, la rimodulazione dei meccanismi di finanziamento e la riallocazione delle risorse dedicate, si è tradotta nella strutturazione di un modello sperimentale, plasmabile rispetto alla eterogeneità dei bisogni di salute della popolazione, da adottare a cura delle Regioni.

**RISULTATI** La proposta prevede il potenziamento dell'assistenza odontoiatrica pubblica attraverso l'ottimizzazione delle strutture esistenti e l'ampliamento degli istituti della contrattazione, dell'autorizzazione, dell'accreditamento dei professionisti privati per l'erogazione diretta delle prestazioni, sia all'interno che all'esterno del SSN. Promuove inoltre l'apporto del privato in forma indiretta. La realizzazione di tale programma consente di implementare meccanismi di finanziamento capaci di produrre risorse aggiuntive, da destinare, nella seconda parte del presente lavoro, al programma socio-sanitario rivolto alle categorie disagiate. Nello specifico i SSR dovrebbero stipulare accordi con le associazioni di categoria degli odontoiatri e degli odontotecnici al fine di concertare tariffe eque e di favorire l'associazionismo. Il recupero di risorse aggiuntive deriva sostanzialmente: 1) dalle prestazioni odontoiatriche erogate a tariffa dal SSN, in regime istituzionale, di libera professione e di accreditamento; 2) dalle clausole inserite nelle procedure ad evidenza pubblica per l'accreditamento dei professionisti privati e per l'appalto dei laboratori odontotecnici, concernenti rispettivamente l'erogazione di prestazioni gratuite e la fornitura di dispositivi protesici, a titolo gratuito o scontati. La simulazione dei flussi attesi, calcolati sulla base del numero di prestazioni relative ad un periodo di riferimento di una regione benchmark, ha confermato la validità dei meccanismi di finanziamento individuati e dei risultati ottenuti dalle esperienze regionali esaminate.

**LIMITI** In questo contesto in cui la crisi economica ha acuito i problemi di accessibilità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria, sebbene il presente lavoro sia riuscito a formulare un piano di revisione dei servizi odontoiatrici ed un programma socio-sanitario, permangono a livello territoriale quelle disuguaglianze di tipo demografico, epidemiologico, sociale ed economico che, nell'adozione di un modello omogeneo su base nazionale, rappresentano il maggiore ostacolo per il decisore pubblico.

**CONCLUSIONI** In conclusione il presente progetto potrebbe produrre vantaggi per tutti gli stakeholders in gioco: le istituzioni pubbliche, i professionisti privati, i cittadini. Infatti, da un lato, il potenziamento dell'offerta pubblica potrebbe generare un appropriato utilizzo delle strutture esistenti, un più ampio ricorso all'accreditamento, nonché il reperimento di risorse aggiuntive da destinare a progetti sociali; dall'altro l'accreditamento del privato, attraverso l'associazionismo potrebbe produrre incrementi dei bacini di utenza, la realizzazione di economie di scala, la riduzione dei costi delle prestazioni, nonché potrebbe stimolare una maggiore professionalità, aumentare le possibilità di impiego per i numerosi neo-laureati in odontoiatria, favorire l'emersione del sommerso. Tutto questo non può che ripercuotersi positivamente sul miglioramento della sostenibilità dei SSR, ma anche della accessibilità e della tutela della salute dei cittadini, obiettivi che dovrebbero assumere sempre un ruolo centrale nella policy del decisore pubblico.

### Indirizzo per la corrispondenza

Duvina Marco, Odontoiatra  
Università degli Studi di Roma - La Sapienza - Facoltà di Medicina e Odontoiatria  
Piazzale Aldo Moro, 5 - 00185 - Roma  
Email: marcoduvina@hotmail.com

## 62. Il Safety Walkaround: Una tecnica di Risk Assessment per il riordino dell'assistenza sanitaria.

Ferorelli Davide<sup>1</sup>, Zotti Fiorenza<sup>2</sup>, Dell'erba Alessandro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Bari, <sup>2</sup>Regione Puglia

**BACKGROUND** Il Safety Walkaround è un efficace e potente strumento di sviluppo della cultura della sicurezza, oltre che di identificazione dei rischi e degli eventi avversi con derivante adozione di strategie di miglioramento a tutti i livelli delle organizzazioni. Se quindi l'obiettivo primario è la sicurezza del paziente, esso si è dimostrato efficace ed efficiente anche per la migliore allocazione delle risorse umane ed economiche nel contesto delle Organizzazioni Sanitarie.

**OBIETTIVI** Con lo studio in oggetto si intende confermare e validare, mediante l'esperienza diretta in un U.O. di Chirurgia, che le informazioni acquisite durante i "giri per la sicurezza", se analizzate opportunamente, possono creare un circolo virtuoso di informazione – analisi – azione – feedback. Nel contempo, introducendo cambiamenti in favore della sicurezza del paziente, si incrementa la consapevolezza degli operatori in merito ai problemi di sicurezza, riorganizzando altresì l'assistenza sanitaria e ponendo la sicurezza del paziente tra le priorità della dirigenza.

**METODI** Nel Gennaio 2014, in sinergia tra l'Unità di Gestione del Rischio Clinico e l'U.O. Chirurgia Videolaparoscopica del Policlinico di Bari, si sono portati a termine 10 giri proattivi, l'ultimo dei quali nell'Ottobre 2014, coinvolgendo 18 operatori sanitari. In tali incontri sono state condotte delle interviste strutturate volte a verificare la conoscenza da parte degli operatori sanitari dei concetti fondamentali di Rischio Clinico (indicatore di processo). Nei successivi incontri, sfruttando il turn-over del personale, si è verificato il trend di conoscenza dell'indicatore di processo e sono state somministrate le domande previste da Frankel (strumento di indagine). In tutti i Walkarounds sono stati affiancati gli operatori sanitari durante lo svolgimento delle attività di reparto e sono stati raccolti e registrati tutti i suggerimenti in merito agli elementi di criticità e alle eventuali soluzioni. Introiettate le criticità intrinseche al sistema, si sono ipotizzati diversi possibili interventi di correzione da intendere come risultati del lavoro. Ciò è stato reso possibile dalla composizione di un Database elettronico in cui sono state riportate e classificate tutte le risposte. Le criticità sono state categorizzate mediante il modello di Vincent al fine di poter associare a ciascuna problematica una concreta proposta di miglioramento e, nella definizione del piano di intervento, si è stabilito un ordine di priorità mediante l'indice di priorità di rischio (IPR).

**RISULTATI** I principali deficit organizzativi riguardano la gestione delle sale operatorie (14 segnalazioni) che causa un prolungamento della degenza dei pazienti con tutti i rischi ad essa correlati. Tale deficit organizzativo determina indirettamente una non ottimale organizzazione del personale negli ambienti ambulatoriali (8 segnalazioni). Ciò è spesso genesi dell'aumento del tempo di attesa da parte dei degenti con fisiologica nascita di conflittualità tra pazienti ed operatori sanitari. La presenza di un'unica stanza di accettazione (5 segnalazioni) dove vengono effettuati sia i pre-ricoveri sia l'accettazione dei pazienti interessati ai controlli ambulatoriali, oltre al rischio di trasmissione infettiva, può causare difficoltà nella raccolta del dato anamnestico. Il tempo d'attesa in ambienti comuni dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso ed il sovraffollamento del reparto, ancora una volta, favoriscono la trasmissione di agenti infettivi e possono causare un aumento della mortalità ospedaliera (10 segnalazioni).

**LIMITI** La persistenza della cultura della colpevolezza nelle aziende sanitarie italiane è un importante limite, a volte insormontabile, per ciò che concerne la raccolta dei flussi informativi, mentre i limiti economici con cui spesso le Direzioni Sanitarie convivono possono causare una fase di stallo tra richiesta delle Unità Operative ed erogazione.

**CONCLUSIONI** Questo percorso è stato ideato come tecnica di risk assessment volta all'identificazione e alla misurazione del rischio. L'individuazione di indicatori di processo, l'adozione di strumenti di indagine, i risultati del lavoro e specifici indicatori di esito conferiscono una validità scientifica ad una tecnica che negli anni è stata valutata soprattutto in ottica teorica. Si è dimostrato che calendarizzando le sedute operatorie e ottimizzando l'utilizzo dei materiali si riducono i tempi di attesa dei pazienti e tanto contribuisce anche al controllo di infezione. Esito indiretto di tale processo è una fisiologica riduzione della conflittualità tra personale medico e pazienti. Frazionando invece gli ambienti di accettazione e gli ambienti comuni in cui vengono accolti i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e formando i parenti, dedicando loro percorsi specifici, si previene il rischio di infezioni, mortalità e conflittualità, implementando tangibilmente i livelli di sicurezza del paziente.

### Indirizzo per la corrispondenza

Ferorelli Davide, Medico Chirurgo  
Università degli Studi di Bari - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Scuola di Specializzazione in Medicina Legale  
Piazza Giulio Cesare, 11 - Policlinico - 70124 - Bari  
Email: [davideferorelli@hotmail.it](mailto:davideferorelli@hotmail.it)

### 63. Documentazione infermieristica e valutazione della performance assistenziale: un binomio possibile?

Franceschini Cristina, Rossi Alessandra, Luppi Cinzia, Paciotti Monica, Bosco Daniela, Iannicella Anna, Bianconcini Monica

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** Valutare l'appropriatezza e i risultati dell'assistenza infermieristica è una esigenza sia dei professionisti, che dei gestori e non ultimo dei pazienti. Tale esigenza si scontra ancora oggi con la tradizionale impostazione della documentazione assistenziale inadeguata dal punto di vista dei contenuti, del grado di compilazione e di disomogeneità tra le diverse realtà assistenziali aziendali. Alla luce di queste considerazioni, dal dicembre 2012, nell'ambito di un progetto di elaborazione e di implementazione di una cartella infermieristica UNICA di tutta l'area internistico/geriatrica dei nove stabilimenti ospedalieri aziendali, si è avviato lo studio e l'applicazione di indicatori di processo/esito e del relativo sistema di misurazione in grado di documentare la qualità dei processi assistenziali. Inoltre, alcune scale validate inserite nella documentazione, hanno rappresentato l'opportunità per la definizione di profili di rischio (Braden per le lesioni da pressione, Conley per il rischio di caduta e TRST per il rischio di dimissione difficile)

**OBIETTIVI** Definire un data set di indicatori di processo e di Nursing Sensitive Outcome coerenti con i contenuti della documentazione infermieristica ed implementare un'attività di audit utile a realizzare una valutazione della performance assistenziale Coinvolgere i professionisti nel processo valutativo al fine di comprendere le raccomandazioni/standard di riferimento, i propri dati di performance e le possibili variazioni nel tempo sottese ai processi di miglioramento in una prospettiva di benchmarking e di accountability Attivare strategie mirate per migliorare i processi e gli esiti che non esprimono i risultati attesi o accettabili Definire delle ipotesi di sviluppo ulteriore che costituiscano la base di riferimento per il passaggio alla cartella clinica integrata informatizzata e ad un processo valutativo di tipo sistematico

**METODI** Sulla base delle Linee guida Aziendali/Interaziendali e degli elementi contenuti nella documentazione è stata definito un set di indicatori di processo/esito con particolare riferimento alla prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione. Il percorso valutativo è stato condotto in 13 Unità di area internistico/geriatrica dei 9 stabilimenti ospedalieri Aziendali che ad ottobre 2013 avevano già introdotto la nuova documentazione assistenziale. I dati sono stati raccolti attraverso una attività di audit retrospettivo nei mesi di ottobre/dicembre 2013 su un campione significativo di 1048 cartelle di pazienti dimessi in tale periodo. La rilevazione è stata effettuata in 3 momenti distinti per realtà assistenziale, in modo casuale: i primi dimessi di ogni mese sino al raggiungimento del campione richiesto. I dati sono poi stati informatizzati, analizzati e socializzati in ambito aziendale

**RISULTATI** Inizialmente si è valutato il livello di completezza della compilazione delle scale per capire il livello di affidabilità del dato (standard del 90%). Il dato complessivo è stato del 89,7% di completezza: le non conformità riguardavano principalmente la scala TRTS e la scala di Conley con errori di compilazione del totale e degli items. Attraverso la raccolta del punteggio totale delle scale previste per ciascun paziente ricoverato si è potuto definire per ogni Unità coinvolta un profilo di rischio nei diversi setting. Il dato complessivo ha definito una popolazione a rischio di lesioni da pressione (Braden = 18) mediamente pari al 52,6% (range rilevato 35,9-80,3), a rischio di caduta (Conley = 2) al 47,8% (range rilevato 14,1-74,1) e a rischio di dimissione difficile (TRST = 2) mediamente pari al 68,7% (range rilevato 48,7-88,2). Nel 75% delle Unità Assistenziali indagate, il dato incidenza lesioni da pressione, si mantiene al di sotto dello standard regionale (5%) con un dato medio del 2,9%; in quelle che lo hanno superato si sono valutati interventi formativi/organizzativi in base alle criticità emerse dall'analisi degli indicatori di processo. Quest'ultimi in generale hanno espresso un buon livello di performance con livelli di adesione superiori agli 85%-90% escluso il dato medio del 63,2% riferibile alla rivalutazione nei pz a rischio con più di 7 gg di degenza.

**LIMITI** L'indagine retrospettiva sulle cartelle è stata condizionata dal livello di presenza e di attenzione nella compilazione della documentazione assistenziale, che è risultata accettabile ma da migliorare

**CONCLUSIONI** I dati raccolti e le successive valutazioni sono stati la base per procedere ad interventi di miglioramento della pratica assistenziale e ad attività di confronto e rendicontazione con il coinvolgimento e responsabilizzazione dei professionisti. Inoltre hanno costituito una prima esperienza in tema di Nursing Sensitive Outcomes. I risultati e le potenzialità di tale progettualità consentono sviluppi futuri sia nell'informatizzazione della documentazione che nelle pratiche assistenziali nonchè per orientare la formazione continua e realizzare interventi mirati su specifiche criticità

#### Indirizzo per la corrispondenza

Franceschini Cristina, Infermiere  
Azienda USL di Bologna - SATeR - Servizio Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo  
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna  
Email: cristina.franceschini@ausl.bologna.it

## 64. La Formazione dei Team come strumento proattivo nella gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente: esperienze e risultati a confronto

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

*Azienda ULSS n. 9 di Treviso*

**BACKGROUND** La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente si configurano come obiettivi imprescindibili nelle attuali organizzazioni sanitarie, rivestendo un ruolo fondamentale ed importantissimo nell'ambito del raggiungimento della Qualità e dell'Appropriatezza delle cure in Sanità. I modelli organizzativi sono orientati sempre più verso un'attività di team multi-disciplinari e multi-professionali rispetto a modelli pregressi orientati ai singoli professionisti; oggi il team in Sanità rappresenta pertanto una precisa entità su cui riformulare tutta l'organizzazione. La Formazione dei team ha documentato grandi risultati nella Letteratura a livello internazionale (come ad esempio in aeronautica), poiché rispetto a meccanismi di formazione individuale, permette di raggiungere obiettivi ed efficacia delle performance sia in termini quantitativi che qualitativi. Il team, che si differenzia dal gruppo, lavora condividendo esperienze e conoscenze, relazionandosi ed integrandosi per raggiungere obiettivi prestabiliti, nascendo direttamente come un "lavoro di squadra".

**OBIETTIVI** Si intende promuovere ed analizzare la Formazione dei Team a livello multi-disciplinare e multi-professionale in specifici contesti sanitari, rispetto a tradizionali percorsi di formazione. Si è voluto dimostrare che la Formazione dei Team nello sviluppo di nuove procedure, nella gestione proattiva del Rischio Clinico e nella sicurezza del paziente è in grado di essere più efficace ed efficiente, in termini di out-come conseguiti, diminuendo gli eventi avversi ed elevando la qualità.

**METODI** Presso l'Azienda ULSS N. 9 di Treviso, il Servizio Formazione e Aggiornamento, ha sviluppato nel periodo da Gennaio 2014 a Dicembre 2014 diverse tipologie di Corsi finalizzati alla Formazione dei Team. In questo lavoro vengono analizzati tre corsi di formazione relativi all'applicazione efficace delle Check-list in Chirurgia Pediatrica e Vascolare, alla gestione delle procedure nel posizionamento dei CVC e ai processi di Formazione Interdisciplinare per la creazione di team nel dipartimento delle dipendenze patologiche. Tali Corsi hanno rappresentato un interessante modello di applicazione della Formazione dei Team valorizzando soprattutto alcune competenze non tecniche quali il Team-Working e la Comunicazione.

**RISULTATI** La Formazione dei Team ha consentito quindi di promuovere una formazione comune, di condividere obiettivi prestabiliti, di garantire una comunicazione attiva, di riconoscere nelle singole procedure le diverse responsabilità professionali rispetto alle singole fasi. I vantaggi del lavorare in team hanno permesso ai professionisti sanitari, coinvolti in questi percorsi, di migliorare il senso di appartenenza, di responsabilità e di motivazione; si è ottenuto inoltre il trasferimento di competenze, sinergie di risposte, il miglioramento della comunicazione nelle diverse modalità, rapide azioni anche in situazioni di urgenza-emergenza. In termini di ROI (Return of Investment) i costi dei singoli corsi sono stati pressoché trascurabili in quanto ci si è avvalsi di percorsi di Formazione sul Campo oppure si sono utilizzate risorse interne all'Organizzazione ed in particolare al Servizio Formazione ed Aggiornamento con costi pressoché trascurabili anche in riferimento al difficile momento economico Europeo; si sono formati 149 professionisti sanitari con una percentuale di gradimento dell'evento formativo pari al 90%. In termini di risultati conseguiti all'interno dei Team è possibile provare che è diminuita la percentuale di eventi avversi nell'area in cui si è attuata questa tipologia di formazione, innalzando al contempo la qualità e la sicurezza del paziente.

**LIMITI** Non sono stati rilevati significativi limiti ai Progetti Formativi attuati con queste nuove ottiche-metodiche formative.

**CONCLUSIONI** Eseguire investimenti formativi di questo tipo ha permesso di conseguire importanti risultati all'interno dell'Organizzazione Sanitaria, finalizzando e rafforzando l'attività dei Team secondo meccanismi interdisciplinari e complementari che si traducono in una diminuzione considerevole degli eventi avversi, innalzando la sicurezza del paziente e la qualità erogata e percepita, valorizzando inoltre anche i processi comunicativi. Lo sviluppo dei Team, consente di elevare motivazione e responsabilità dei professionisti e di aggiornare i modelli organizzativi rispetto al rapido cambiamento della Sanità.

### Indirizzo per la corrispondenza

Frezza Daniele, Medico Chirurgo  
Azienda ULSS 9 Treviso - Servizio Formazione e Aggiornamento  
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 - 31100 - Treviso  
Email: daniele.frezza1@gmail.com

## 65. L'esperienza di un Progetto di Formazione sull'uso delle check-list, briefing e de-briefing in chirurgia pediatrica e vascolare

Frezza Daniele, Galeazzi Edoardo, Marzaro Maurizio, Serafin Manrica, Antoniutti Martina

*Azienda ULSS n. 9 di Treviso*

**BACKGROUND** Negli ultimi anni in ambito medico si sono sviluppate alcune metodologie finalizzate alla prevenzione degli errori che provengono dal mondo dell'aviazione come il ricorso alle check-list, la segnalazione di eventi avversi, i report di "quasi incidente" (near miss) e ultimamente l'utilizzo sempre più frequente di briefing e de-briefing all'interno delle Unità Operative delle Organizzazioni Sanitarie. Tali strumenti in Aviazione hanno documentato grandi risultati, determinando un cambiamento culturale orientato ad una Gestione Proattiva del Rischio Clinico e mirato alla Sicurezza del Paziente. Con l'introduzione di queste metodologie all'interno delle Organizzazioni Sanitarie (alcune di queste anche già rese obbligatorie con specifiche Raccomandazioni Ministeriali), è possibile determinare un grande cambiamento culturale, organizzativo e di sistema in grado di migliorare notevolmente anche la qualità delle prestazioni sanitarie erogate. Molti sono gli elementi e le variabili che accomunano il mondo aeronautico con quello sanitario come ad esempio il fatto che sono entrambi sistemi complessi, che è a rischio la salute di terze persone, che l'errore non è rimediabile, che è sempre più alta la presenza di tecnologie, che il lavorare in Team fa la differenza, che serve ordine e metodo in tutte i processi e che la formazione gioca un ruolo fondamentale all'interno di queste Organizzazioni.

**OBIETTIVI** Sviluppare un progetto di formazione capace di valorizzare l'uso delle check-list all'interno di Specialità Chirurgiche ad elevata complessità e delicatezza (Chirurgia Pediatrica e Vascolare) proponendone quindi l'utilizzo non come strumento burocratico da compilare, bensì valorizzandone il vero significato in modo tale da poter sviluppare una barriera nella gestione proattiva del rischio clinico, in grado di potenziare e sviluppare due importanti Non Technical Skills: la comunicazione ed il lavoro in Team. Promuovere, attraverso percorsi formativi, l'importanza di briefing e de-briefing all'interno di contesti ad elevata complessità chirurgica favorendo e migliorando la sicurezza del paziente, determinando un passaggio culturale di elevata importanza all'interno del Sistema.

**METODI** Il percorso di formazione è stato realizzato nel mese di Dicembre 2014, su specifica richiesta delle UOC di Chirurgia Pediatrica e Vascolare presso la Ulss N. 9 di Treviso, relativamente ai modelli di Risk Management utilizzati in aeronautica ed applicati attualmente in ambito sanitario, con descrizione delle similitudini che legano due contesti così complessi. Il corso ha inoltre previsto spiegazioni dettagliate relative alle origini delle check-list ed al loro uso ottimale anche in relazione al lavoro in Team. Si è inoltre pensato di dedicare una parte dell'intervento formativo su alcune metodologie ampiamente consolidate in aviazione come briefing e debriefing.

**RISULTATI** Il corso di formazione realizzato si è dimostrato in grado di elevare l'adesione alla corretta compilazione delle check-list ed introdurre un briefing preoperatorio e un debriefing post operatorio. Al percorso formativo hanno partecipato i Medici Chirurghi delle Unità Operative di Chirurgia Pediatrica e Vascolare e gli Infermieri che lavorano nelle Sale operatorie, per entrambe le specialità. I Professionisti Sanitari che hanno partecipato al corso, oltre ad aver espresso un'elevata percentuale di gradimento, hanno riconosciuto l'importanza di dover ampliare le proprie conoscenze orientandosi verso una nuova cultura della sicurezza volta ad una Gestione proattiva del Rischio Clinico, superando la visione iniziale di un obbligo compilativo della Check list e compartecipando la necessaria implementazione dei modelli di formazione dei team con l'introduzione inoltre di momenti di briefing e debriefing nelle procedure operatorie. È stata quindi richiesta la possibilità, da parte dei partecipanti che si sono sentiti quindi molto motivati, di poter approfondire tale modulo con un ulteriore corso orientato anche alla specifica formazione delle Non Technical-Skills.

**LIMITI** Non sono stati rilevati significativi limiti.

**CONCLUSIONI** L'intervento formativo realizzato ha portato ad un momento di approfondimento all'interno dell'Organizzazione Sanitaria volto sempre di più verso una cultura della sicurezza in Chirurgia Pediatrica e Vascolare con un uso perciò molto più consapevole e contestualizzato delle check-list, in grado di fungere da barriera, nella prevenzione degli eventi avversi. Avendo favorito ed ottimizzato la formazione relativa all'uso delle check-list assieme all'uso quotidiano di briefing e debriefing, si è contribuito a generare un'apertura verso la cultura della sicurezza del paziente e nella gestione proattiva del rischio clinico a livello capillare, favorendo e valorizzando notevolmente anche il lavoro in team dei professionisti sanitari che lavorano in specialità così delicate.

### Indirizzo per la corrispondenza

Frezza Daniele, Medico Chirurgo  
Azienda ULSS 9 Treviso - Servizio Formazione e Aggiornamento  
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 - 31100 - Treviso  
Email: daniele.frezza1@gmail.com

## 66. Ruolo sanitario nell'Accoglienza alla Persona: vittime fragili - L'Ospedale Evangelico Internazionale (O.E.I.)

Fulgheri Marinella, Parodi Alessio, Oliveri Caviglia Barbara, Lapolla Antonio

*Ospedale Evangelico Internazionale di Genova*

**BACKGROUND** Background: Costituito a Genova nel 1856 da comitato promosso dalle Chiese Evangeliche allora presenti in Genova, l'OEI fu fondato nel giugno 1857. Il profondo radicamento nella Città, il superamento e mutamento in positivo, delle motivazioni originarie della fondazione, trovano riscontro in attuale integrazione gestionale: attenzione ed interesse indirizzata all'Accoglienza al Paziente che accede in luogo di Cura, nel rispetto della Persona. Prerogativa storica il contributo offerto anche dalle Associazioni di Volontariato ospedaliero, con scopo di mantenere continuo lo spirito di solidarietà, gratuità come testimonianza del voler relazionare con l'Utenza: valore aggiunto, che solo la presa in carico dal punto di vista emozionale può concretizzare in occasione di ingresso in Ospedale: obiettivo portare sollievo in situazioni di sofferenza. Accoglienza, parola amica come base del rapporto con la Persona/Paziente. Nel contesto si inserisce l'attenzione dell'OEI contro la violenza/maltrattamento relazionale, di notevole attualità sociale.

**OBIETTIVI** Obiettivi: Gli Ospedali come luoghi nei quali accogliere la sofferenza, nominare la violenza, spesso per la prima volta. Interesse primario garantire il diritto ad immediato soccorso in luogo dove Operatori sanitari competenti, sappiano curare dal punto di vista clinico/assistenziale, altresì garantiscano Accoglienza Ascolto Comprensione. L'impegno più diretto degli Operatori, può favorire l'emersione del fenomeno, la presa in carico, il contrasto/prevenzione al fenomeno.

**METODI** Metodi: Sulle basi storiche di sensibilità sanitaria all'Accoglienza volta alla Cura alla Persona nell'interesse, OEI percorre progettualità di ricerca-intervento, in Area Materno Infantile: -Accoglienza alla genitorialità, presa di coscienza del futuro genitore, percorso di accompagnamento alla nascita, sostegno delle nuove relazioni all'interno del nucleo familiare; -Progetto Finestra Rosa, con finanziamento Otto per Mille 2014 della Chiesa Valdese che sostiene progetti contro la violenza sulle donne, la discriminazione, il femminicidio, si propone offerta di Ascolto Psicologico verso la via d'uscita dal fenomeno violenza, di sostegno per le vittime di violenza sessuale e/o maltrattamento relazione che accedono alle Strutture sanitarie OEI, Pronto Soccorso, degenza, ambulatorio e che con sensibile in-formata attenzione sanitaria, siano Accolte; -sottoscrizione ed Adesione all'Accordo interistituzionale Tavolo Amaltea, con impegno ed indirizzi a sostegno fragilità dei minori estesa anche all'argomento violenza di Genere/relazionale, adesione ad aggiornamento del Protocollo unificato per la Gestione in urgenza delle Vittime di sospetta violenza ARS -Liguria, diminuendo la frammentarietà del percorso ed in maggiore coordinamento con i Servizi Territoriali di tutela (Direzione Politiche Sociali Comune di Genova) Attività di In-formazione quali Assistenza alla Maternità fragile, a favorire legame di sicurezza emotiva tra neogenitori e bambino, "Dalla parte delle donne: tutela ed assistenza nei casi di violenza. Aspetti Clinici Psicologici e Medico Legali – 2013 e 2014: fornire opportune conoscenze e competenze finalizzate al corretto approccio professionale di Accoglienza nel maltrattamento

**RISULTATI** Risultati: Promozione di percorso di ricerca/offerta di aiuto, fondamentale per l'intercettazione di situazioni di maltrattamento e abuso; costruire percorsi di Accoglienza alla Persona, di sensibilizzazione all'individuazione del fenomeno, di contrasto alla solitudine, all'isolamento e disagio subito dalla vittima, precludendosi la possibilità di chiedere aiuto: è indispensabile la conoscenza, l'in-formazione, la formazione delle Figure sanitarie e non sanitarie. Con gli operatori/volontari, previsti incontri di ritorno, di confronto, non esaurendosi l'Attività unicamente in adempimenti di compiti di supporto, ma come fase di accrescimento reciproco

**LIMITI** Limiti: Ben integrandosi nella collaborazione richiesta dagli Organismi esterni, forza e limite è la capacità di mettersi in Rete con Istituzioni tutela: Forze Ordine, Autorità Giudiziaria, Centri Antiviolenza, Consulitori et al. Sensibilizzazione Operatori in-formati: è richiesta attenzione sensibile

**CONCLUSIONI** Conclusioni: Il "ruolo sanitario" è, vuole essere supporto agli Operatori; rivolto ad interpretare l'esigenza di ascolto della vittima, di orientamento verso i Servizi di tutela psico-fisica e tutela giuridica, in sinergia, integrazione di azioni con Enti territoriali di riferimento, con Accoglienza orientata per richiesta celata di aiuto: riconoscere i segnali per sostenere. L'organizzazione siffatta, contribuisce altresì alla stima del fenomeno, alla richiesta in termini di prestazioni sanitarie correlate, base per la messa in atto delle necessarie azioni di prevenzione e contrasto, nonché ad eventuali azioni correttive di ciascuna organizzazione sanitaria e di iter procedurale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Fulgheri Marinella, Medico Chirurgo  
Ospedale di Genova-Voltri - San Carlo - Direzione Medica  
Piazzale E. Gianasso, 4 - 16158 - Genova  
Email: [marinella.fulgheri@oeige.org](mailto:marinella.fulgheri@oeige.org)

## 67. Metodologia di progettazione di un setting ospedaliero per intensità di cura: l'esperienza del presidio ospedaliero di Susa (TO)

Giacometti Marika<sup>1</sup>, Minniti Davide<sup>2</sup>, Mura Vittorio<sup>2</sup>, Passi Stefano<sup>1</sup>, Siliquini Roberta<sup>3</sup>, Cosenza Gaetano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Torino, <sup>2</sup>ASL TO3, <sup>3</sup>Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche - Università degli Studi di Torino

**BACKGROUND** Al fine di garantire una più adeguata risposta ai bisogni di salute dei pazienti, negli ultimi anni la politica di programmazione sanitaria ha posto come obiettivo strategico il modello di riorganizzazione ospedaliero per intensità di cure. Suddetto modello assistenziale, che si inserisce nei requisiti di efficienza e di appropriatezza, ha come finalità il superamento del principio di contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica verso il nuovo presupposto della similarità dei bisogni e delle intensità di cure richieste. Tutto ciò si realizza attraverso la creazione di un percorso diagnostico-terapeutico unico articolato sui diversi livelli di complessità clinica ed assistenziale.

**OBIETTIVI** Obiettivo del lavoro è la descrizione della riorganizzazione ospedaliera per intensità di cura, fondata su requisiti di efficienza e di appropriatezza, realizzata presso l'ospedale di Susa (ASL TO3-Regione Piemonte) presidio che rappresenta il riferimento sanitario principale per un territorio montano estremamente vasto e di alta complessità.

**METODI** Il progetto si è articolato attraverso il seguente piano di azioni integrate: • Analisi sistematica della letteratura scientifica delle realtà ospedaliere nazionali • Creazione di gruppi operativi suddivisi per area di interesse (es. analisi dati, aree specialistiche, monitoraggio flussi) • Studio pilota di fattibilità organizzativa mediante analisi degli output di attività (es. indicatori storici, volumi di attività) e di complessità clinico-assistenziale per intensità di cura mediante l'esecuzione di un Triage da Corridoio attraverso schede N.E.W.S (National Early Warning Score) e I.D.A. (Indice di Dipendenza Assistenziale). • Elaborazione protocolli e percorsi formativi per operatori sanitari

**RISULTATI** I volumi attività (2012) presso l'ospedale di Susa (76 posti letto) si caratterizzano per 3086 ricoveri di cui il 29% in Medicina (M), il 23% in Ortopedia (O), il 20% in Chirurgia (C), il 18% in ostetricia e ginecologia (OG) e il restante 10% in reparti minori. Il tasso di occupazione letti raggiunge il valore massimo in M (98.9%) e la degenza media varia in un range da 3.7 (OG) a 6.8 (M). I pazienti ricoverati sono risultati collocabili nel 51% dei casi nella bassa, nel 39% nella media e nel 10% nell'area di alta intensità.

**LIMITI** Il progetto si trova nella fase di rimodulazione delle aree di degenza ospedaliera.

**CONCLUSIONI** Nell'anno successivo si effettuerà un monitoraggio degli indicatori di efficacia ai fini di fornire una valutazione complessiva del progetto.

### 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

## 68. A che ora è la consulenza

Gorelli Juri, Gallorini Antonella

*Azienda Ospedaliero Universitaria Senese*

**BACKGROUND** Nel nostro reparto avevamo un grosso problema, dato dalla difficoltà a mantenere traccia degli appuntamenti presi per le consulenze specialistiche, mediamente saltavano /43 consulenze al mese con una punta di 10/15 consulenze saltate nel mese di Luglio 2013, tale problema portava ad un 'aumento della degenza di 2/3 gg.

**OBIETTIVI** È stato quello di trovare una soluzione utile e semplice da mettere a disposizione di tutto il personale del reparto. riduzione della permanenza pre- dimissione causata dalla mancata esecuzione della consulenza programmata zero consulenze saltate

**METODI** Abbiamo Utilizza La metodologia Lean, tramite il Visual Management, Installando nelle nostre due infermerie due grandi pannelli con il giorni della settimana e tutto il personale Medico, infermieristico e di supporto scrive le consulenze. Abbiamo attuato un piano di implementazione :

**RISULTATI** Nel primo anno di attività abbiamo ottunuto una riduzione di oltre il 90% delle consulenze saltate, inoltre l'utilizza dei pannelli è stato utile anche per altre informazioni utili per il paziente, tipo se è allegico, se deve fare diete particolari ecc

**LIMITI** Il limite maggiore è stato che con il passare del tempo l'attezione si è abbassata, quindi siamo stati costretti a ripuntualizzare il problema con tutto il personale

**CONCLUSIONI** l'aver inserito i cartelloni nelle infermerie è stato molto utile non solo per aver apportato uan riduzione presso che totale delle dimenticaza delle consulenze, ma anche perchè a messo in moto un sistema molto semplice di informazioni sempre disponibili dei nostri degenti , riuscendo a coinvolgere tutto il personale di reparto.

## Indirizzo per la corrispondenza

Gorelli Juri, Infermiere

Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - U.O.C. Rianimazione Generale

Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena

Email: j.gorelli@ao-siena.toscana.it

## 69. Valutazione HTA dell'indagine di colonscopia virtuale eseguita con TC 16 slices versus 64

Grosso Marco<sup>1</sup>, Scardino Matteo<sup>1</sup>, Martino Alessandro<sup>1</sup>, Giacometti Marika<sup>2</sup>, Minniti Davide<sup>3</sup>, Gallo Teresa<sup>4</sup>, Cirillo Stefano<sup>4</sup>

<sup>1</sup>AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, <sup>2</sup>Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Torino, <sup>3</sup>ASL TO3, <sup>4</sup>Azienda Ospedaliera Mauriziano di Torino

**BACKGROUND** Negli ultimi anni si è affermato l'utilizzo di una nuova metodica radiologica: la Colonscopia virtuale (Colonografia -TC), che si prefigge di essere un test ad elevata accuratezza diagnostica, quasi comparabile a quella della colonscopia convenzionale, accompagnata ad un maggior gradimento da parte del paziente, in quanto meno invasiva. Per lo svolgimento dell'esame le evidenze della letteratura impongono l'utilizzo di un tomografo TC almeno a 16 slice.

**OBIETTIVI** Obiettivi dello studio in oggetto sono: la valutazione delle evidenze scientifiche relative alle tecnologie scelte al fine di confrontare il tomografo TC a 16 e 64 slice in termini di appropriatezza, costo-efficacia e sicurezza. Per rispondere a questo quesito, il lavoro si è articolato attorno alla seguente research question: qual è l'evidenza scientifica relativa all'accuratezza diagnostica ed alla sicurezza delle due apparecchiature Colon-TC, tra loro comparate per lo studio del tumore del colon?

**METODI** È stata condotta una revisione sistematica della letteratura con le seguenti parole chiave: Virtual colonoscopy, efficacy and virtual colonoscopy. I dati ottenuti hanno permesso di quantificare l'efficacia della metodologia Colon-TC e di confrontare tra loro i due macchinari oggetto dello studio. Sono stati consultati 73 studi tra i quali sono stati selezionati quelli più recenti e che hanno permesso di ottenere i risultati più significativi.

**RISULTATI** Dalla revisione della letteratura è emerso come l'esito dell'esame eseguito con le due macchine oggetto di valutazione è sovrapponibile in termini di efficacia diagnostica, sensibilità e specificità. I dati relativi ai costi fissi sono stati ottenuti attraverso una scheda di rilevazione appositamente strutturata che è stata applicata alla documentazione relativa ai flussi economici. Tali informazioni sono state fornite dalla Direzione dell'A.O. "Ordine Mauriziano di Torino" e dalla Struttura di Radiodiagnostica. Il costo totale per ogni Colon-TC eseguita è di € 198,55 per entrambi i tomografi TC. Pertanto, considerata l'equivalenza di spesa, è stato necessario valutare il costo relativo all'acquisto del macchinario TC. Quindi, dimostrata la parità di efficacia, sicurezza della procedura e costo fisso dell'esame, risulta più appropriato utilizzare un tomografo a 16 slice per l'esecuzione degli esami TC del Colon.

**LIMITI** Il limite dello studio consiste nel non aver coinvolto più servizi di radiologia data la difficoltà di individuare Istituti in possesso di entrambe le apparecchiature e con esperienza nell'esame oggetto di indagine.

**CONCLUSIONI** La valutazione delle tecnologie di Diagnostica per Immagini rientra nel processo dell'Health Technology Assessment e prevede un'analisi sistematica e comparativa dei programmi sanitari. Lo scopo è quello di fornire ai decisori le prove scientifiche che consentono di intraprendere le scelte migliori in termini di efficacia, efficienza ed equità all'interno dei contesti sanitari aziendali, regionali o nazionali, anche per rispondere in maniera appropriata alla crescente domanda di salute e alla continua disponibilità di nuove tecnologie, a fronte di limitare le risorse economiche. In particolare si osserva come nell'ottica dell'acquisizione di un apparecchiatura TC in un servizio di radiologia che volesse specializzarsi nello studio del colon attraverso colonografia TC, i sistemi TC 16 slices rappresentino il gold standard.

### Indirizzo per la corrispondenza

Grosso Marco, Tecnico sanitario di radiologia medica  
Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino  
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino  
Email: mgrosso2@gmail.com

## 70. Meno attese in Pronto Soccorso

Guercini Jacopo, Caterina Bianciardi, Lucia Bellandi, Vincenzo Mezzatesta

*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** Da Luglio 2012 la direzione dell'AOU Senese ha adottato la strategia gestionale del Lean Thinking (letteralmente pensiero snello). L'ambito del primo progetto realizzato in AOU Senese è stato il Pronto Soccorso (PS) che gestisce circa 50.000 pazienti all'anno ed è collocato all'interno del DEA (Dipartimento Emergenza Accettazione). È strutturato in 2 postazioni per i codici ad alta gravità e 2 ambulatori per i codici minori; la shock room può ospitare fino a 4 pazienti contemporaneamente per rispondere alle esigenze dei circa 1.800 codici rossi annui.

**OBIETTIVI** Il tempo in Pronto Soccorso deve essere impiegato in modo razionale perché pochi minuti possono mettere in pericolo una vita. Tali aree sono state storicamente caratterizzate da fenomeni di congestionamento e da conseguenti lunghi tempi di attesa e trattamento per i pazienti in ingresso. L'obiettivo principale del progetto è stato quello di impattare sulla variabile tempo, con alcune specifiche finalità: incrementare il valore per il "cliente", dove il valore è stato sostanzialmente misurato dal tempo trascorso da un paziente all'interno del PS ricevendo cure; migliorare i processi identificati come contributori alla creazione di valore eliminando i colli di bottiglia, nonché tutte le attività generatrici di spreco; promuovere ed implementare un set di principi e strumenti chiave della filosofia Lean ai fini della successiva estensione del metodo ad altre aree aziendali.

**METODI** Ai fini degli obiettivi sopra indicati, è stato deciso di adottare il metodo Lean come strumento di lavoro. In particolare, le tecniche più utilizzate sono di seguito descritte. Value Stream Map – sono stati seguiti più di 30 pazienti nel loro percorso di PS ai fini della realizzazione della mappa dello stato corrente (VSM current state). Successivamente si è passati alla rappresentazione dello stato futuro (future state) tramite una serie di incontri di problem solving con i diversi professionisti coinvolti. Spaghetti Chart – tecnica utilizzata per analizzare e ridurre gli spostamenti all'interno di alcune aree e di alcuni processi ritenuti critici. One Piece Flow – si è passati da una gestione a lotti ad una gestione snella per il flusso dei pazienti tra PS e Radiologia dedicata. Standardizzazione - metodologia è stata utilizzata per stabilizzare alcune pratiche organizzative operatore-dipendenti che causavano output variabili in termini di tempistiche. 5S e Visual management – La tecnica delle 5S è stata utilizzata per riorganizzare le 13 diverse aree di stoccaggio materiali all'interno del PS (inizialmente gestite con modalità variabili). Il Visual Management è stato utilizzato per strutturare dei pannelli di monitoraggio visivo dello stato di avanzamento del percorso dei pazienti presenti.

**RISULTATI** L'applicazione delle tecniche Lean al PS ha prodotto risultati significativi: • Riduzione del 17% del lead time medio dei pazienti ortopedici in PS; • Riduzione del 18% del lead time medio dei pazienti in Radiologia; • Riduzione del 12% del tempo non a valore aggiunto (spreco) per turno dei professionisti; • Riduzione del 20% dei metri percorsi per turno dal personale di supporto (OSS); • Creazione di 6 SOP (standard operating procedure) • Formazione di 60 persone sui principi Lean. Dedicare più tempo ad attività a valore significa erogare un servizio di maggiore qualità e maggiori livelli di sicurezza, garantendo minori tempi di attesa per i pazienti coinvolti e per quelli in attesa. Queste considerazioni servono per sottolineare come il solo dato tecnico non sia sufficiente per esprimere il risultato multidimensionale ottenuto.

**LIMITI** Trattandosi della prima applicazione di principi e strumenti derivanti dal mondo manifatturiero è stata riscontrata inizialmente una diffidenza da parte degli operatori coinvolti. Questi, scarseggiando di fiducia, hanno preferito osservare il progetto dall'esterno, lasciandosi coinvolgere in maniera sporadica. È stato necessario superare tali circopezioni dimostrando la bontà della filosofia e mostrando piccole ma immediate soluzioni in grado di generare benefici tangibili per i dipendenti. Si è inoltre riscontrata più volte la convinzione che gli ingressi in PS rappresentassero un fattore critico per il progetto in quanto completamente imprevedibili. L'analisi dei trend in ingresso mostra in realtà che il fenomeno analizzato è sottoposto a fluttuazioni, ma la frequenza con cui queste si presentano è spesso la stessa e quindi prevedibile.

**CONCLUSIONI** In ambito sanitario il metodo Lean è in grado di offrire un supporto quotidiano per il conseguimento del Continuous Improvement, attraverso una perfetta combinazione fra l'approccio tradizionale nella cura del paziente ed il rigore metodologico volto all'erogazione efficace e snella dei servizi. È possibile affermare che il progetto ha reso possibile la razionalizzazione delle attività, volta ad incrementare sia il valore percepito dal paziente (tramite la riduzione dei tempi di attesa) che il valore per chi genera il servizio (l'Ospedale).

### Indirizzo per la corrispondenza

Guercini Jacopo, Ingegnere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Ufficio Lean  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: j.guercini@alice.it

## 71. Snellire il sistema degli approvvigionamenti: il metodo “Kanban”

Guercini Jacopo, Caterina Bianciardi, Lucia Bellandi, Vincenzo Mezzatesta, Daniele Lenzi, Eleanna Di Girolamo

*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** Da Luglio 2012 la direzione dell’AOU Senese ha adottato la strategia gestionale del Lean Thinking (letteralmente pensiero snello). Raggiunti certi livelli di performance interne, è necessario estendere i principi snelli all’intera catena del valore: da qui nasce l’iniziativa denominata Lean Supply Chain. Gestire le scorte significa controllarne i quantitativi disponibili e decidere quanto e quando ordinare. Dal momento che le scorte costituiscono una delle risorse più costose, arrivando a rappresentare in alcune aziende fino al 40% del capitale investito, è necessario definire e strutturare una buona politica di gestione.

**OBIETTIVI** Spesso il magazzino sembra un ambiente dai flussi semplici e lineari: in realtà ci sono molte attività che non aggiungono valore ai professionisti: la ricerca dei materiali all’interno di un layout poco razionale; le attività di conteggio manuale delle scorte ai fini dell’emissione di nuovi ordini; la presenza di articoli obsoleti che occupano spazio; errori di ricevimento merci; movimentazioni difficoltose; spazio inoccupato od occupato male. L’obiettivo di questo Progetto è la drastica riduzione di questi Sprechi tramite l’adozione di tecniche snelle per la gestione degli approvvigionamenti dei farmaci; si stima a regime una riduzione del 20% del materiale in giacenza.

**METODI** Il Progetto ha visto una prima fase in cui è stato descritto l’intero flusso di erogazione del servizio - dal momento dell’emissione dell’ordine al momento del consumo del farmaco - tramite la tecnica del Value Stream Mapping. Tale analisi ha visto coinvolti i referenti dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese insieme a quelli dell’Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta Sud Est (ESTAV Sud Est). Dalla Value Stream Map è emersa la necessità di gestire gli approvvigionamenti dei farmaci dai reparti ospedalieri alla farmacia secondo una logica basata sull’effettiva necessità e non sulle previsioni. Nella pratica, questo significa avviare il processo di approvvigionamento al momento in cui si rileva un effettivo fabbisogno (logica pull) e non prima che questo si manifesti (logica push). Operativamente questo si concretizza con l’implementazione del metodo kanban. “Kanban” è un termine giapponese che significa “cartellino” e che permette di effettuare in maniera efficiente il reintegro del materiale man mano che questo viene consumato, riducendo notevolmente il volume delle scorte. Sono individuati 3 Progetti pilota che hanno visto coinvolti reparti diversi (Medicina d’Urgenza, Cardiologia e Galenica) con modalità operative diverse. Per la definizione degli articoli ed il calcolo delle quantità è stato creato un gruppo di lavoro costituito da coordinatori infermieristici, referenti della farmacia, referenti ESTAV ed Ufficio Lean.

**RISULTATI** I principali vantaggi riguardano l’eliminazione di stoccaggi duplicati dello stesso prodotto, la diminuzione delle scorte, l’adozione della logica FIFO (First In First Out) per il consumo dei farmaci e l’eliminazione degli scarti per scaduti. In particolare, si è misurata una riduzione dell’indice di rotazione da 1.6 ad 1.18 per il Paclitaxel, da 1.5 a 1.2 per il Rinotecan etc. Il grande risultato tangibile per i professionisti (infermieri e coordinatori) che si dedicano alla gestione delle scorte in reparto consiste nella riduzione del tempo non a valore aggiunto. All’interno del progetto attivato in Galenica, si è registrato un recupero medio giornaliero di 40 min. ad operatore: tale tempo può quindi essere impiegato per generare valore tangibile dal cliente, sia questo un paziente che un reparto dell’Azienda. Con il sistema a regime, i vantaggi saranno amplificati a livello aziendale e misurabili anche per l’ESTAV che vedrà ridursi le proprie scorte e la ricezione di ordini urgenti da parte dei reparti ospedalieri.

**LIMITI** Affinché il sistema venga implementato nella sua interezza è necessaria la sua estensione a livello sempre più ampio: inizialmente in Azienda, successivamente nell’Area Vasta ed infine nella Regione Toscana. Questo necessita un investimento di tempo e gruppi di lavoro ben orientati verso una soluzione che necessariamente dovrà essere standardizzata tra realtà che operano secondo consuetudini ormai radicate da tempo. L’altro limite è dettato dalla variabilità di prodotti che possono essere utilizzati all’interno dei reparti. Il metodo non funziona bene con prodotti che vengono ordinati sporadicamente nel corso dell’anno.

**CONCLUSIONI** La gestione delle scorte costituisce un argomento di particolare interesse dal momento che le scorte costituiscono una delle risorse più costose. A questo aspetto puramente economico va sommata la considerazione che per erogare un servizio di qualità in sicurezza è necessario che i professionisti dedichino il loro tempo solo per le attività che generano valore per il paziente, e non per rispondere agli Sprechi.

### Indirizzo per la corrispondenza

Guercini Jacopo, Ingegnere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Ufficio Lean  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: j.guercini@alice.it

## 72. Sviluppo del ruolo del Pronto Soccorso nei percorsi di integrazione socio-sanitaria per il contrasto delle disuguaglianze.

laboli Luca, Sarno Domenico, Damen Viola

AUSL di Modena

**BACKGROUND** La relazione tra stato socio-economico e salute è stretta: le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate si ammalano di più e muoiono prima di chi ha una posizione sociale privilegiata. Per questa stretta relazione è esperienza frequente del medico il farsi carico dell'assistenza di soggetti in condizione di fragilità sociale. Il Pronto Soccorso (PS) in particolare, porta di ingresso dell'ospedale, ampiamente usato, sempre aperto, facilmente accessibile, disponibile per legge a chiunque voglia essere visitato, oltre ad essere il luogo adatto a trattare patologie acute, è anche un osservatorio per evidenziare la correlazione tra problemi sociali e sanitari e può cogliere l'occasione della richiesta di una prestazione sanitaria per indirizzare i pazienti che lo richiedono verso i servizi presenti sul territorio.

**OBIETTIVI** In questo contesto l'obiettivo di questo progetto è quello di investigare il beneficio potenziale associato con l'indirizzare persone "socialmente svantaggiate" verso servizi territoriali esistenti da parte del personale del PS adeguatamente formato con protocolli dettagliati e assistito da un software specificamente modificato. Così facendo ci proponiamo di migliorare il percorso degli utenti che si rivolgono in PS indirizzandoli verso un servizio appropriato.

**METODI** All'arrivo del paziente in 3 PS dell'AUSL di Modena (Carpi, Vignola o Pavullo), grazie ad una modifica del software in uso, oltre alle valutazioni normalmente effettuate nel corso dell'accettazione/triage, è inclusa una valutazione delle possibili problematiche sociali. Il personale, precedentemente formato, include il paziente nel campione se vengono riscontrate una o più delle successive problematiche sociali: 1. difficoltà socio-economica 2. violenza donne 3. abuso sostanze 4. gioco d'azzardo patologico 5. straniero senza permesso di soggiorno 6. disagio psichico 7. salute sessuale/relazionale. Nel corso della visita, il medico ha la possibilità di includere (o, se necessario, escludere) un paziente sulla base di informazioni rilevanti (dall'anamnesi raccolta, dall'esame obiettivo o dal risultato di test di laboratorio). Nel caso venga riscontrata una problematica sociale e il paziente sia dimesso, se lo desidera vengono stampate sul referto di PS tutte le informazioni rilevanti (numero di telefono, indirizzo, orario di apertura/chiuso) delle strutture territoriali che possono occuparsi della problematica identificata. Al paziente viene chiesto se è a conoscenza o meno della struttura indicata. In un campione di convenienza (paziente dimessi dal PS di Pavullo in 6 mesi consecutivi che hanno accettato l'intervento) è stato effettuato un follow-up telefonico per capire il percorso del paziente e il gradimento dell'intervento (molto utile/utile/inutile).

**RISULTATI** In 8 mesi di studio il campione comprende 185 pazienti dimessi dai PS cui è stata proposta l'informazione. Tra questi, il 70% (131/185) ha accettato l'informazione. Si tratta di pazienti con 1. difficoltà socio-economica nel 17,45% (23/131) 2. violenza subita nel 29,5% (39/131) 3. abuso di sostanze nel 3,8% (5/131) 4. gioco d'azzardo patologico nello 0,8% (1/131), 5. stranieri senza permesso di soggiorno nel 3,8% dei casi (5/131) 6. disagio psichico nel 39,4% (52/131) 7. salute sessuale/riproduttiva nel 4,5% dei casi (6/131). Di questi 131 pazienti il 16% (22/131) era a conoscenza del servizio territoriale indicato, mentre l'85% (109/131) non ne era a conoscenza. Il follow-up telefonico è stato effettuato su 24 pazienti. Sono stati reperiti 20/24 pazienti. Tra questi il 35% (7/20) si sono rivolti al servizio indicato e il 25% (5/20) hanno trovato una risposta al proprio problema. La soddisfazione degli utenti per il servizio offerto dal PS è elevata: l'intervento è considerato molto utile nel 20% (4/20) degli intervistati e utile nel rimanente 80% (16/20).

**LIMITI** Il basso numero dei pazienti con problematiche sociali incluso nel campione (lo 0,3-0,4% dei pazienti che accedono in PS nel periodo dello studio) è sicuramente sottostimato rispetto alla realtà.

**CONCLUSIONI** Oggi, nonostante un progresso tecnologico e di benessere senza precedenti, le disuguaglianze nella salute stanno aumentando. Per le sue caratteristiche, il PS è un luogo ideale per identificare pressanti problemi sociali e attivare le risorse della comunità. Ogni sistema ha risorse limitate ed è impossibile aiutare tutti, ma una semplice informazione potrebbe essere fondamentale per chi ne ha bisogno. Dare un'informazione corretta ad una persona che cerca aiuto nel posto sbagliato può avere conseguenze rilevanti per la persona, per l'ospedale e per il servizio territoriale. Data l'efficacia, la relativa semplicità e il basso costo di realizzazione, l'intervento proposto sarà trasferito agli altri PS dell'AUSL di Modena.

### Indirizzo per la corrispondenza

laboli Luca, Medico Chirurgo  
Ospedale di Pavullo nel Frignano  
Via San Giuseppe Benedetto Cottolengo, 5 - 41026 - Pavullo nel Frignano  
Email: [liaboli@libero.it](mailto:liaboli@libero.it)

### 73. Kit procedurali in sala operatoria: un esempio di gestione efficace dei materiali e di ottimizzazione delle risorse?

Iudicello Antonella, Rasi Monica, Brigati Giovanni, Zuccheri Paola, Falcone Patrizia, Borsari Morena

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** La standardizzazione in kit procedurali delle tipologie di Dispositivi Medici (DM) utilizzate per analogo intervento chirurgico, se da un lato è garanzia del corretto utilizzo di device innovativi ad alto costo secondo l'indicazione d'uso, dall'altro, uniformando a livello aziendale i DM e le tecniche utilizzate nei differenti scenari clinici, consente una gestione efficace dei materiali e un'ottimizzazione delle risorse, grazie alla diminuzione delle tipologie di DM acquistati, razionalizzazione delle scorte, controllo delle proposte di acquisto dei materiali e recupero dei prodotti non utilizzati. L'Azienda USL di Bologna ha adottato, a inizio 2014, un protocollo di standardizzazione dei kit operatori per gli interventi di appendicectomia open e videolaparoscopica (VLP), colecistectomia VLP, emicolectomia (destra e sinistra) open e VLP, resezione anteriore del retto (RAR) open e VLP e plastica di ernia inguinale, ombelicale e di laparocele mediano open. Alla stesura del protocollo hanno collaborato il Direttore del Dipartimento Chirurgico e i Direttori delle UU.OO di Chirurgia dell'Azienda, due Farmacisti e un Coordinatore di blocco operatorio.

**OBIETTIVI** Gli obiettivi del lavoro sono stati valutare: 1.l'aderenza al protocollo da parte delle equipe chirurgiche operanti nella Piastra Blocchi Operatori (PBO) dell'Ospedale Maggiore, previa definizione di indicatori di monitoraggio appropriati; 2.l'appropriatezza d'uso dei DM ad alto costo utilizzati in tipologie di intervento selezionate e il relativo impatto economico.

**METODI** I dati di attività sono stati estratti grazie alla presenza, nella PBO dell'Ospedale Maggiore, di un software innovativo differente da quello in uso negli altri blocchi operatori aziendali dove non è possibile tenere traccia della tipologia di intervento, pur addebitando il materiale a singola procedura. Oggetto del monitoraggio sono stati gli interventi di emicolectomia (destra e sinistra) open e VLP e RAR open e VLP, perché prevedono l'utilizzo di DM ad alto costo. L'analisi ha riguardato i DM classe CND H02- Suture Meccaniche, secondo quanto previsto dalle linee di programmazione regionali anno 2014, recepite dalla Commissione Aziendale DM. Sono stati estratti ed analizzati gli interventi fatti nel primo semestre 2014 ad esclusione di quelli eseguiti in urgenza, pianificati ma non realizzati e non riconducibili ad un'una tipologia specifica di intervento, ovvero ad alta complessità. Per l'obiettivo 1 sono stati utilizzati gli indicatori: Indicatore 1: % aderenza al protocollo (n° di interventi aderenti al protocollo/n° interventi eseguiti). Indicatore 2: % aderenza al protocollo per tipologia di intervento (n° di interventi aderenti al protocollo/n° interventi eseguiti). Indicatore 3: % aderenza al protocollo per equipe chirurgica (per ogni equipe: n° di interventi aderenti al protocollo/n° interventi eseguiti). Per l'obiettivo 2 sono stati elaborati i dati di consumo (quantità e valorizzazione) del primo semestre 2014 e confrontati con pari periodo dell'anno precedente.

**RISULTATI** Nel primo semestre 2014 sono stati eseguiti nella PBO dell'Ospedale Maggiore 134 interventi delle tipologie selezionate. Di questi 29 sono stati esclusi dall'analisi perché eseguiti in urgenza (14), pianificati ma non realizzati (6) e non riconducibili ad una tipologia definita (9). Dei 105 interventi esaminati, 88 sono risultati conformi al protocollo, 17 no (Indicatore 1 = 84%). 8 interventi (7 di emicolectomia destra VLP, 1 di emicolectomia sinistra VLP) sono stati convertiti da tecnica VLP a tecnica open per le complessità riscontrate durante la procedura. L'intervento emicolectomia destra OPEN è stato quello maggiormente eseguito (29 su 105). Gli interventi con minore % di adesione al protocollo sono stati quelli di emicolectomia sinistra OPEN (16 su 105) e RAR OPEN (6 su 105) (Indicatore 2 = 63% e 67%, rispettivamente), mentre un'adesione del 100% si è avuta per la procedura di emicolectomia sinistra in VLP (19 su 105). L'aderenza al protocollo da parte delle equipe chirurgiche è risultata molto variabile con valori compresi tra il 91% e il 64% (Indicatore 3). Nello stesso periodo del 2013, sono stati eseguiti nella PBO dell'Ospedale Maggiore, 116 interventi delle tipologie selezionate, per una spesa relativa ai DM classe CND H02 pari a €328.250,27. Se si considera che nel 2014 sono stati eseguiti 134 interventi (+16%) per una spesa pari a €320.037,05 (-2,5%), ne risulta una ottimizzazione delle risorse.

**LIMITI** Il monitoraggio di adesione al protocollo non ha riguardato tutti i blocchi operatori aziendali, ma solo quelli dove è presente il software di gestione che permette la correlazione tra i materiali utilizzati e la tipologia di intervento.

**CONCLUSIONI** L'applicazione di azioni volte a favorire una maggiore aderenza al protocollo consentirà di migliorare l'efficienza delle prestazioni nel rispetto di criteri di economicità e di ottimizzazione dell'uso delle risorse.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Iudicello Antonella, Farmacista  
Ospedale di Bologna - Bellaria C.A. Pizzardi - Servizio Farmaceutico  
Via Altura, 3 - 40139 - Bologna  
Email: a.iudicello@ausl.bologna.it

## 74. Audit della Clinica Neurologica di Trieste sulla gestione della trombolisi sistemica nella terapia dell'ictus ischemico (stroke), patologia tempo correlata

Koscica Nadia<sup>1</sup>, Naccarato Marcello<sup>1</sup>, Gandolfi Chiara<sup>2</sup>, Stroili Manuela<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinica Neurologica di Trieste, <sup>2</sup>Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti Trieste

**BACKGROUND** In Italia l'Ictus ischemico cerebrale è la terza causa di morte e la principale causa d'invalidità, aumenta sensibilmente con l'età, è più frequente (80%) dell'emorragico, è trattabile in acuto con la Trombolisi sistemica e vi sono fattori modificabili per ridurne l'incidenza: colesterolo e glicemia elevati, ipertensione arteriosa, etc.. Ogni anno si verificano 196.000 Ictus di tutti i tipi di cui il 20 % sono recidive. La mortalità dopo un Ictus a 30 giorni è del 20-25%, ad 1 anno del 30-40% e un terzo dei vivi presenta una disabilità che li rende dipendenti da un aiuto ancillare o sociale. Dal 2005 è stata introdotta in Italia la terapia trombolitica endovenosa per l'Ictus ischemico acuto (entro 4,5 ore), che si è dimostrata efficace nel ridurre la disabilità e sono state istituite le Stroke Unit (SU) ospedaliere che hanno diminuito significativamente mortalità e disabilità. La nostra Clinica Neurologica svolge attività didattica Universitaria, ha 32 posti letto di cui 8 semintensivi di SU per Trieste e Gorizia (376.350 residenti) per il monitoraggio cardiorespiratorio e pressorio dei pazienti nei primi 3 giorni dall'Ictus ed è competente nel somministrare nel minor tempo possibile la terapia trombolitica endovenosa nei pazienti individuati ed una precoce riabilitazione. Si dedica ad attività educative e formative per popolazione ed operatori sanitari al fine di ridurre il tempo tra il riconoscimento dei sintomi dell'Ictus e l'inizio della Trombolisi [1,2,3].

**OBIETTIVI** Il nostro Audit si è posto gli obiettivi di verificare l'utilizzo della terapia trombolitica, la mortalità, i percorsi ed i tempi.

**METODI** La SU si aggiorna anche nei Registri internazionali di malattia, elabora Protocolli per la Gestione della Trombolisi sistemica endovenosa nell'Ictus ischemico e per il Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo (PDTR), esegue AUDIT per verificare Performance, Percorsi di cura ed efficienza della Rete assistenziale per acuti e riabilitazione [4,5]. Come Gruppo di lavoro abbiamo analizzato retrospettivamente le SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera) di 30 mesi usando i codici ICD9CM delle Malattie, non i DRG, ed i seguenti Outcome delle cure: guarito, migliorato, invariato, peggiorato e deceduto, nonché i tempi e il PDTR.

**RISULTATI** Nel periodo 01.01.2012-30.06.2014 gli Ospedali Riuniti di Trieste hanno dimesso 1622 pazienti con diagnosi di Ictus, di cui ischemici 1276 (78,7%), 89,4% con un'età di 60 anni e oltre, maschi 51,3% e per il 94% provenienti da Trieste. La Clinica Neurologica ha generato 1471 DRG e le principali diagnosi sono state: Trombosi o Embolia cerebrale o Occlusione e stenosi della carotide o di arteria vertebrale con infarto cerebrale, Emorragia cerebrale, Convulsioni, Ischemie transitorie, Traumatismi intracranici, Neoplasie o malattie degenerative del SNC, Cefalea, Infezioni batteriche, non batteriche o TBC del Sistema Nervoso e Sclerosi multipla. Ha curato 853 pazienti con Ictus ischemico con una mediana di 12 giorni di ricovero, di essi 733 sono migliorati (85,9%), 2 guariti, 42 invariati, 1 peggiorato e 75 deceduti con una mortalità complessiva del 8,79% entro 12 giorni dall'insulto ischemico. Ha trattato con Trombolisi sistemica endovenosa (DRG 559, codice procedura 99.10) 86 pazienti con Ictus Ischemico corrispondenti allo 6,7% del totale e al 10,1% della SU; di essi 81 (94,2%) sono migliorati, 1 è rimasto invariato e 4 sono deceduti per emorragia cerebrale o recidiva ischemica con una mortalità del 4,65% in linea con la letteratura. I non trombolisati hanno una mortalità del 9,25%. La mediana del tempo intercorrente tra i primi sintomi e l'inizio della Trombolisi è di 115 minuti (Italia 165'), dall'arrivo in Ospedale all'inizio della Trombolisi è di 72' (Italia 87') [2,6]. È stato aggiornato il PDTR.

**LIMITI** I medici neurologi sono competenti nel valutare diagnosi ed indicazioni al trattamento trombolitico; il poco tempo disponibile e la somministrabilità ufficiale entro gli 80 anni riduce il numero dei pazienti curabili.

**CONCLUSIONI** Il trattamento trombolitico endovenoso con efficacia tempo-dipendente riduce mortalità e disabilità anche nella nostra SU. Il suo esiguo uso suggerisce di rafforzare la cultura del riconoscimento dei sintomi dell'Ictus, l'uso di Protocolli per il trattamento trombolitico negli ultra 80enni chiaramente indicato in letteratura e di riorganizzare i Percorsi riducendo i tempi intercorrenti tra i primi sintomi e l'inizio del trattamento. Reference: [1] SPREAD Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento, 2012; [2] Emberson J et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. Lancet 2014 Nov 29; 384(9958): 1929-35; [3] ESO2008 LG per la gestione dell'Ictus ischemico e del TIA; [4] NICE UK CG Diagnosis and initial management of acute stroke and TIA 2014; [5] Mishra NK & coll. Intern Stroke Thrombolysis Registry and VISTRA. BMJ. 2010, 341; [6] Registro SITS-ISTR (<https://sitsinternational.org/>).

### 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

## 75. Evidence-based analysis dell'incidenza delle malattie sessualmente trasmesse nelle pazienti migranti in Italia e futuri indirizzi di policy making

Laganà Antonio Simone, Gavagni Valeria, Valyananzighu Musubao Justine, Pizzo Alfonsa

A.O.U. Gaetano Martino – Università di Messina

**BACKGROUND** Tra il 1990 ed il 2008 sono stati registrati 8000 casi di malattie sessualmente trasmesse (MST), secondo i dati forniti dall'organismo di sorveglianza del Sistema Sanitario Nazionale Italiano. Inoltre, parallelamente all'incremento dei flussi migratori in Italia, si è assistito ad un proporzionale incremento delle MST in tale popolazione: dal 10% nel 1994 al 35% nel 2008. La diagnosi tempestiva, la terapia, il follow-up ed il monitoraggio epidemiologico delle MST rappresentano un indicatore indiretto delle condizioni di vita e dell'accesso ai servizi di prevenzione e cura. L'accesso a tali servizi, secondo quanto sancito dall'attuale legislazione vigente, deve essere garantito anche alla popolazione migrante presente sul territorio italiano.

**OBIETTIVI** Valutazione dell'incidenza di alcune MST (papillomavirus, HPV; virus dell'epatite B, HBV; virus dell'epatite C, HCV; virus dell'immunodeficienza acquisita, HIV; sifilide) nelle pazienti migranti in Italia.

**METODI** Studio prospettico, osservazionale, monocentrico. Le pazienti sono state reclutate, previo consenso informato scritto, presso l'Ambulatorio dedicato alle pazienti straniere dell'U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia dell'A.O.U. "G. Martino" (Università degli Studi di Messina – Italia) da Gennaio 2003 a Dicembre 2013. Per ogni paziente è stata registrata nazionalità ed età. Ogni paziente è stata sottoposta a visita ginecologica, Pap test e, se in stato di gravidanza, anche a test infettivologici routinari (HBV, HCV, HIV, sifilide). Nei casi di citologia cervicale positiva, le pazienti sono state sottoposte a HPV test con tipizzazione mediante polymerase chain reaction (PCR) e ibridizzazione allele-specifica.

**RISULTATI** Sono state reclutate 724 pazienti (320 gravide). L'età media era di 33,1 anni ( $\pm$  SD 9,8). 76 delle 724 pazienti hanno mostrato anomalie citologiche al Pap test, e 32 di queste (69,6%) sono risultate positive al test HPV per l'identificazione dei sierotipi vitali. Nelle pazienti gravide, sono stati identificati 9 casi di HBV, 3 casi di HCV, 1 caso di HIV e nessun caso di sifilide. La prevalenza dell'infezione da HBV è stata del 2,81%, dell'infezione da HCV dello 0,94%, dell'infezione da HIV dello 0,31%.

**LIMITI** Uno dei limiti principali del nostro studio è che non è stata valutata l'incidenza di infezioni dovute a Chlamydia e Gonorrea, due frequenti MST. Inoltre, mancando un gruppo di controllo, l'analisi comparativa dei dati è stata effettuata con valori noti della letteratura.

**CONCLUSIONI** Secondo i dati della nostra casistica, l'incidenza delle MST prese in esame nelle pazienti migranti risulta sovrapponibile alla popolazione femminile italiana. Appare perciò totalmente ingiustificata e priva di evidenza scientifica la condotta di allarmismo sempre più messa in atto dai mezzi di comunicazione di massa italiani, che mirano ad esasperare la figura del migrante quale "portatore di malattia". L'applicazione di una metodologia rigorosa ed un'analisi basata sulle evidenze attualmente disponibili sembrano al contrario dimostrare che l'incidenza di MST nelle donne migranti non sia sostanzialmente diversa dal resto della popolazione femminile italiana. Appare quindi ingiustificata dal punto di vista economico e logistico l'eventuale programmazione di screening per le MST mirati alla popolazione migrante. A tal proposito, sarebbe auspicabile l'utilizzo delle risorse disponibili per garantire la riduzione delle condizioni di marginalità che spesso si trova a fronteggiare la popolazione migrante in Italia.

### Indirizzo per la corrispondenza

Laganà Antonio Simone, Medico Chirurgo  
Scuola di Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia - Università di Messina - Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Via Consolare Valeria – 98124 - Messina  
Email: antlagana@unime.it

## 76. Ideazione e creazione di un modello di studio multidisciplinare prospettico sulle patologie rare di arto superiore

Landi Antonio, Bernasconi Sergio, Ferrari Paola, Donzelli Onofrio, Garagnani Lorenzo, Lando Mario, Percesepe Antonio, Sartini Silvana, Fairplay Tracy, Di Gennaro Giovanni Luigi, Bianconi Giorgia, Di Pancrazio Luciana, Voci Claudio, Tondo Olga

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Modena*

**BACKGROUND** Le malformazioni congenite (MC) sono responsabili di una rilevante quota della morbosità e mortalità nel periodo neonatale (Spagnolo, 1999) e rappresentano la terza causa di ospedalizzazione nei primi 4 anni di vita (Nicolosi, 2002), con possibili ripercussioni funzionali a distanza. Recenti studi epidemiologici condotti su ampie casistiche hanno evidenziato che la prevalenza dei difetti congeniti degli arti in una popolazione comprendente nati vivi, nati morti e interruzioni volontarie di gravidanza, è 0,6: 1000. Uno studio recente realizzato sui nati vivi ha mostrato un'incidenza per l'arto superiore di 1:506. Fra questi, il 46% presentava un altro difetto congenito associato e il 20% aspetti sindromici. L'importanza delle MC nel campo medico e l'interesse da parte dell'opinione pubblica è notevolmente aumentata negli ultimi anni. Questa attenzione è riconducibile al progresso della medicina, che ha comportato un incremento delle attività correlate di sostegno medico, scolastico e infermieristico. L'adozione del modello multidisciplinare viene confermata dalla letteratura che ha dimostrato come la valutazione globale consenta di raggiungere obiettivi con modalità più efficaci mediante una informazione precisa e complessiva della patologia malformativa sostituendosi alla ricerca di soluzioni personalistiche (Kazak, 1989; Sameroff, 1993; Thompson, Bilenker 1985) mediante l'attuazione di contestuali percorsi assistenziali (Sullivan, 1953; Erikson, 1963; Cowen et al., 1973). Attraverso questa nuova strategia si possono utilizzare al meglio risorse residuali del paziente migliorandone la qualità di vita.

**OBIETTIVI** Il progetto si prefigge di dimostrare come una struttura Hub di riferimento possa: - sviluppare un modello di assistenza sanitaria caratterizzata da interventi multidisciplinari - implementare strategie diagnostico/terapeutiche, chirurgiche e non, che, applicate sulla base delle evidenze e dell'esperienza raccolta, diano risultati efficaci - raccogliere una casistica rappresentativa della popolazione utile a sviluppare studi epidemiologici che, con l'utilizzazione di modelli statistici multivariati di incidenza, permettano di identificare i fattori di rischio, considerandone i confondenti - sviluppare progetti di ricerca genetica - monitorare nel tempo lo stato di benessere globale dei pazienti

**METODI** • Organizzazione di ambulatori multidisciplinari in rapporto a due livelli di gravità: I livello per patologie isolate, II livello per patologie sindromiche • Organizzazione di percorsi che consentano l'esecuzione degli esami secondo parametri di complessità • Creazione di un DATABASE con struttura di coorte ed analisi descrittive dei dati dei pazienti • Sviluppo e partecipazione a network con centri Nazionali ed Internazionali per studi di ricerca genetica • Relazione riassuntiva delle valutazioni e indicazioni diagnostico-terapeutiche condivise • Organizzazione di sale operatorie dedicate • Organizzazione di ambulatori riabilitativi dedicati per il trattamento conservativo e post-chir mediante tutori e protocolli riabilitativi • Sviluppo e monitoraggio di indicatori: numero di ambulatori multidisciplinari per anno (10 anni), n° di casi (n%) per tipo di patologia, per anno, n° di esenzioni riconosciute rispetto al totale, tempo medio follow-up dei pazienti assistiti, indice di soddisfazione ICF, n° pubblicazioni indicizzate.

**RISULTATI** Nel complesso sono stati valutati 487 soggetti (età mediana 5 anni), ai quali sono state erogate 3.855 visite (1a 771; 3.084 controlli), 951 interventi chirurgici e 3.256 prestazioni riabilitative. Inoltre al 70% dei pazienti è stata riconosciuta l'esenzione. Nel biennio 2013/14 sono stati pubblicati 6 articoli e si è partecipato a 10 congressi in specialità diverse. Ulteriori indicatori sono in corso di elaborazione.

**LIMITI** In attesa che il progetto termini la sua fase sperimentale, le risorse limitate non hanno potuto soddisfare completamente le numerose domande. Per la sottostima dell'impegno nella compilazione della valutazione ICF non si è proceduto all'elaborazione di questo dato.

**CONCLUSIONI** La pregiudiziale della fattibilità di questo progetto si basa sull'adozione del SSR del sistema Hub & Spoke. Dalla quotidiana esperienza è nata la consapevolezza delle esigenze del territorio nel settore MC e la necessità di costruire un sistema che rispondesse alla richiesta di combinare elevata competenza sanitaria con riduzione di costi e tempi di spostamento dell'utenza. L'elevato numero di accessi per patologie rare consente di costruire il database per studi di outcome a medio-lungo termine con le possibili ricadute sulla previsione dei costi e delle necessità sociali future, ma rende anche ineludibile l'attivazione degli Spokes nel settore malformativo.

### Indirizzo per la corrispondenza

Landi Antonio, Medico Chirurgo  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena – Policlinico – U.O. Chirurgia della Mano  
Via del Pozzo, 71 - 41124 - Modena  
Email: landi.antonio@policlinico.mo.it

## 77. Riorganizzazione dell'area chirurgica di un Azienda Ospedaliera Universitaria secondo la filosofia del Lean Thinking: dai reparti alle linee di processo

Lastrucci Davide, Sorriso Carmela, Biancalani Andrea, Briani Silvia

*Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

**BACKGROUND** Il Lean Thinking (la cui traduzione è Pensare Snello) è un approccio gestionale applicabile a tutte le organizzazioni in quanto ha a che fare con i processi e con il loro continuo miglioramento. Tutte le organizzazioni, incluso quelle sanitarie sono composte da una serie di processi, orientati a creare valore sia per i pazienti, che per gli operatori. Alla base della filosofia Lean ci sono quindi un insieme di principi, metodi e tecniche per la gestione dei processi operativi, che mirano ad aumentare il valore percepito dal cliente finale e a ridurre sistematicamente gli sprechi. Questo è possibile solo con il coinvolgimento di persone motivate volte al miglioramento continuo.

**OBIETTIVI** Ottimizzazione dei processi operativi e dei percorsi clinico-assistenziali in modo da favorire l'appropriatezza dei ricoveri, la diminuzione delle attese per intervento chirurgico con aumento del valore percepito dal cliente ed una riduzione degli sprechi.

**METODI** La riorganizzazione dell'area chirurgica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese ha inizio il 7 Giugno 2014 attraverso la configurazione del modello organizzativo per linee di attività e la ridefinizione del modello teorico di funzionamento dell'ospedale. Siamo passati così da un modello di tipo funzionale a un modello per processi, pertanto l'area chirurgica ha visto l'identificazione di due linee di processo, una per la chirurgia programmata suddivisa in 3 setting assistenziali (79 pp.ll. ordinari e 10 pp.ll. day surgery) ed una per la chirurgia d'urgenza (36 pp.ll. ordinari), indipendenti tra loro ma contenenti al loro interno percorsi e processi affini che hanno permesso la standardizzazione delle attività. Le specialità chirurgiche afferenti ad entrambi i percorsi sono Chirurgia Generale, Oncologica, Plastica, Trapianti di Rene, Vascolare, Bariatrica, Mininvasiva, Urologia e Ortopedia. Nello specifico tale riorganizzazione è il cambiamento che ha previsto una rivisitazione dell'area di degenza su criteri di omogeneità assistenziale relativa alle diverse tipologie di bisogni dei pazienti. Questo ha portato ad avere posti letto d'area che hanno quindi la caratteristica di favorire modalità assistenziali condivise e standardizzate, con modelli ripetibili e basati su una maggiore sicurezza per il paziente e per l'operatore. La linea chirurgica programmata alla quale afferiscono tutti i pazienti per interventi chirurgici ed ortopedici programmati che hanno seguito un percorso di preospedalizzazione e programmazione del ricovero fino alla pianificazione del posto letto. La linea chirurgica urgente alla quale afferiscono tutti i pazienti chirurgici e traumatologici provenienti dal Pronto Soccorso. Con questa nuova organizzazione le due linee sono parallele e non si intersecano mai in nessuna fase, con sale operatorie ben distinte e linee di degenza separate in modo da garantire la progressione dell'attività programmata senza interferenze.

**RISULTATI** Analizzando i dati riguardanti il periodo Giugno-Novembre 2014 della nuova organizzazione chirurgica possiamo commentare alcuni indici di appropriatezza dei percorsi e di miglioramento della operatività di tale area. Dall'analisi delle SDO, emerge una diminuzione sostanziale del numero di pazienti ammessi nelle linee chirurgiche e dimessi con DRG medico, quindi potenzialmente inappropriati dal punto di vista organizzativo; tale decremento si attesta intorno al 50% (n.482 del giu-nov 2013 vs n.276 del giu-nov 2014) evidenziando così inoltre un incremento del tasso di operatività. Per quanto riguarda la percentuale di pazienti ricoverati da Pronto Soccorso in reparti chirurgici e che hanno generato un DRG chirurgico notiamo un incremento dell'appropriatezza nella scelta del setting assistenziale, dal 59,81% (giu-nov 2013) al 77,72% (giu-nov 2014) reindirizzando in area medica il 17,72% dei ricoveri con DRG Medico. Tutto ciò evidenzia inoltre il rispetto dei percorsi clinico assistenziali definiti alla luce della riorganizzazione in oggetto. La seconda considerazione da citare è, in ottemperanza della DGRT n.1235 del 2012 che prevede un tasso di occupazione posti letto superiore all'85%, possiamo commentare il raggiungimento di tale obiettivo per l'area chirurgica urgente con l'89,72% (giu-nov 2014).

**LIMITI** Allo stato attuale della riorganizzazione possiamo commentare solo risultati parziali per il poco tempo intercorso dall'inizio dell'implementazione del nuovo modello organizzativo. Durante tale periodo dobbiamo tener conto sia del periodo di start up, sia della presenza dei mesi estivi che potrebbero influenzare la rappresentatività del dato.

**CONCLUSIONI** Un'organizzazione per linee di processo che separi l'attività chirurgica di urgenza da quella programmata sembra avere dei buoni risultati per quanto riguarda l'appropriatezza dei percorsi con una netta diminuzione dei ricoveri con DRG medico in ambito chirurgico ed un aumento dei ricoveri con DRG appropriato per setting assistenziale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Lastrucci Davide, Infermiere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - U.O.C. Rianimazione Generale  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: lastrucci.davide@gmail.com

## 78. Migliorare la qualità degli interventi per ridurre la disuguaglianza nel trattamento. Il caso assistenza sanitaria in carcere

Lentisco Fiorisa<sup>1</sup>, Bentivenga Rosina<sup>1</sup>, Galzerano Pina<sup>1</sup>, Iobizzi Carlo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Inail- Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale, <sup>2</sup>ASL Roma B

**BACKGROUND** In questo intervento viene preso in considerazione un particolare contesto lavorativo quale è quello degli istituti penitenziari, facendo particolare riferimento alla qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai detenuti. Questi, per la condizione di ristrettezza delle libertà in cui vivono, costituiscono una particolare categoria di cittadini a cui si cerca di garantire comunque un uguale accesso al diritto alla salute. Quando si parla di assistenza sanitaria in carcere, è necessario compiere l'analisi del contesto: in carcere manca una netta linea di demarcazione tra le competenze e le responsabilità della dirigenza dell'area sanitaria e quelle della dirigenza dell'area penitenziaria. Anzi, i responsabili degli agenti di polizia penitenziaria antepongono la necessità di salvaguardare la incolumità del detenuto e la tranquillità del reparto detentivo, a quella, fondamentale della "salute". In questo contesto, la dirigenza sanitaria subisce limitazioni decisionali da parte dell'amministrazione penitenziaria, con ricadute sulla stessa organizzazione sanitaria e principalmente sullo stato di benessere del personale tecnico-infermieristico e, anche, dei detenuti.

**OBIETTIVI** Con riferimento alle linee guida della Commissione interministeriale per la piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti, il Servizio sanitario nazionale assicura ai detenuti azioni di protezione, informazione e educazione in materia di salute. In accordo con il Piano sanitario nazionale sono, di seguito, indicati i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti: - Promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria. - Promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà. - Prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati; popolazione, età, genere e caratteristiche socio - culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati. - Promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale. - Riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

**METODI** Analisi del contesto consistente nella raccolta di casi in letteratura. Da tale analisi, emerge che lo scenario penitenziario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'équipe e per sviluppare le competenze in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria. Analisi delle esperienze di assistenza sanitaria in un Istituto penitenziario.

**RISULTATI** Alla luce degli elementi evidenziati in questo studio sono state ipotizzate alcune proposte operative da attuare in carcere per migliorare il clima aziendale, nonché le prestazioni professionali di tutto il personale sanitario, in relazione sia agli operatori della Polizia Penitenziaria sia all'assistenza ai detenuti. Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti fra le diverse professionalità sanitarie e socio-sanitarie e l'organizzazione dei processi produttivi anche definendo e ridefinendo "in progress" spazi e attività che arricchiscono le competenze distintive di ogni professione. Allo scopo diviene rilevante la capacità di relazionarsi proattivamente nell'intento di fornire appropriate prestazioni e costruire un clima lavorativo che favorisca comprensione, partecipazione e riconoscimento/valorizzazione di ogni specifico apporto professionale.

**LIMITI** I limiti nell'attuazione della tutele della salute dei detenuti sono riferibili alle difficoltà organizzative e di coordinamento delle diverse aree che operano in tale ambito. Non è stato ancora possibile valutare quanto sia possibile garantire valore aggiunto ai processi di cura ed assistenza, tramite la modifica dell'odierna organizzazione dell'assistenza sanitaria.

**CONCLUSIONI** Con tale studio è stato possibile approfondire le dinamiche dell'assistenza sanitaria carceraria. Emerge con chiarezza che la specificità dell'esercizio della professione sanitaria in carcere è una realtà dove coesistono peculiari aspetti etici e deontologici, precisi vincoli normativi e la necessità di coordinarla con il lavoro degli altri operatori penitenziari di varie professionalità. Il paziente detenuto, ha il diritto di chiedere servizi di qualità attraverso la professionalità aggiornata e competente degli operatori incaricati di gestire e far funzionare i servizi.

### Indirizzo per la corrispondenza

Lentisco Fiorisa, Altro  
INAIL - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro  
Piazzale G. Pastore, 6 - 00144 - Roma  
Email: f.lentisco@inail.it

## 79. Esperienza di valutazione in pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): proposta di indicatori

Longato Carlo, Morelli Debora, Dogliotti Federica

*Azienda ULSS 9 di Treviso*

**BACKGROUND** La filosofia del cambiamento consiste principalmente nel disegnare il futuro in modo coerente, integrare le professionalità, le strutture e stimolare la programmazione. Il PSSN 2012-2016 ridefinisce le linee di programmazione Aziendale e la Regione Veneto stabilisce nuove linee guida per la predisposizione dell'Atto aziendale delle ULSS. I Distretti dell'Azienda 9 di Treviso fino a metà 2014 erano suddivisi in quattro ora protagonisti di cambiamenti che ridisegnano l'area in due Distretti: Nord e Sud. Per garantire integrazione della rete dei servizi la Regione Veneto ha individuato nell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) lo strumento che rappresenti la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari per fornire risposta unitaria alle esigenze della persona fragile, al fine della valutazione da parte delle figure professionali appartenenti a servizi diversi. Particolare attenzione posta ai pazienti in carico alle cure palliative ed oncologici per i quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta una formula assistenziale che realizza a domicilio un progetto assistenziale, ed ha come obiettivo il miglioramento della qualità di vita. Un'insieme di interventi che garantiscono l'erogazione di Cure Palliative e terapia del dolore a domicilio

**OBIETTIVI** Obiettivo generale è garantire la migliore soluzione per la persona con bisogni socio-sanitari attraverso applicazione di progetto individualizzato che assicuri scelta e realizzazione di interventi appropriati. Nelle cure palliative senso e dignità alla vita del malato alleviando il dolore, aiutandolo con supporti non di ambito medico, favorire un percorso di riconciliazione e pacificazione rispetto alla vita del malato e delle persone che gli stanno attorno, aiutando la famiglia a convivere con malattia e lutto

**METODI** La corretta procedura di assessment in cure palliative deve seguire una prospettiva evolutiva con screening psicosociale continuo e parallelo a quello clinico, comprensiva di valutazione di stato e di cambiamento. Presso le Cure Primarie del Distretto Sud, area Mogliano, è iniziato un percorso a metà 2011 con focus group costituito da infermieri, Direttore, Medico, Coordinatrice delle Cure Primarie e Psicologa palliativista, centrato sull'efficacia delle UVMD e sul miglioramento degli strumenti utilizzati, soprattutto in ambito palliativo e oncologico. Il gruppo ha evidenziato difficoltà nell'applicare la scheda SVAMA, individuata dalla Regione Veneto per valutare le persone anziane in condizione di bisogno, come strumento di rilevazione dei bisogni e individuazione dei rispettivi interventi. Viste le particolarità della scheda applicabile solo ad un target di utenti si è reso necessario individuare un unico strumento applicabile a tutte le persone in ADI. Da qui l'esigenza di iniziare un percorso per costruire uno strumento ad hoc con lo scopo di migliorare la capacità di cogliere i bisogni della persona malata sia nella presa in carico sia durante il decorso assistenziale, con particolare riferimento alle cure palliative. È stata quindi realizzata una scheda di valutazione con approccio per problemi che garantisce la valutazione di dimensioni specifiche: clinico-assistenziali (aspetti cardiorespiratori-nutrizione- continenza-eliminazione-mobilità-decubiti-intensità dolore-Indice Karnofsky-presenza presidi invasivi-terapia farmacologica); psico-sociale e di contesto: grado di consapevolezza paziente/familiare, problemi di contesto/situazione abitativa, composizione nucleo familiare, informazioni sul care giver, presenza presidi/ausili-invalidità, necessità di supporto sociale

**RISULTATI** L'esigenza di ridefinire il percorso di valutazione è nata dal bisogno dei professionisti di avere informazioni dettagliate per la discussione dei casi in UVMD, redazione del piano assistenziale, necessità di adattare la valutazione a tutti i pazienti. Al fine di garantire la presenza di tali informazioni è stata revisionata la scheda in uso e analizzati alcuni dati di attività. Nel 2013 le persone in carico erano 1798, 136 oncologici e 402 per prelievi, le schede di valutazione compilate 1396, le UVMD effettuate 98 di cui 71 oncologici, le dimissioni protette di pazienti fragili 329. L'analisi ha permesso spunti di riflessione per revisionare il modello utilizzato con necessità di colmare vuoti informativi, eliminare informazioni non utili ai fini clinico-assistenziali ed estendere l'utilizzo della scheda ad altri professionisti in quanto compilata dall'infermiere

**LIMITI** Implementazione scheda alle Cure Primarie di Mogliano utile estenderla alle altre aree. Carezza di indicatori specifici per monitoraggio di performance, di processo e di risultato centrati sulle cure palliative

**CONCLUSIONI** Per definire il piano assistenziale è necessaria una corretta valutazione, di assistito e famiglia, efficace alla realizzazione della prima fase istruttoria e UVMD. Con l'attivazione del progetto si intende coniugare i bisogni della persona fragile con particolare riferimento alle cure palliative, con la rete territoriale dei servizi, e le opportunità previste dalla normativa. Per strutturare un insieme di pratiche e procedure è necessario un monitoraggio continuo e costante attraverso indicatori specifici per le persone in carico alle cure palliative quali l'intensità del dolore, il grado di consapevolezza, di paziente e familiare, nonché il grado di elaborazione del lutto

### Indirizzo per la corrispondenza

Longato Carlo, Medico Chirurgo  
Distretto Socio Sanitario N. 3 Mogliano Veneto - U.O. Cure Primarie  
Via XXIV Maggio, 33 - 31021 - Mogliano Veneto  
Email: clongato@ulss.tv.it

## 80. Valutazione delle competenze infermieristiche: risultati di un'indagine per il miglioramento della qualità assistenziale

Lorusso Laura<sup>1</sup>, Toccaceli Andrea<sup>2</sup>, Dignani Lucia<sup>2</sup>, Lucertini Carla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi di Ancona

**BACKGROUND** Nel mondo sanitario il tema della competenza riveste un ruolo di primo piano, poiché la qualità dei servizi erogati deriva dalle competenze professionali degli operatori che vi lavorano. La competenza è infatti un elemento fondamentale per garantire la qualità, la sicurezza e il costo-efficacia dell'assistenza sanitaria. All'interno della realtà infermieristica si è verificata un'evoluzione culturale: mentre in passato gli infermieri dopo il rilascio del diploma o della laurea venivano considerati competenti fino a prova contraria, in tempi recenti si è resa necessaria una verifica di tali competenze. Da qui è nata l'esigenza di mappare le competenze possedute dal gruppo professionale infermieristico. Valutare i profili di competenza dell'infermiere è infatti il prerequisito per garantire un'assistenza infermieristica qualificata e per individuare le possibili aree di sviluppo professionale.

**OBIETTIVI** Mappare le competenze acquisite dagli infermieri attraverso l'esperienza lavorativa

**METODI** È stato utilizzato un disegno osservazionale cross sectional. Lo studio, condotto tra febbraio e marzo 2014, ha coinvolto 4 dipartimenti (area dell'emergenza, area medica, area cardiologica e area gastroenterologica), per un totale di 19 unità operative (UO), dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Il campionamento di convenienza ha interessato 465 infermieri, ed era basato sulla disponibilità degli stessi a partecipare allo studio. Per l'indagine è stata utilizzata la Nurse Competence Scale (NCS), più un questionario appositamente costruito per indagare i dati socio demografici e il background formativo degli infermieri. La NCS è uno strumento validato in vari settings assistenziali, progettato per l'autovalutazione delle competenze infermieristiche. È suddivisa in 7 aree, derivanti dal quadro delle competenze definito da P. Benner, per un totale di 73 items. Il punteggio viene calcolato su una scala VAS che va da 0 (competenza nulla) a 100 (competenza ottima). L'analisi dei dati è stata condotta attraverso il software statistico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versione 19).

**RISULTATI** Hanno partecipato allo studio 182 infermieri (39.1%). Il campione era costituito prevalentemente da femmine (75.3%), con un'età media di 37 anni (DS 7.9) e uno stato di servizio medio di 12.9 anni (DS 8.5). Per quanto riguarda il titolo di studio abilitante, il 58.8% degli infermieri possedeva la laurea triennale, il 5.5% il diploma universitario, e il 35.7% il diploma regionale. Il 64.3% del campione ha seguito un percorso formativo post-base. I risultati dell'indagine hanno evidenziato un buon livello di competenze percepite (VAS 50-70). L'area in cui è stato percepito un livello di competenza più alto è stata "Gestione delle situazioni" (NRS medio 82; DS 12), mentre quello con un livello più basso "Competenze di Educazione" (NRS medio 65; DS 13). Sono risultate statisticamente significative le relazioni tra le aree della NCS e la distribuzione per l'UO ( $p < 0,000$ ;  $0,018$ ), i titoli di studio ( $p < 0,002$ ;  $0,024$ ), l'età anagrafica ( $p < 0,000$ ;  $0,00$ ) e gli anni di servizio ( $p < 0,000$ ;  $0,034$ ), che possono quindi essere considerate variabili predittrici di maggiore competenza. Sono invece risultate ininfluenti l'appartenenza ai singoli dipartimenti ( $p < 0,092$ ;  $0,526$ ) e la formazione post base ( $p < 0,240$ ;  $0,8634$ ). In linea con la teoria di Benner, è stata inoltre evidenziata una correlazione lineare positiva tra le aree della NCS e gli anni di servizio complessivi ( $r > 50\%$ ;  $p = 0,001$ ) e tra NCS e gli anni di servizio nell'UO di appartenenza ( $r > 70\%$ ;  $p$

**LIMITI** Lo studio monocentrico ha offerto un ridotto spaccato della realtà infermieristica. Inoltre l'adesione allo studio è risultata essere minima, per cui il campione potrebbe essere non rappresentativo della popolazione indagata.

**CONCLUSIONI** La competenza del personale sanitario è un fattore chiave per l'erogazione di un'assistenza di qualità. La sua valutazione diviene quindi un requisito fondamentale sia per la comprensione del livello di professionalità posseduto dal team infermieristico, sia per l'individuazione delle aree di carenza e di possibile sviluppo lavorativo. La NCS si è rivelata un valido strumento per la valutazione delle competenze infermieristiche. Potrebbe essere utilizzata in maniera sistematica per selezionare i professionisti più competenti da coinvolgere in determinati contesti e settings assistenziali.

### Indirizzo per la corrispondenza

Toccaceli Andrea, Infermiere  
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi  
Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona  
Email: andrea-toccaceli@tiscali.it

## 81. Un approccio innovativo alla formazione continua per il controllo delle infezioni nosocomiali

Lusuardi Mirco, Massobrio Monica, Renusi Riccardo, Gaioni Claudia, Spagnolatti Liliana, Vinciguerra Rossana, Zoboli Daniela, Liotti Anna, Ragni Pietro

*Azienda USL di Reggio Emilia*

**BACKGROUND** Il controllo delle infezioni associate all'assistenza è un obiettivo prioritario nella gestione del rischio in ambito di "governo clinico". I costi delle infezioni cosiddette nosocomiali sono infatti molto elevati sia in termini diretti, sia in rapporto agli esiti clinici del paziente. Le formazioni "one shot" in generale ed in particolare sul tema in oggetto hanno evidenziato di non modificare i comportamenti degli operatori. È stata pertanto impostata una formazione multifase a lungo termine sul tema del controllo delle infezioni associate all'assistenza secondo un approccio bottom-top, escludendo figure apicali e lezioni ex-cathedra, prevedendo soltanto un tutoraggio tecnico da parte di un assistente sanitario vigilatore (ASV) e facendo gestire la formazione stessa a rotazione da parte di tutte le figure professionali coinvolte nelle attività di UO.

**OBIETTIVI** Promuovere l'adesione del personale alla introduzione e sviluppo di misure preventive delle infezioni associate alla assistenza attraverso un coinvolgimento diffuso bottom-top, al posto del tradizionale metodo di formazione top-down. Migliorare indicatori associati alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: es. minore utilizzo di antibiotici, maggiore consumo di gel alcolico per la disinfezione delle mani.

**METODI** Il progetto è stato elaborato con la supervisione del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) aziendale. Dopo una formazione generale una-tantum sul tema, ogni 15 giorni si riunisce il gruppo di lavoro costituito a rotazione da 1-2 componenti di tutte le figure professionali del reparto (medici, infermieri, fisioterapisti, OSS); sono esclusi i direttori. Funge da tutor esperto un ASV. Ad ogni incontro si nomina un coordinatore che registra l'attività. Tali attività comprendono: revisione delle consegne della riunione precedente; revisione delle varie attività in reparto/palestra/ambulatori secondo una check-list che include: isolamenti microbiologici con germi "difficili" multiresistenti, pazienti in reparto con situazioni e dispositivi a rischio, trattamenti antibiotici in corso, formazione ai familiari, utilizzo di dispenser per il lavaggio alcolico delle mani, corretto utilizzo dei DPI -dispositivi di protezione individuale, comunicazione dei problemi e provvedimenti ai colleghi non presenti in previsione anche della riunione successiva. La valutazione di ricaduta è stata effettuata tramite questionari di gradimento secondo scala di Likert a 6 punti e con questionari di apprendimento a risposte aperte. Una prima valutazione di impatto è stata effettuata con la elaborazione dei dati forniti dal servizio farmaceutico sul consumo di antibiotici (spesa e DDD) e sul consumo di gel alcolico per la disinfezione delle mani (L per 1000 giornate di degenza). La formazione è stata attiva nel 2013-2014. Sono stati presi per confronto i dati relativi ai due anni precedenti la formazione, 2011-2012.

**RISULTATI** Valutazione di ricaduta: pur con un unico aspetto negativo maggiore, ovvero la partecipazione solo di una parte del personale (18 su 29, 62 %), il ranking di gradimento è stato molto elevato, con sottolineatura di aspetti positivi quali una migliore gestione delle varie non conformità nell'utilizzo dei DPI e delle modalità di disinfezione nonché il valore aggiunto significativo di un confronto e discussione multiprofessionali in un ambito relazionale di clima disteso e sereno. Valutazione di impatto: il consumo di antibiotici ha presentato un trend in miglioramento [DDD: 2284, 2312, 1583, 1759 negli anni rispettivamente dal 2011 al 2014 (11 mesi) – costi Euro 10662, 8419, 6493, 5547 nello stesso periodo]. Il consumo di gel alcolico è aumentato progressivamente da 8,7 (2012) a 10,2 (2013) a 12 (2014) L/1000 gg degenza. Negli anni 2013-2014 non si sono verificati cluster di colonizzazione/infezione da parte di germi multi-resistenti isolati in singoli casi.

**LIMITI** controllo pre-post, no gruppi paralleli a confronto in grado di attenuare l'effetto di variabili esterne (es. azioni sul costo dei farmaci).

**CONCLUSIONI** Il modello in oggetto di formazione multifase a lungo termine sul tema del controllo delle infezioni associate all'assistenza secondo un approccio bottom-top multiprofessionale ha evidenziato aspetti positivi in termini sia di interesse del personale sanitario sia di impatto su indicatori surrogati correlati all'oggetto specifico, anche se ancora decisamente migliorabili rispetto agli standard minimi previsti dalla Regione Emilia Romagna. Pur negli evidenti limiti metodologici della esperienza il tipo di approccio merita sicuramente di essere approfondito in termini di partecipazione, efficacia e ripetibilità.

### 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

## **82. 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**

Malferttheiner Kathrin

*Ospedale di Vipiteno*

**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. 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** Il percorso clinico interdisciplinare grossolano è stato creato solo teoricamente e solo da una persona, non è mai stato messo in pratica. Il calcolo dei costi si basa sui dati di pazienti che erano stati trattati in passato e quindi in parte si basa anche su ipotesi.

**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 dell'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**

Malferttheiner Kathrin, Terapista occupazionale  
Ospedale di Base di Vipiteno  
Via Santa Margherita, 24 - 39049 - Vipiteno - Sterzing  
Email: kathrin.malferttheiner@gmail.com

### 83. Studi di coorte ed end-point clinici rilevanti in tema di infezione da HIV: sono queste le evidenze che cerchiamo?

Manfredi Roberto

*Università di Bologna*

**BACKGROUND** Già in passato sono sorte perplessità circa la rilevanza clinica di studi osservazionali in tema di infezione da HIV [Manfredi, AIDS Reviews 2009 JAIDS 2011].

**OBIETTIVI** Un recente contributo Italiano della coorte prospettica ICONA [www.fondazioneicona.org], su oltre 6000 pazienti (p) monitorati dal momento della diagnosi di infezione da HIV, pone dubbi sulla metodiche impiegate e la rilevanza dei risultati ottenuti, in termini di parametri valutati e di correlazioni patogenetiche-cliniche postulate.

**METODI** Cytomegalovirus (CMV) è un patogeno ubiquitario, con prevalenza d'infezione stimata >80% in studi di popolazione [Lopo, Euro Surveill 2011], prevalenza valutata dell'83,3% nella coorte ICONA, ove è stata stimata tramite un semplice test sierologico per la ricerca di anticorpi anti-CMV-classe IgG

**RISULTATI** Sebbene gli AA abbiano riconosciuto che la sieroprevalenza per CMV cresce con l'età, è influenzata da fattori socioeconomici-geografici, e risulta più elevata negli omo-bisessuali (che hanno maggior rischio di esposizione a HIV), essi individuano CMV come fattore indipendente nel determinare importanti end-point clinici, quali eventi cardiovascolari (CV) maggiori, neoplasie, e altre gravi patologie d'organo non-AIDS-relate. CMV è già considerato come opportunista in corso di immunodepressione HIV-relata e come cofattore di progressione della stessa infezione da HIV, tramite citochine proinfiammatorie [Griffiths, J Clin Virol 2006]. Da quando sono disponibili tecniche virologiche volte a quantificare la replicazione di CMV, sono state elaborate linee-guida per la prevenzione-terapia dell'opportunismo da CMV in p immunodepressi. Dal 2010, è stata postulata un'associazione tra infezione da CMV, malattie e mortalità CV nella popolazione generale [Roberts, Am J Epidemiol 2010], ipotizzando come via patogenetica l'attività proinfiammatoria di CMV, sebbene la maggioranza di questi studi non sia controllata per numerosi fattori confondenti implicati in patologie CV e tumori [Gkrania-Klotsas, Clin Infect Dis 2013], tra cui elementi ambientali, età, comorbidità, stili di vita, ed end-points surrogati per patologie CV. I p ricompresi nella coorte ICONA risultavano valutabili per questo studio purché avessero almeno un test sierologico positivo per CMV-IgG, e una visita di follow-up, non tenendo conto delle differenze tra i diversi test sierologici, e ancor più del mancato ricorso a tecniche più specifiche (tra cui anticorpi IgM, IgA, avidità, replicazione). Gli AA, partendo quindi da un database osservazionale, hanno valutato la frequenza e il tempo alla comparsa di severe patologie e decessi, con particolare attenzione per eventi CV maggiori, neoplasie non-AIDS-relate, e severe ma eterogenee disfunzioni d'organo, in cui non è noto un particolare ruolo di CMV. Sorprendentemente, nonostante l'elevata frequenza di positività IgG per CMV nella popolazione studiata (83,3%), nella coorte ICONA non si rilevava un'associazione significativa con sviluppo di AIDS o morte (difficile da spiegare sulla base delle evidenze degli ultimi 30 anni). Infine, nonostante gli sforzi degli AA, lo studio resta estremamente debole per il ricorso alla sierologia IgG come solo marker di infezione da CMV (considerando anche il variabile tempo trascorso tra la positività sierologica e gli end-point clinici (diagnosi o morte CV, neoplastica, o per gravi patologie d'organo).

**LIMITI** I numerosissimi fattori di rischio confondenti per gli end-point clinici considerati possono aver influenzato il decorso della malattia da HIV, a prescindere dalle osservazioni degli AA e dall'analisi dei dati raccolti sull'infezione da CMV nel loro database osservazionale. Basti pensare al generale incremento di età e alla senescenza precoce dei p HIV-positivi, e al ruolo importante di comorbidità, co-infezioni (es. HCV), tabagismo, e ancor più al ruolo degli eventi avversi delle terapie antiretrovirali e a quello della stessa infezione da HIV, proprio in senso favorente patologie CV e neoplastiche. Anche dal punto di vista clinico, i p HIV-positivi sono già sottoposti a valutazioni periodiche mirate proprio alla diagnosi precoce e alla prevenzione di patologie CV, neoplasie, e insufficienza di organi-bersaglio (es. rene, fegato, SNC), per cui il riconoscimento di un ruolo di CMV attraverso un database epidemiologico non aggiunge nulla in termini di linee-guida di diagnosi precoce e prevenzione specifica.

**CONCLUSIONI** Solo nuove evidenze basate su una stringente definizione di infezione da CMV, una più selettiva valutazione e eliminazione dei fattori confondenti, e un più robusto e specifico legame patogenetico tra infezione da CMV e severe patologie non-AIDS-relate, gravi complicazioni CV, e danni d'organo, può contribuire alla comprensione del ruolo di CMV nella storia naturale dell'infezione da HIV, e il suo impatto sulla mortalità non-AIDS-relata e sul rischio CV [So-Armah, AIDS 2014], fornendo nel contempo linee-guida per l'identificazione di sottogruppi a maggior rischio di sviluppare tali complicazioni, che richiedano uno specifico monitoraggio e strategie di prevenzione mirata.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Manfredi Roberto, Medico Chirurgo

Università degli Studi di Bologna - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

Via Massarenti, 9 - 40138 - Bologna

Email: Roberto.manfredi@unibo.it

## 84. La sicurezza del processo di gestione clinica dei farmaci nell'Hospice area nord dell'Azienda USL Reggio Emilia

Mastrangelo Stefano, Bina Diego, Ghizzi Nuccia, Orlandini Fiorenzo

*Azienda USL di Reggio Emilia*

**BACKGROUND** Gli ADEs (Adverse Drug Events) incidenti correlati al processo di gestione clinica dei farmaci sono un problema rilevante delle organizzazioni sanitarie al fine di garantire la sicurezza dei pazienti. Tra le principali cause: problemi di integrazione multiprofessionale, carente qualità delle informazioni, rispetto delle corrette procedure, inadeguatezza degli strumenti di registrazione delle terapie. Negli ultimi anni notevoli progressi nella prevenzione degli errori di terapia derivano dall'impiego di tecnologie informatizzate (PSOE), distribuzione farmaci in dose unitaria, partecipazione dei farmacisti nel processo clinico. In attesa di beneficiare dei vantaggi dell'informatizzazione nella gestione farmaci, l'attenzione si è concentrata sui punti critici e sui possibili miglioramenti nella sicurezza relativa all'impiego di strumenti cartacei, declinati in un setting di cura ad alta intensità relazionale.

**OBIETTIVI** 1. identificare i principali punti critici del processo di gestione clinica dei farmaci e rilevare tipologia e frequenza degli eventi e near miss; 2. implementare modelli di buone pratiche degli operatori sulla sicurezza della gestione clinica dei farmaci nella U.O. Hospice di Guastalla (Azienda USL Reggio Emilia).

**METODI** Tramite un percorso di formazione sul campo, a seguito di un'audit di un campione di schede uniche di terapia (SUT) un gruppo di operatori (MMG, infermieri, farmacista, medico legale) dell'Hospice di Guastalla, coordinato dal Risk manager infermieristico, ha applicato lo strumento FMECA (failure mode and critical effect analysis), metodologia proattiva di gestione del rischio, al processo di gestione farmaci. L'impiego successivo, per 30 giorni, di una scheda di incident reporting (IR), ha permesso di rilevare tipologia e frequenza dei principali eventi e near miss. I dati sono stati analizzati e classificati in 4 categorie in base al potenziale rischio per il paziente. In seguito si è definito un piano delle azioni di miglioramento, con azioni correttive, tempi e risorse necessarie, responsabile di implementazione e monitoraggio, indicatori di risultato.

**RISULTATI** La FMECA ha permesso di individuare le principali criticità riguardanti l'identificazione del paziente, prescrizione e somministrazione dei farmaci. I dati raccolti con IR hanno confermato la criticità di queste fasi del processo. L'IR ha permesso di raccogliere 218 records (194 near miss e 24 events). Le fasi più rappresentate sono state: prescrizione farmaci (130), somministrazione farmaci (74), altre aree (14). Dei 24 eventi segnalati, 19 prescrizioni non conformi, 1 errore di somministrazione e 4 inadeguate valutazioni del grado di autonomia del paziente. Le azioni attivate hanno permesso di ottenere: ? miglioramento della comunicazione e integrazione fra medici, infermieri e farmacisti, maggiore consapevolezza e condivisione dei problemi, delle situazioni di rischio e identificazione di possibili soluzioni; ? personalizzazione dei profili di terapia, ottimizzando forma farmaceutica e via di somministrazione in relazione al paziente; ? "refresh" formativi rivolti ai professionisti sulle buone pratiche nel processo di gestione dei farmaci; ? miglioramento della SUT con ampliamento spazi dedicati alla prescrizione condizionata, spazio dedicato alla codifica del grado di autonomia del paziente con codice colore (verde, giallo, rosso); ? reminder cartaceo inserito in ogni SUT con richiamo agli elementi imprescindibili per la corretta compilazione/prescrizione e legenda per acronimi e abbreviazioni; ? predisposizione di casacche colorate con dicitura: "SOMMINISTRAZIONE FARMACI PER FAVORE NON INTERROMPERE" che l'infermiere indossa ad ogni giro terapia; ? produzione di brochure dedicata ai pazienti/caregiver con informazioni e richiami alla sicurezza nella gestione farmaci del paziente; ? riorganizzazione dell'armadio farmaci per principio attivo; ? riorganizzazione del carrello giro terapia con il fabbisogno farmaci quotidiano e con piano di lavoro libero che permette una più agevole consultazione della SUT; ? per ogni nuovo paziente ricoverato è previsto un briefing dedicato alla definizione del piano assistenziale e terapeutico integrato che si svolge in un ambiente protetto.

**LIMITI** Difficoltà nell'utilizzo di metodologie di analisi ancora poco conosciute Resistenza alla segnalazione degli inconvenienti/errori Difficoltà nel coinvolgimento dell'intero gruppo di lavoro Complessità e interdipendenza del processo analizzato Estrema e rapida variabilità delle condizioni cliniche del paziente

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

### Indirizzo per la corrispondenza

Mastrangelo Stefano, Infermiere  
Azienda USL di Reggio Emilia - Efficacia ed Appropriatazza dell'Assistenza Infermieristica e Tecnica  
Via Amendola, 2 - 42122 - Reggio nell'Emilia  
Email: stefano.mastrangelo@ausl.re.it

## 85. Diritto alla salute delle persone con disabilità, sicurezza delle cure riabilitative, riduzione degli sprechi: progetto isorisorse di sviluppo del "percorso di cura riabilitativo sanitario" nell'ASL BT

Mastrapasqua Nunzia

ASL BT

**BACKGROUND** Lo scopo degli investimenti in sanità è contribuire al raggiungimento di un "miglior stato di salute" della popolazione. Scopo delle attività riabilitative sanitarie è il "GUADAGNARE SALUTE" da parte della Persona con disabilità: è il passare dall'invalidità alla "TUTELA del DIRITTO alla SALUTE della PERSONA con DISABILITÀ". Si definiscono attività sanitarie di riabilitazione gli INTERVENTI VALUTATIVI, DIAGNOSTICI, TERAPEUTICI ed ALTRE PROCEDURE finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazione a CONTENERE o MINIMIZZARE la sua DISABILITÀ, e il soggetto disabile a MUOVERSI, CAMMINARE, PARLARE, VESTIRSI, MANGIARE, COMUNICARE e relazionarsi efficacemente NEL PROPRIO AMBIENTE familiare, lavorativo e sociale. L'OMS, fin dal primo documento programmatico del 1971 sintetizza i capisaldi per orientare l'organizzazione degli interventi sanitari di riabilitazione: una molteplicità di presidi di terapia perseguenti lo stesso obiettivo in discipline differenti (cosiddetta riabilitazione d'organo o rieducazione funzionale d'organo) costituisce un impiego antieconomico del personale, dei materiali, dei locali e rappresenta una modalità irrazionale d'approccio al soggetto disabile. Il primo PSN 1994-96 considera le attività di riabilitazione tra le "PRIORITÀ d'INTERVENTO". Il PSN 2011-2013 indica il MEDICO SPECIALISTA in RIABILITAZIONE quale responsabile del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), l'ICF quale modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute. Il PIANO di INDIRIZZO per la RIABILITAZIONE MINISTERO della SALUTE 2011 ha confermato che "la riabilitazione richiede CULTURA, STRUMENTI, METODOLOGIA, ORGANIZZAZIONE e MODALITÀ di REMUNERAZIONE SPECIFICHE non mutuabili dalla Medicina e Chirurgia d'organo. La rilevanza epidemiologica dei bisogni riabilitativi ha sollecitato la sperimentazione di percorsi basati sull'utilizzo del "MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE"(ICF) puntando ad un "APPROCCIO RIABILITATIVO SISTEMICO" secondo la metodica del "PROBLEM SOLVING" e dell'EDUCAZIONE" ed il principio dell'EMPOWERMENT" della Persona con disabilità e della Famiglia.

**OBBIETTIVI** L'obiettivo di tale ricerca è di effettuare un'analisi del modello di offerta del Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale territoriale (DPR 14/01/1997) con la finalità di valutare l'efficacia e l'efficienza delle azioni di miglioramento intraprese rispetto ai risultati attesi. L'indagine valutativa del modello di offerta è stata effettuata secondo i tre assi della qualità di A. Donabedian: 1. STRUTTURA: ciò che è dato (risorse disponibili umane, strutturali, tecnologiche; organizzazione); 2. PROCESSO: ciò che si fa (azioni finalizzate alla "Prevenzione" della disabilità; azioni finalizzate alla Cura: "recupero delle attività", "recupero dell'autonomia" della Persona, azioni facilitanti il "guadagnare salute" e "qualità di vita" della Persona con disabilità; azioni relative all'"Assistenza sanitaria"; volume delle prestazioni; appropriatezza delle prestazioni)); 3. ESITO: ciò che si ottiene (modificazione dell'entità della disabilità; volume delle prestazioni, appropriatezza delle prestazioni).

**METODI** È stata lungimirante e strategica la scelta da parte della Direzione Aziendale della ASL di affidare, ad un Dirigente Medico con specifica specializzazione in MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA nella qualifica professionale di Medico della Persona con Disabilità, il compito di riorganizzare la "Fisiochinesiterapia" del Territorio di Andria secondo l'evoluzione normativa, culturale ed i nuovi modelli organizzativi - gestionali della riabilitazione con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza e contenere la spesa sanitaria riabilitativa. Dopo analisi della realtà esistente dal punto di vista riabilitativo in termini strutturali, tecnologici ed organizzativi con riguardo alla domanda in atto e a quella potenziale dell'utenza rientrante nel territorio del comune di Andria si attivava il "Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale" (DPR 14/01/1997). A partire dal 1998 si è cominciato con l'indagare sui costi di gestione di pazienti trattati solo con cicli di Fisioterapia e/o chinesiterapia e di pazienti addestrati all'autotrattamento domiciliare. I dati emersi dalle considerazioni comparative - costo di gestione annua del singolo e del totale dei disabili trattati - pubblicati sul "Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa" cap. "Generalità, costi, organizzazione della riabilitazione", evidenziavano come la spesa dell'Azienda fosse inferiore per i soggetti addestrati all'autotrattamento domiciliare rispetto a quelli trattati solo con cicli di Fisioterapia e/o Chinesiterapia e che i risultati rimanevano costanti nel tempo alle valutazioni di follow-up. Per la governance del Sistema Persona con Disabilità a partire dal 2002 nel S.R.R.F. è stato avviato un Percorso che ha condotto alla creazione, gestione e miglioramento continuo di un Progetto Riabilitativo di struttura basato su ICF e Medicina Narrativa con "PRESA IN CURA RIABILITATIVA" in TEAM RIABILITATIVO INTERPROFESSIONALE - Progetto Riabilitativo Individuale: prevenzione della disabilità, promozione attività e partecipazione in Persona con Disabilità in età geriatrica ed adulta - LISTE di ATTESA DIFFERENZIATE per Profilo Funzionale per garantire la tempestività della "presa in cura riabilitativa" - CARTELLA RIABILITATIVA INTERPROFESSIONALE orientata per problemi funzionali - SCHEDA DI DIMISSIONE dalla "presa in cura riabilitativa" sanitaria con "DRG Riabilitativi Territoriali" ambulatoriali e domiciliari - individuazione di INDICATORI di APPROPRIATEZZA specifici dell'Attività Riabilitativa Territoriale e di PERFORMANCE del Team Riabilitativo Interprofessionale - Laboratorio di educazione riabilitativa (counseling sistemico) per il superamento della disabilità e l'accettazione della disabilità inemendabile - Raccolta informatizzata DATI EPIDEMIOLOGICI sulla DISABILITÀ e i bisogni riabilitativi essenziali (mobilità, cura persona, attività domestica, attività lavorativa). - MANUALE delle DIAGNOSI-INTERVENTI e PROCEDURE RIABILITATIVE - PACCHETTI di PRESTAZIONI RIABILITATIVE differenziati per complessità ed intensità del "percorso di cura riabilitativo" con relativi costi La CARTELLA CLINICA RIABILITATIVA INTERPROFESSIONALE orientata per problemi (N. 5316), pubblicata sulla rivista "Europa Medicophysics", si sta rilevando uno strumento indispensabile per il sistema informativo delle attività di riabilitazione territoriale. La SCHEDA DI DIMISSIONE dalla presa in cura riabilitativa si sta rilevando un ottimo indicatore del rapporto costo-efficacia che ci permetterà di valutare la sostenibilità del "MODELLO BIOPSIOSOCIALE di Salute".

**RISULTATI** Gli esiti ottenuti con il nostro modello di offerta nelle Persone prese in cura sono: recupero del cammino, salire e scendere le scale, attività di cura persona (lavarsi, vestirsi, mangiare, gestione alvo e vescica) e attività domestiche e lavorative nei casi a minima o media complessità. Abbiamo individuato i nostri punti di forza e di debolezza nella realizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale analizzando i principali riferimenti normativi e programmatici nazionali, confrontandoci con le esperienze di realtà territoriali della nostra regione e di altre regioni. Punti di forza: 1. Riabilitazione "Centrata sulla Persona con Disabilità" nella sua "globalità biopsicosociale"; 2. Riabilitazione basata sui "Bisogni realistici"; 3. Riabilitazione focalizzata su "abilità funzionalmente utili"; 4. Riabilitazione orientata all'"Outcome realisticamente raggiungibile", non all'erogazione di prestazioni; 5. Coinvolgimento attivo della Persona con disabilità e della Famiglia nella definizione dell'outcome e del percorso di cura; 6. Riabilitazione orientata alla "Performance ossia cosa una persona fa nel suo ambiente casa/lavoro" 7. Programmi guidati dal Progetto Riabilitativo Individuale; 8. Modello di "lavoro in Team interprofessionale". Il "pensare in ICF" ha permesso un miglioramento delle performances del team riducendo i tempi di presa in carico riabilitativa da parte del S.R.R.F. e quindi i costi dell'intervento riabilitativo sanitario.

**LIMITI** 1. Risorse umane divenute non congrue rispetto ai bisogni reali di riabilitazione rilevati, sia per qualifica professionale che per numero; 2. Risorse tecnologiche divenute obsolete, non adeguate agli standard professionali e alle attuali norme di accreditamento; 3. Segmenti carenti del percorso. Conseguenze principali sono: 1. impossibilità a garantire i livelli essenziali di riabilitazione nei casi a più alta complessità che necessitano di altre figure professionali attualmente non presenti nel Team (Terapista Occupazionale e Logopedista); 3. Persone che non vengono prese in cura; 4. sottoutilizzo delle potenzialità del servizio.

**CONCLUSIONI** Una riabilitazione di qualità, quindi efficace, può conciliarsi con la sostenibilità economica avviando un processo di riqualificazione dell'offerta riabilitativa che punti su organizzazione e qualità delle attività riabilitative centrate sulla Persona e orientate all'outcome. Punti chiave per la riduzione degli sprechi e sicurezza delle cure riabilitative: 1. competenza in clinica riabilitativa e governance del sistema persona con disabilità; 2. leadership del Medico specialista in Medicina Fisica e riabilitativa: valuta la complessità dei bisogni e l'outcome possibile, definisce priorità d'accesso, setting - interventi - professionista appropriato, intensità cure, dimissione presa in cura; 3. epidemiologia della disabilità con l'utilizzo dell'ICF; 4. team riabilitativo completo.

### Indirizzo per la corrispondenza

Mastrapasqua Nunzia, Medico Chirurgo  
Azienda Sanitaria Locale BT - Servizio Recupero Rieducazione Funzionale Territoriale  
Via Fornaci, 201 - 70031 - Andria (BA)  
Email: nunzia.mastrapasqua@gmail.com

## 86. Riorganizzazione di un'area di degenza per intensità di cure e carico assistenziale: analisi di progetto e realizzazione

Mattiauda Elisa

*Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino*

**BACKGROUND** Nell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo è stata attivata un'area di degenza modulata per intensità di cure e carico assistenziale per i pazienti afferenti alle specialità di Nefrologia, Oncologia e Pneumologia.

**OBIETTIVI** L'obiettivo della Tesi è quello di descrivere, attraverso l'analisi del progetto e l'osservazione sul campo, il nuovo modello organizzativo e analizzare il coinvolgimento della professionalità infermieristica, evidenziando criticità e punti di forza.

**METODI** Analisi del progetto, osservazione diretta sul campo, analisi della documentazione prodotta durante la fase di monitoraggio del progetto, partecipazione a Focus Group.

**RISULTATI** diminuzione della degenza media, buona appropriatezza nell'attribuzione dei ricoveri, mantenimento dell'efficacia del processo terapeutico e assistenziale, integrazione multi professionale, maggior responsabilità infermieristica, processo assistenziale infermieristico incentrato sulla persona.

**LIMITI** Carezza del personale sanitario Infermieristico

**CONCLUSIONI** Un progetto di riorganizzazione comporta opportunità e criticità; l'infermiere può essere vincolo oppure importante risorsa per garantire l'efficacia delle cure all'interno del cambiamento. Nella nuova organizzazione, accanto alla difficoltà nell'abbandonare modelli organizzativi consolidati e acquisiti, sono emerse importanti opportunità di valorizzazione della professione infermieristica e di crescita professionale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Mattiauda Elisa, Infermiere  
Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino  
Via Magellano, 1 - 10128 - Torino  
Email: mattiauda.elisa@gmail.com

## 87. Rilevazione dei bisogni formativi: risultati di un'indagine conoscitiva per la programmazione della formazione professionale

Mazzufero Fabio, Pelusi Gilda, Belli Francesca, Dignani Lucia, Girotti Susi, Pazzi Alessandro, Toccaceli Andrea

*AOU Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi di Ancona*

**BACKGROUND** Alla luce dei rapidi cambiamenti intervenuti all'interno delle organizzazioni sanitarie, si è resa necessaria un'attenzione sempre maggiore alla programmazione della formazione continua rivolta agli operatori che vi lavorano. La formazione rappresenta infatti un elemento imprescindibile per l'erogazione di un'assistenza di qualità, per guidare la pratica dei professionisti e per dare una risposta assistenziale appropriata, in un sistema che richiede aumento delle competenze e un utilizzo appropriato delle risorse. Per far fronte a tale processo, le organizzazioni sanitarie devono pianificare, sulla base di dati oggettivi, interventi necessari a promuovere lo sviluppo di conoscenze e competenze, e l'utilizzo della ricerca. In questo contesto, risulta interessante comprendere quali siano i bisogni formativi percepiti dai professionisti sanitari, in accordo con l'esigenza di effettuare interventi di formazione che aggiornino le conoscenze su specifiche aree tematiche.

**OBIETTIVI** Rilevare i bisogni formativi di un gruppo professionale all'interno di un setting di specialità mediche internistiche, al fine di effettuare la programmazione annuale del Piano Formativo Aziendale (PFA).

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo nel periodo luglio-agosto 2014. Sono stati arruolati tutti gli infermieri e i tecnici sanitari afferenti alle dieci unità operative (UO) del Dipartimento di Medicina Interna dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona. Per l'indagine è stato appositamente elaborato un questionario, strutturato in due parti: la prima con lo scopo di indagare i dati socio-demografici e il background formativo, l'altra diretta ad esplorare i bisogni formativi del gruppo professionale, sulla base di proposte che riguardavano diverse aree di sviluppo professionale (benessere organizzativo, Evidence Based Practice, area clinica, responsabilità professionale, pianificazione assistenziale, handover, rischio clinico, miglioramento della qualità delle prestazioni, Health Technology Assessment and Management). Le risposte si basavano su una scala Likert a 4 punti (1=interesse basso; 4=interesse alto). L'analisi dei dati è stata realizzata attraverso il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versione 19).

**RISULTATI** Hanno partecipato allo studio 167 soggetti (91.25%): 77,3% infermieri e 22,7% tecnici sanitari. I partecipanti erano prevalentemente femmine (77.1%), con un'età media di 40.1 anni (DS 8.7) e uno stato di servizio medio di 15.2 anni (DS 9.5). Il 16.2% del campione ha conseguito un titolo formativo post-base. Le aree tematiche a cui è stato attribuito un maggior livello di interesse sono state: la responsabilità professionale, con un punteggio medio di 3,33 (DS 0,64) e Health Technology Assessment and Management con il 3,28 (DS 0,65). Le aree che hanno ottenuto un punteggio medio più basso sono state: pianificazione assistenziale 2,88 (DS 0,94) e rischio clinico 2,52 (DS 0,91). L'analisi inferenziale ha potuto verificare se esistessero o meno differenze significative nei punteggi considerati per le singole UO coinvolte. Tali differenze sono state considerate il punto di partenza per l'organizzazione del Piano Formativo annuale del Dipartimento e, nello specifico, per stabilire se i percorsi formativi dovessero essere rivolti alle singole UO, o dovessero avere carattere dipartimentale. Il test di Kruskal-Wallis ha evidenziato differenze statisticamente significative per le tematiche relative a benessere organizzativo ( $p=0,001$ ), area clinica ( $p=0,001$ ), rischio clinico ( $p=0,003$ ); Health Technology Assessment and Management ( $p=0,023$ ), handovers ( $p=0,0001$ ), le quali sono state considerate nella formazione rivolta alle UO. Per le tematiche relative a Evidence Based Practice ( $p=0,870$ ), responsabilità professionale ( $p=0,314$ ), pianificazione assistenziale ( $p=0,135$ ), miglioramento della qualità ( $p=0,155$ ), di cui non sono emerse differenze tra le singole UO, sono stati organizzati corsi formativi trasversali a livello dipartimentale.

**LIMITI** Il principale limite dello studio è rappresentato dall'utilizzo di uno strumento di indagine non validato.

**CONCLUSIONI** Lo studio condotto all'interno di un setting di specialità mediche internistiche ha consentito di rilevare i bisogni formativi espressi dal personale infermieristico e tecnico sanitario. I risultati dell'indagine sono stati discussi in un Focus Group con i Coordinatori delle UO e tradotti in obiettivi formativi del PFA. Inoltre, il coinvolgimento del personale nella definizione della formazione, dovrebbe tradursi in un maggiore livello di interesse e partecipazione del gruppo all'aggiornamento professionale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Toccaceli Andrea, Infermiere  
Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi  
Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona  
Email: andrea-toccaceli@tiscali.it

## 88. Assistenza di qualità in cure palliative. Valutazione dell'efficacia di un metodo preventivo nella gestione del rischio di lesioni da decubito

Melino Stefania

*Fondazione Salvatore Maugeri*

**BACKGROUND** Il paziente di Cure Palliative (CP) è un paziente ad elevato rischio di contrarre lesioni da decubito (Ldd). La prevenzione delle Ldd nelle CP è riconosciuta come elemento essenziale per un'assistenza olistica di qualità e rimane la miglior difesa per il mantenimento dell'integrità cutanea. L'incidenza delle Ldd è un indicatore negativo della qualità della vita, dell'assistenza e la loro presenza assume un significato prognostico negativo. Alcuni autori hanno evidenziato come il peggioramento progressivo delle condizioni cliniche e di benessere nei pazienti con patologia neoplastica condizionano la comparsa e la gravità delle lesioni da pressione, tanto da ritenerle inevitabili. Le Ldd si riscontrano frequentemente nei pazienti in fase terminale con un'incidenza del 26%. In Hospice la prevalenza è del 21% e il 17% dei pazienti sviluppa lesioni dopo il ricovero. Lo U.K. Departement of Health considera le Ldd un fenomeno ragionevolmente prevenibile attraverso l'implementazione di Linee Guida Evidence Based nell'attività assistenziale corrente. Diverse LG di pratica clinica supportano l'intervento formativo per migliorare la prevenzione delle ulcere da pressione. Dati recenti sull'attività di implementazione di LG, che orientano il personale ad attuare i migliori comportamenti di prevenzione nella pratica clinica, hanno messo in evidenza una riduzione dell'incidenza di Ldd. Il Royal College of Nursing (RCN) ha identificato studi che supportano il concetto che i programmi formativi possono ridurre l'incidenza e la prevalenza dello sviluppo di ulcere da pressione. Obiettivo dello studio retrospettivo è quello di dimostrare l'efficacia di un intervento formativo teso alla prevenzione delle Ldd. Il periodo di osservazione è stato di 4 anni. La valutazione dimostra come l'insorgenza dell'evento Ldd nei pazienti di cure palliative, è un fenomeno che può essere controllato e mitigato, nelle sue conseguenze negative, attraverso l'implementazione di LG evidence based dell'AHCP (AHRQ) e modelli assistenziali infermieristici, tesi all'individuazione del paziente a rischio e al miglioramento della qualità nella pratica clinica attraverso un'assistenza preventiva, curativa e palliativa.

**OBIETTIVI** Gli steps che hanno contribuito a costruire la "cultura" necessaria ad orientare l'équipe infermieristica sono stati: Formazione del personale infermieristico ed OSS (Operatori Socio Sanitari) ed implementazione delle conoscenze. Promozione di un'assistenza infermieristica orientata alla prevenzione e all'identificazione del paziente a rischio. Monitoraggio continuo degli outcomes e condivisione dei risultati con l'équipe.

**METODI** Sono stati coinvolti 16 infermieri e 11 OSS. La valutazione è stata condotta per quattro anni (2003-2006) su tutti i pazienti ricoverati presso l'UO Cure Palliative. Il progetto è stato attuato favorendo l'integrazione del personale infermieristico e di supporto all'assistenza mediante riunioni, discussioni su casi clinici, on the job training. L'utilizzo di LG della AHRQ e di protocolli "fotografici" ha portato ad una miglior compliance nell'individuazione del paziente a rischio con scheda di prevenzione e cura delle LDD. Ai pazienti identificati a rischio con scala di Norton modificata secondo Stotts è stato posizionato superficie di supporto a fluttuazione dinamica ad alta tecnologia (Nimbus 3), Idrocolloidi ai talloni, Idrofilm ai gomiti su cute integra. La gravità delle lesioni è stata valutata con scala NPUAP(1998). Sono stati misurati gli outcomes dell'attività di prevenzione con incidenza e prevalenza.

**RISULTATI** I dati riguardano 1010 pazienti di cui 576 identificati a rischio di lesioni da pressione. Nonostante l'elevata mortalità (38%) l'assistenza preventiva, curativa e palliativa ha permesso di mitigare gli effetti negativi e devastanti della patologia oncologica evitando sofferenze aggiuntive, ottenendo un'incidenza dell'1% e una prevalenza del 13%. Le lesioni da pressione non sono una complicanza inevitabile nei pazienti di cure palliative.

**LIMITI** Mancanza di una scheda informatizzata che favorisca l'analisi ed elaborazione dei dati.

**CONCLUSIONI** La consapevolezza che abbiamo maturato è che nessun programma di miglioramento della qualità può prescindere da un cambiamento nelle relazioni umane, attitudini e comportamenti, delle persone coinvolte. L'introduzione di LG possono garantire l'efficacia solamente se le persone sono fortemente orientate e motivate al loro utilizzo e questo non può prescindere dal riscontrare nell'esperienza clinica quotidiana l'utilità dello strumento in termini di risultati/benefici per il paziente. Le LG hanno sensibilizzato il personale ad una cultura orientata alla persona, a promuovere il suo ben-essere, a valorizzare le sue risorse residue, introducendo elementi per il monitoraggio continuo e sistematico degli effetti di una particolare azione clinica di prevenzione di alterare favorevolmente la storia naturale delle lesioni.

### Indirizzo per la corrispondenza

Melino Stefania, Infermiere

Fondazione Salvatore Maugeri - Istituto Scientifico di Pavia - Sede Via Boezio - U.O. Cure Palliative e Terapia del Dolore  
Via Severino Boezio, 28 - 27100 - Pavia

Email: smelino@libero.it

## 89. Abstract-to-Publication ratio e fattori predittivi per la pubblicazione degli abstracts presentati al congresso nazionale di medicina d'urgenza: uno studio cross-sectional

Menditto Vincenzo Giannicola<sup>1</sup>, Tedesco Silvia<sup>2</sup>, Manfredi Lucia<sup>2</sup>, Postacchini Laura<sup>2</sup>, Barbadoro Pamela<sup>2</sup>, Pomponio Giovanni<sup>2</sup>, Gabrielli Armando<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Uno degli strumenti impiegati per giudicare la qualità della ricerca clinica di un meeting medico è rappresentato dal tasso di abstracts presentati che siano successivamente pubblicati in esteso su riviste indicizzate internazionali, il cosiddetto abstract-to-publication ratio o A:P. Tuttavia, recenti studi hanno evidenziato bassi valori di A:P, spesso inferiori allo 0,5 nei paesi anglosassoni, portando ad ipotizzare che un A:P ancora più basso potrebbe essere identificato nel mondo scientifico non anglofono.

**OBIETTIVI** Abbiamo condotto uno studio cross-sectional per valutare la A:P per gli abstracts presentati al congresso nazionale italiano di Medicina d'Urgenza. Inoltre, abbiamo indagato i fattori che correlano con il successo o il fallimento della successiva pubblicazione full-text degli stessi abstracts.

**METODI** Abbiamo retrospettivamente identificato tutti gli abstracts presentati al congresso scientifico nazionale annuale della Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU) nel 2008 dal programma della conferenza. Per identificare se il lavoro relativo all'abstract sia stato pubblicato, abbiamo eseguito una ricerca manuale su MEDLINE impiegando i nomi degli autori ed alcune parole chiave. Di ogni abstract sono stati identificati: il formato (orale o poster), la lingua (italiano, inglese), la presenza di autori accademici, popolazione studio = 100 unità, tipo di studio (ricerca di base o clinica) e di design: randomizzato controllato (RCT), studio di coorte osservazionale, case report, o studio descrittivo. Abbiamo usato una serie di raccomandazioni basate sull'evidenza per verificare la qualità metodologica di tutti gli abstracts.

**RISULTATI** Dei 298 abstracts presentati, 43 (14%) sono stati poi successivamente pubblicati. Il migliore predittore di una successiva pubblicazione è stata la buona qualità metodologica dell'abstract (Odds Ratio (OR) = 16.95; intervallo di confidenza al 95% percentile [95%CI] 7,47-38,50). Altri fattori predittivi positivi per una futura pubblicazione erano il tipo di studio, sia RCT (OR = 11,05; 95% CI 2,53-48,13) che la ricerca di base (OR = 7.23; 95% CI 2,68-19,49) ed uno studio con popolazione > 100 pazienti (OR = 5,60; IC 95% 2,83-11,10), la presentazione orale (OR 3.00; 95% CI 1.55 to 5.84) ed infine la presenza di autori accademici (OR 2.39; 95% CI, 1.23-4.63). Abbiamo individuato i seguenti fattori predittivi per il fallimento nel pubblicare l'abstract: case report quale disegno dello studio (OR = 0.18; 95% CI,05-,60) e l'uso della lingua italiana (OR = 0.14; 95% CI 0,06-0,33).

**LIMITI** Limiti dello studio potrebbero essere: la ricerca solo su MEDLINE e non su altri motori di ricerca (in particolare EMBASE) ed il lasso temporale considerato di 4 anni (dal 2008 al 2012), anche se tali riferimenti sono solidali con la letteratura. Inoltre, i dati potrebbero essere influenzati da fattori quali una soglia qualitativa più bassa ad accettare gli abstracts per le presentazioni ai congressi italiani o la maggiore difficoltà a pubblicare papers provenienti da un paese non anglosassone.

**CONCLUSIONI** Nel nostro studio descriviamo un'associazione tra pubblicazione full text e qualità metodologica dell'abstract di origine, che non era stata ancora riportata in letteratura. Il A:P per il principale congresso nazionale di Medicina d'Urgenza in Italia è inferiore rispetto ad altre realtà scientifiche: US (23-47%), Australia (35%) e UK (30%). Crediamo che l'aumento della qualità metodologica negli studi futuri potrebbe essere il punto chiave per migliorare la performance complessiva della ricerca in questo ed altri ambiti.

### Indirizzo per la corrispondenza

Menditto Vincenzo Giannicola, Medico Chirurgo  
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza  
Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona  
Email: v.menditto@univpm.it

## 90. L'analisi proattiva mediante FMEA del rischio clinico nella gestione radioterapica del carcinoma mammario

Messina Glauco

*Istituto Neurotraumatologico Italiano*

**BACKGROUND** Il lavoro sperimentale che ho portato avanti è un'analisi del rischio clinico e delle sue applicazioni nel campo della radioterapia come terapia del carcinoma mammario.

**OBIETTIVI** L'obiettivo principale di questo lavoro è stato quello di analizzare con una metodica proattiva come la FMEA, eventuali rischi per il paziente insiti in una tecnica come la IORT (Intra Operative Radiotherapy).

**METODI** Abbiamo analizzato 600 pazienti sottoposti a radioterapia per carcinoma mammario di cui 85 sottoposti a IORT. L'identificazione e l'analisi di rischio della IORT sono state condotte secondo la tecnica FMEA. Scelto il processo avviene la costituzione del team multidisciplinare composta da esperti del processo e da non esperti. Accanto a queste figure c'è il team leader che gestisce il gruppo e guida l'analisi. Per analizzare il processo è necessario prima descriverlo in macrofasi, rappresentandolo anche graficamente con diagrammi di flusso, e poi scomporlo nel dettaglio fino alla descrizione delle attività semplici. Per ogni sottofase il team identifica, attraverso la tecnica del brainstorming, i possibili errori che si potrebbero realizzare nello svolgimento di un'attività, cioè quei potenziali rischi per la sicurezza che, se accedessero potrebbero causare danni al paziente (o agli operatori, ai visitatori o alle attrezzature) ed identificarne quindi le possibili conseguenze, dalla più lieve alla più grave. Per ogni errore individuato è necessario ricercare la causa potenziale, ricorrendo alle tecniche di problem solving. Si accede poi alla fase quantitativa della tecnica in cui alle criticità individuate ed alle loro conseguenze sono assegnati dei punteggi per descriverne la gravità, la probabilità di accadimento e la rilevabilità per poi stimarne l'indice di priorità del rischio o IPR. L'elaborazione dell'indice di priorità è funzionale alle decisioni da intraprendere rispetto ai miglioramenti necessari. Infatti gli inconvenienti / errori che sono stati individuati non sono tutti ugualmente prioritari e quindi un punteggio IPR elevato individuerà quelli a più alta priorità di intervento. Nel caso specifico il gruppo di lavoro ha elaborato un tempogramma, mediante la tecnica del cronogramma di Gant.

**RISULTATI** A quattro mesi dalla conclusione dell'analisi, si sono ottenuti i seguenti risultati: Fase 4h, azione migliorativa individuata, introduzione dell'ecografia intraoperatoria. Fase 4h, 3g, 4i, azione migliorativa comune individuata, formazione ed istituzione di scheda di technical competence sulla quale devono essere riportate il numero di IORT per operatore, la frequenza di partecipazione ai corsi e le valutazioni conseguite. Fase 3g azione migliorativa individuata, fissaggio del disco mediante punti di sutura ancorati fra l'involucro e la fascia muscolare: attualmente a regime il fissaggio del disco, standard rispettato. Fase 4b, azione individuata, omogeneizzare la spessore ghiandolare da irradiare: a regime, standard rispettato. Fase 3b azione individuata, sostituzione del film Gafchromic con l'impiego del diodo Mosfet: tuttora oggetto di valutazione e subordinata all'eventuale acquisto del diodo. L'efficacia di ogni azione correttiva è stata valutata attraverso specifici indicatori di processo e esito. Oltre questi indicatori è stato rilevato un indicatore di esito a trenta giorni dalla IORT, di ulteriore trattamento radiante in cui si valuta l'assenza di effetti collaterali (edema, liponecrosi, ferita chirurgica non ben rimarginata, ecc), ossia numero di pazienti sottoposti a radioterapia intraoperatoria che presenta, a 30 giorni dal trattamento, danno tissutale rispetto al numero totale di pazienti sottoposti a radioterapia intraoperatoria. L'esito è stato del 15%, ben al di sotto della media della letteratura (18%). Tale dato però va valutato anche alla luce dell'esiguità dei casi e soggetto ad ulteriore verifica con l'aumento della casistica.

**LIMITI** La IORT (Intra Operative Radiotherapy), già applicata in centri specializzati, ma di fatto è ancora sperimentale ed i dati vanno valutati anche alla luce dell'esiguità dei casi e soggetto ad ulteriore verifica con l'aumento della casistica.

**CONCLUSIONI** Concludendo il nostro gruppo ha avuto modo, entrando nel merito degli oggetti analizzati, di ricorrere ad una metodologia di analisi del rischio (tecnica FMEA) che si avvale della logica tipica del problem solving descritta in precedenza, applicandone gli strumenti classici: dal brainstorming alla matrice di priorità, dalla selezione dei pesi alla flow chart. Per quanto riguarda invece la seconda dimensione di analisi, ossia il contenuto ed il prodotto del lavoro e che si sostanzia nell'analisi di rischio del momento del percorso diagnostico terapeutico del tumore della mammella, in primo luogo ci sembra opportuno sottolineare che il lavoro ha generato dei piani di miglioramento a fronte delle criticità evidenziate e ciò a beneficio della sicurezza per il paziente. Sono emersi inoltre altri aspetti positivi che riguardano da un lato l'opportunità che studi di questo tipo incidano sulla diffusione della cultura della sicurezza, aumentando la consapevolezza dei rischi, dall'altro la possibilità offerta ai professionisti di approfondire quegli aspetti di dettaglio dei percorsi assistenziali che rischiano talvolta di non essere adeguatamente percepiti nella loro rilevanza.

### Indirizzo per la corrispondenza

Glauco Messina, Medico Chirurgo  
INI - Istituto Neurotraumatologico Italiano  
Via Sardegna, 50 - 00187 - Roma  
Email: glauco.messina@gruppoini.it

## 91. Virtual care and real assistance. La gestione della non autosufficienza ai tempi del grande fratello.

Messina Glauco

*Istituto Neurotraumatologico Italiano*

**BACKGROUND** Il termine teleassistenza si presta a diverse definizioni a seconda degli aspetti della disciplina su cui ci si vuole concentrare. Tutte le possibili formulazioni convergono comunque nell'idea che non sia il paziente a doversi spostare, ma le informazioni, attraverso la loro trasmissione in tempo reale tra medico e cittadino o tra gli addetti ai lavori, grazie a sistemi di comunicazione di tipo telematico/informatico.

**OBIETTIVI** L'obiettivo di questo progetto è tentare di sfruttare una tecnologia tradizionale, e ormai familiare ai più, ovvero la televisione, per gestire in maniera semplice e intuitiva dispositivi che poco hanno a che fare con la televisione stessa, ma che spesso sono di uso necessario e frequente per specifiche categorie di soggetti, tipicamente anziani, spesso affetti da patologie che richiedono un monitoraggio costante di determinati parametri clinici.

**METODI** Il sistema proposto si configura come un Set Top Box evoluto, in grado di interfacciare sistemi esistenti e tecnologie consolidate nella distribuzione di contenuti audio/video, come il broadcast televisivo in tecnologia digitale terrestre (DVB-T) o lo streaming di contenuti multimediali su IP (Internet Protocol). Gli apparati biomedicali solitamente utilizzano ricevitori Bluetooth (in quanto quelli disponibili sul mercato, e certificati, sono quasi esclusivamente di questo tipo) e formano una PAN (Personal Area Network) interfacciata con il Set Top Box. Siamo interessati a valutare la possibile integrazione di biosensori molto innovativi, indossabili o impiantabili nel corpo umano, che possono raccogliere e trasferire i dati relativi alla salute, anche senza la necessità di alcuna azione da parte dell'utente.

**RISULTATI** Il sistema proposto è composto principalmente da: ? una prima parte situata a casa del paziente; ? una seconda parte situata in un centro medico. A casa del paziente il sistema è composto da: • un apparato televisivo in grado di ricevere le applicazioni interattive del digitale terrestre, quindi un set-top box per DVB-T con il suo telecomando, un televisore e un'antenna, un gruppo di continuità. • una linea telefonica per la trasmissione dei dati; • una smart card personale del paziente da inserire nel set-top box per la sua autenticazione e per la configurazione dei parametri necessari alla connessione con il centro medico; • un apparato elettronico (base station) per l'acquisizione dei segnali biomedici. Attraverso i mezzi di trasmissione forniti da un'emittente televisiva (broadcaster), il set-top box riceve un'applicazione in grado di gestire la base station, di visualizzare sullo schermo TV gli esami acquisiti e di inviarli ad un centro medico. Il set-top box DVB-T è come un computer, caratterizzato da un canale d'ingresso per l'utente (il telecomando), un canale di uscita (attraverso lo schermo TV) e alcune porte per l'interfacciamento con altri dispositivi, nominalmente una porta seriale (RS-232) e un connettore RJ-11 per la linea telefonica (dal momento che il set-top box ha un modem interno), oltre ai tradizionali connettori audio/video. La parte del sistema situata nel centro medico remoto è composta da: • un PC connesso a Internet e che agisce da server per la ricezione degli esami effettuati dal paziente; • un programmatore di smart card.

**LIMITI** L'unico limite alla metodica si è presentato nel momento di reperire la frequenza televisiva, anche non ad uso esclusivo, a costi accessibili. In fase di progettazione abbiamo trovato la disponibilità di un'emittente televisiva locale e di uno sponsor privato che ci hanno assicurato la copertura dei costi.

**CONCLUSIONI** La possibilità di poter "visualizzare" in maniera semplice e immediata il proprio stato di salute sul monitor televisivo e di poter, altrettanto semplicemente, interagire con i dispositivi elettromedicali usati per il monitoraggio del proprio stato di salute potrebbe costituire un importante aiuto per quei soggetti che, per motivi diversi, legati all'età, al grado di scolarizzazione, allo stato di salute stesso, non possono, o non vogliono, apprendere il funzionamento di dispositivi più complessi da gestire. La disponibilità di un Set Top Box evoluto, in grado di interfacciare i dispositivi elettromedicali e di acquisire il segnale televisivo digitale, potrà poi aprire la strada alla erogazione di una vasta gamma di servizi da parte di operatori medici, enti sanitari pubblici e/o privati, enti e organizzazioni assistenziali, anche nella prospettiva di ampliare la platea di possibili fruitori di assistenza sanitaria domiciliare, che consentano una riduzione dei costi legati all'ospedalizzazione e alla mobilità degli operatori.

### Indirizzo per la corrispondenza

Glauco Messina, Medico Chirurgo  
INI - Istituto Neurotraumatologico Italiano  
Via Sardegna, 50 - 00187 - Roma  
Email: glauco.messina@gruppoi.it

## 92. P.N.E.: attivazione di audit clinici sulla base delle criticità emergenti presso l'ASL TO5 di CHIERI (TO)

Messori Ioli Giovanni, Bo Marco, Zardo Luciano, Dore Maurizio

### ASL TO5 di Chieri (TO)

**BACKGROUND** Nel 2014 il Programma Nazionale Esiti (PNE) ha messo a disposizione i dati relativi alle misure effettuate su un ampio insieme di indicatori di esito, utilizzando come base dati il flusso SDO ed i dati forniti dall'anagrafe tributaria. Per ogni indicatore è disponibile una scheda sintetica che ne descrive il significato e le modalità di misura. Nel 2014 il programma ha selezionato un set di 11 indicatori per i quali esistono forti evidenze di una relazione con la qualità delle cure erogate, ma la cui interpretazione dipende dalla qualità dei dati utilizzati per la loro elaborazione, che è necessario sottoporre ad un processo sistematico di verifica. Per ognuno di questi indicatori è stato fornito l'elenco delle strutture sanitarie in cui sono state osservate misure superiori o inferiori a determinati valori soglia o differenze fra rischio grezzo ed aggiustato 95%. Il programma ha richiesto, quindi, alle regioni – tramite le singole Aziende Sanitarie – di condurre audit clinici ed organizzativi finalizzati a valutare la qualità dei dati codificati nei Sistemi Informativi Sanitari, ad individuare eventuali criticità di codifica che possono essere oggetto di interventi specifici di miglioramento ed a segnalare eventuali discordanze in relazione alle diagnosi, alla misura dell'esito o all'inclusione/esclusione di determinati ricoveri. Presso l'ASL TO5 nel 2013 sono stati rilevati scostamenti superiori alla soglia critica in relazione a due indicatori: 1) una mortalità a 30 giorni del 21,93% in soggetti ricoverati per scompenso cardiaco congestizio presso l'ospedale di Carmagnola (R adj: 20,95%; RR: 2,01; p

**OBIETTIVI** Condurre audit clinico-organizzativi finalizzati alla verifica della qualità delle cure erogate ed alla valutazione delle modalità di codifica delle SDO, con specifico riferimento ai codici utilizzati per la costruzione dei due indicatori segnalati.

**METODI** Il Controllo di Gestione ha ricavato dal sito web del PNE i dati sull'andamento delle misure dei due indicatori di mortalità e degli indicatori correlati a livello nazionale, regionale ed aziendale. È stato, quindi, interrogato il database aziendale relativo al flusso SDO, applicando i criteri adottati dal PNE per la costruzione dei due indicatori di mortalità, ed è stato ottenuto l'elenco dei soggetti dimessi per scompenso cardiaco congestizio ed a seguito di intervento per neoplasia del colon. Sono stati selezionati i casi corrispondenti ai decessi ed è stata richiesta copia delle cartelle cliniche corrispondenti. Sono stati contattati i responsabili delle strutture interessate, la Direzione Sanitaria di Presidio e la Direzione Aziendale ed è stata richiesta la disponibilità a partecipare ad audit clinici ed organizzativi, utilizzando la metodologia proposta dal PNE.

**RISULTATI** Nel periodo 2010-13 presso il Presidio di Moncalieri sono stati osservato un basso numero medio annuo di ricoveri con intervento per neoplasia del colon (media: 33,3±9,8; min. 22; max. 42) e di decessi (medio: 2,3±2,1; min. 0; max. 4). Il tasso di mortalità è stato estremamente variabile, con un aumento nel biennio 2012-13 (mortalità media annua: 6,61±6,59%; min. (2010): 0%; max. (2013): 14,3%). L'analisi delle cartelle cliniche ha evidenziato che i soggetti deceduti avevano un'età media elevata (79,9±8 anni), che l'88,9% era stato sottoposto ad intervento urgente per occlusione intestinale (fattore non considerato dal PNE per il calcolo del rischio aggiustato), a seguito della quale era stata posta la diagnosi di tumore maligno del colon. In alcuni casi la SDO non riportava alcune patologie concomitanti rilevanti per il calcolo del rischio aggiustato (metastasi). Nel primo trimestre 2015 sarà condotto un audit clinico in relazione ai dati forniti sulla mortalità nei soggetti ricoverati per scompenso cardiaco.

**LIMITI** La complessità dei criteri di calcolo degli indicatori di mortalità (ad es. necessità di ricostruire ricoveri pregressi effettuati presso altre Aziende) e la presenza di possibili bias di codifica nella compilazione delle SDO hanno limitato la comparazione fra i dati forniti dal PNE e quelli aziendali.

**CONCLUSIONI** L'analisi ha consentito di escludere la presenza di un eccesso di mortalità attribuibile ad un eccesso di complicanze chirurgiche. L'importante variazione osservata nel tasso di mortalità rispetto al dato nazionale è stato verosimilmente influenzato dalla bassa numerosità degli eventi analizzati e dalla modalità di accesso dei pazienti (prima diagnosi di neoplasia a seguito di episodio occlusivo), che è associata ad un aumento di mortalità, ma non è considerata nell'aggiustamento del rischio. Il lavoro svolto ha consentito di approfondire con gli operatori le modalità di codifica delle SDO in relazione a DRG specifici.

### Indirizzo per la corrispondenza

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

### **93. La gestione della appropriatezza prescrittiva: L'utilizzo di pannelli predefiniti di esami di Laboratorio nel Dipartimento di Emergenza Urgenza dell'ASL 6 di Livorno**

Michela Davide, Pennati Paolo, Fiorini Marcello

*ASL 6 Livorno*

**BACKGROUND** La Regione Toscana con la Delibera 1235 del 28/12/2012 nell'ambito di un quadro di una profonda riorganizzazione del Sistema Sanitario Toscano, indica la necessità di migliorare l'appropriatezza prescrittiva della Medicina di laboratorio mediante l'utilizzo di profili diagnostici secondo l'approccio del Case management. I comportamenti prescrittivi dei medici per la diagnostica di laboratorio può essere cambiato in termini quantitativi importanti tramite un approccio multifattoriale e un impegno continuo. La combinazione di interventi che risulta più efficace coniuga la disseminazione di linee guida, la modifica del formato di richiesta dei test e i cambiamenti di politica economica. L'applicazione dell'informatica nel "decision-making" sul comportamento dei clinici nella richiesta di esami è stato dimostrato avere effetti positivi sul miglioramento dell'appropriatezza come outcome del processo diagnostico, i fattori di successo sono la qualità del disegno del sistema e dell'interfaccia utente, la strategia di implementazione e il contesto locale

**OBIETTIVI** Valutare gli effetti dell'introduzione di sistema di prescrizione per pannelli diagnostici sulla inappropriatezza prescrittiva nella realtà oggetto dello studio.

**METODI** L'U.O. Patologia Clinica e Laboratorio Analisi dell'ASL 6 di Livorno è da tempo impegnato nella implementazione di sistemi per garantire l'appropriatezza prescrittiva dei test di laboratorio. Allo scopo di supportare gli operatori in un efficace nell'inquadramento dei pazienti afferenti al Dipartimento di Emergenza Urgenza (DEU) e per poter raggiungere una migliore sintonia organizzativa con gli altri servizi clinici, ha attivato una procedura informatica di prescrizione a pannelli predefiniti di esami di laboratorio, sulla base dei quadri di presentazione clinica dei pazienti che più frequentemente necessitano di esami di laboratorio. I sette pannelli sono stati elaborati secondo le raccomandazioni del Gruppo di Studio SIBioC contenute nel documento "Esami di Laboratorio raccomandati in alcune tipiche situazioni di Pronto Soccorso" (Biochimica Clinica, 2011, vol.35 n.3). L'implementazione dell'utilizzo della procedura dall'ottobre 2013 ha rappresentato un valido caso studio. L'analisi è stata condotta comparando le richieste inserite dal DEU della zona-distretto di Livorno nel periodo 1/1-30/06/2014 con il periodo 1/1-30/6/2013.

**RISULTATI** I risultati ottenuti comparando i due periodi di osservazione hanno mostrato una diminuzione complessiva del numero di esami di laboratorio del 3,8% rispetto al 2013 a fronte di un aumento del numero di pazienti del 5,7%. Il numero di test richiesti per paziente è sceso da 18,1 a 16,5 (-1,6) e ha determinato una diminuzione delle risorse economiche per la diagnostica di laboratorio del DEU nel periodo di osservazione pari 8,3% rispetto all'anno precedente.

**LIMITI** L'osservazione ha preso in considerazione esclusivamente le richieste provenienti dal DEU della zona-distretto di Livorno. Il periodo di osservazione è stato di 181 giorni.

**CONCLUSIONI** L'introduzione del sistema prescrittivo per pannelli nella realtà oggetto dello studio è risultato in grado di agire efficacemente nella diminuzione del numero di test che risultano richiesti in maniera inappropriata, confermando l'efficacia e la qualità dell'intervento avviato, che ha permesso un sensibile contenimento dei costi per la diagnostica. I risultati ottenuti, che dovranno essere convalidati da una osservazione più lunga per apprezzare eventuali variazioni cliniche significative, comprovano gli effetti positivi dell'utilizzo di percorsi condivisi e nella capacità di instaurare un proficuo dialogo tra professionisti.

#### **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

## 94. Nuovi modelli organizzativi in ambito ospedaliero: una consensus conference per creare cultura sull'intensità di cura

Minniti Davide<sup>1</sup>, Gualano Maria Rosaria<sup>2</sup>, Passi Stefano<sup>2</sup>, Giacometti Marika<sup>2</sup>, Siliquini Roberta<sup>2</sup>, Cosenza Gaetano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASL TO3, <sup>2</sup>Università degli Studi di Torino

**BACKGROUND** Il momento di crisi e il cambiamento che vivono oggi tutte le realtà sanitarie del nostro Paese ha imposto la ricerca di nuovi modelli organizzativi in grado di fornire una risposta adeguata e coerente ai bisogni e alle esigenze in continua evoluzione degli utenti e di tutti gli operatori sanitari. Questa ricerca di forme organizzative diverse si sposa con i nuovi dettami normativi che identificano innovativi modi di concepire gli ospedali dal punto di vista organizzativo e che sono finalizzati a dare al paziente ciò di cui ha bisogno, combinando la tradizionale esigenza di appropriatezza clinica con quella di appropriatezza organizzativa (choosing wisely). In questo scenario di cambiamento, la riorganizzazione delle attività ospedaliere per "intensità di cura" risulta essere la forma organizzativa che più di altre fornisce una risposta concreta all'esigenza di incrementare e migliorare sia la gestione clinica del paziente, con elevati gradi di instabilità, sia la sfera assistenziale dovuta alla significativa presenza di pazienti cronici, fragili e con patologie multifattoriali. Un ospedale non più strutturato come da tradizione in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica per la sua cura, ma organizzato in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale. È questo il "nuovo" ospedale in fase di sperimentazione per coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza mettendo ancor più al centro il paziente e il suo livello di bisogno assistenziale.

**OBIETTIVI** L'obiettivo generale è quello di definire protocolli operativi e percorsi organizzativi applicabili al modello di riorganizzazione ospedaliero per Intensità di cura attraverso la realizzazione di una Consensus Conference multidisciplinare che coinvolga professionisti provenienti da aree geografiche rappresentative di tutta la realtà nazionale.

**METODI** Sono state identificate una serie di tappe che guideranno la realizzazione del progetto - Ricerca Bibliografica (PubMed, Mesh, Cochrane, Google Scholar, letteratura grigia etc.) - Definizione degli obiettivi, delle fasi di lavoro e del relativo cronoprogramma. - Creazione dei gruppi di lavoro - Presentazione Progetto operativo - Budget e relativa scheda finanziaria - Mappatura degli ospedali organizzati per IC in Italia - Analisi dei modelli applicati - Analisi delle problematiche ed elaborazione di documentazione operativa condivisa, in relazione alle tematiche identificate. - Creazione di un report - Elaborazione e diffusione di istruzioni "d'uso"

**RISULTATI** Risultati In questa fase preliminare di progettazione è stato possibile identificare una serie di tematiche di interesse che saranno oggetto di specifiche analisi da parte dei gruppi di lavoro attualmente in formazione. Si tratta di argomenti che dovranno essere analizzati in relazione alla riorganizzazione ospedaliera per Intensità di Cura: - Metodologia di valutazione dell'attività ospedaliera pre IC - Strategie per la formazione del personale sul nuovo modello IC - Ruolo delle figure professionali - Percorsi assistenziali - Nuovi strumenti operativi (Bed manager, cartella unica, ecc) - Infezioni ospedaliere - Aspetti medico-legali e responsabilità organizzativa - Aspetti economico-amministrativi (centri di costo) - Rete ospedale territorio nel nuovo modello IC - Costruzione di nuovi indicatori per il monitoraggio post IC

**LIMITI** Il progetto si trova in una fase iniziale di implementazione quindi non sono ancora disponibili risultati completi.

**CONCLUSIONI** Prendendo in considerazione un progetto di riorganizzazione per intensità di cura si rivela essenziale un'attenta pianificazione del processo di cambiamento. In altri termini è importante che tutti gli stakeholders interessati a intraprendere questo tipo di cambiamento dedichino del tempo all'analisi e alla progettazione dello stesso attraverso la valutazione di molteplici dimensioni critiche necessarie all'accettazione da parte di tutta l'organizzazione di questo nuovo modello clinico-assistenziale che individua proprio nell'approccio multidimensionale e multi-professionale il suo aspetto peculiare.

### Indirizzo per la corrispondenza

Minniti Davide, Medico Chirurgo  
Ospedali Riuniti di Rivoli - Direzione Sanitaria  
Via Rivalta, 29 - 10098 - Rivoli (TO)  
Email: [davide.minniti@unito.it](mailto:davide.minniti@unito.it)

## 95. La riorganizzazione del percorso TAO attraverso il Lean Thinking: integrazione e ottimizzazione delle risorse di diversi Dipartimenti Aziendali per una migliore risposta al Paziente

Nigris Daniele, Barbagli Francesco, Vescovo Sara, Curcio Francesco, Gallo Simonetta, Proietti Veronica, De Angelis Vincenzo

*Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine*

**BACKGROUND** Il percorso del paziente in Terapia Anticoagulante Orale è condiviso tra due Dipartimenti, quello di Medicina Trasfusionale deputato all'accettazione, prelievo e definizione della TAO e quello di Medicina di Laboratorio incaricato della determinazione dell'INR. Il recente trasloco del laboratorio analisi presso una nuova struttura ha poi introdotto nuove variabili organizzative con importanti modifiche ad un "processo" consolidato da anni. Questi aspetti, come altri analizzati, rendevano il processo TAO non lineare provocando quindi incomprensioni tra gli operatori coinvolti e ritardi nella gestione della terapia. Considerata quindi l'attuale organizzazione del percorso TAO, i due responsabili di Dipartimento hanno commissionato una revisione del processo tramite metodologia LEAN con l'obiettivo di mettere ordine e migliorare il servizio ad isorisorse.

**OBIETTIVI** L'obiettivo è stato quello di analizzare il percorso TAO esistente e proporre una nuova organizzazione con lo scopo di migliorare il servizio verso il paziente e, conseguentemente, anche la routine lavorativa di tutti gli attori coinvolti. La sfida quindi era quella di trovare una soluzione Lean, ad isorisorse, che mettesse d'accordo numerose figure professionali e di due differenti dipartimenti, riducendo gli sprechi ed ottimizzando i percorsi.

**METODI** La metodologia Lean consiste nell'analisi dei processi, nella mappatura delle attività connesse al processo individuato, nell'identificazione delle attività a valore e del loro fluire senza interruzione. In altre parole, distinguere le attività che conferiscono "valore" da quelle che invece possono essere eliminate perché non "utili" al flusso. Lean si basa sulla riduzione dei costi e aumento dell'efficienza: meno ore uomo, meno spazio, meno tempo, ecc... Per l'analisi dell'intero percorso TAO sono stati creati due gruppi di lavoro nei quali sono stati coinvolti Medici, Infermieri, Amministrativi e Tecnici di Laboratorio mentre il coordinamento tra i due gruppi è stato svolto da un "Lean team leader" costituito da un Tecnico di Laboratorio e da un Ingegnere Clinico. I due gruppi di lavoro hanno prodotto due analisi Lean distinte che sono poi state integrate tra loro per ottenere il miglior risultato possibile ad isorisorse. Infine, tali proposte sono state sperimentate e monitorate per poter valutare la veridicità del modello ottenuto con la Value Stream Map (VSM).

**RISULTATI** L'analisi Lean ha evidenziato un'organizzazione non aggiornata al nuovo assetto, quindi bloccata nelle vecchie abitudini con conseguente utilizzo non ottimale delle risorse. La nuova proposta organizzativa mette in ordine, riduce le attività caotiche e le organizza in "pacchetti" così da rendere più efficiente ogni fase lavorativa. Il principale risultato ottenuto è stato quello di liberare tempo/uomo per ogni attore interessato: principalmente medico, amministrativo e tecnico di laboratorio. Le azioni correttive hanno portato all'ottimizzazione delle attività, garantendo i risultati in tempi certi e favorendo le attività in modo meno dispersivo.

**LIMITI** Il principale limite in una riorganizzazione di un processo, specialmente se con metodologia Lean, è la paura al cambiamento. Qualsiasi modifica nella routine lavorativa va sostenuta con il supporto di numeri che ne dimostrino l'efficacia, unita poi ad una forte leadership del responsabile del processo e un "Lean team leader" rodato e capace di guidare e gestire le varie complessità e conflittualità frequentemente emergenti.

**CONCLUSIONI** La Lean Analysis è uno strumento efficiente ed efficace per migliorare la qualità del servizio, a basso impatto organizzativo ed a isorisorse. La Lean Analysis risponde perfettamente alle nuove esigenze organizzative soprattutto all'interno di un sistema molto complesso come quello sanitario al quale si chiede sempre maggiore efficienza ed efficacia con minori risorse possibili.

### Indirizzo per la corrispondenza

Nigris Daniele, Tecnico sanitario laboratorio biomedico  
AOU Udine - Santa Maria della Misericordia di Udine - Dipartimento di Medicina di Laboratorio  
Piazzale Santa Maria della Misericordia, 15 - 33100 - Udine  
Email: [nigris.daniele@aoud.sanita.fvg.it](mailto:nigris.daniele@aoud.sanita.fvg.it)

## 96. Progetto di centralizzazione della gestione dei farmaci oncologici di livello regionale finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa in Umbria

Orlandi Walter, Pioppo Manuela, Bogni Donatella, Bernardini Ilaria, D'Arpino Alessandro

*Azienda Ospedaliera di Perugia*

**BACKGROUND** I farmaci oncologici sono oggetto di particolari attenzioni gestionali, sia per le problematiche relative alla loro pericolosità, sia perché rappresentano una fetta consistente della spesa farmaceutica Ospedaliera. È per queste motivazioni che in Umbria, la Rete Oncologica Regionale ha deciso di dotarsi di un unico software gestionale regionale che permette l'informatizzazione di tutte le chemioterapie effettuate in tutte le strutture regionali. A causa della necessità di assicurare vicino a casa dei pazienti la possibilità di effettuare terapie in una zona geograficamente difficile dal punto di vista logistico, risulta frammentata la fase di allestimento in troppi punti.

**OBIETTIVI** Al fine di ottimizzare anche questo aspetto in un processo di disinvestimento e riallocazione è la Regione ha dato mandato alla Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia la realizzazione di uno studio di fattibilità per effettuare una valutazione dell'impatto che avrebbe una centralizzazione spinta dell'allestimento delle chemioterapie su un solo laboratorio galenico interaziendale.

**METODI** I farmaci oggetto di valutazione di fattibilità centralizzazione della preparazione in un laboratorio unico sono stati: bevacizumab, cetuximab, paclitaxel, pemetrexed, rituximab, trastuzumab, bortezomib, azacitidina. Attraverso il calcolo dei milligrammi di farmaco utilizzato nella giornata, per singola struttura, i confezionamenti disponibili e il costo a milligrammo, si è fatta una stima del valore degli scarti di produzione generati nella situazione attuale. Le strutture attualmente operanti sul territorio regionale che allestiscono chemioterapici antitumorali sono 7: AOU Perugia, AO Terni, Ospedale di Foligno che prepara anche per gli ospedali Spoleto, di Narni, di Amelia e di Orvieto, Ospedale di Città di Castello che prepara anche per l'ospedale della Media Valle del Tevere e di Gubbio, Ospedali di Città della Pieve ed Assisi. Il valore complessivo degli scarti nella situazione attuale è risultato essere pari a 67.000 euro /mese pari a circa 800.000 euro su base annua.

**RISULTATI** Considerata l'opportunità di massimizzare le risorse già presenti sul territorio, si ipotizza la centralizzazione presso un solo centro situato presso il Laboratorio di Galenica Clinica dell'AO Perugia, nella quale vengono effettuate il maggior numero di preparazioni giornaliere. Presso questo centro, è già operante un Laboratorio di Galenica Clinica ben organizzato che allestisce circa 30.000 preparazioni oncologiche/anno. Quindi azzerando gli scarti di tutti i centri, tranne quello dell'AO Perugia, si genererebbe un risparmio di circa 500.000 euro/anno. Tuttavia, attraverso un opportuno utilizzo dei dati aggiuntivi di stabilità chimico-fisica e microbiologica, tale valore diventerebbe circa 700.000 euro. Il valore di spesa aggiuntiva causata dalla logistica viene stimato in circa 100.000 euro/anno. Da tali valutazioni deriva che, il nuovo modello organizzativo genererebbe risparmi per circa 600.000 euro/anno pari a 3.000.000 in 5 anni, che potrebbero essere reinvestiti per potenziare il laboratorio (1 farmacista 2 tecnici), e per ristrutturare/potenziare il laboratorio (750.000 euro) con un avanzo di gestione dopo 5 anni di circa 1.500.000 euro. Il progetto attualmente è allo studio di fattibilità su mandato della Regione dell'Umbria. Di seguito la tabella costi in 5 anni: Entrate Uscite giacenza Avanzi di lavorazione 3500000 3.500.000 Logistica Trasporti 500.000 3.000.000 Personale aggiuntivo (1 farmacista 2 tecnici) 750.000 2.250.000 Ristrutturazioni laboratorio 750.000 1.500.000

### LIMITI -

**CONCLUSIONI** Tali valutazioni, sono sicuramente sottostimate in quanto sono stati considerati solo gli avanzi generati da poche molecole e non sono stati considerati gli avanzi generati da molecole ad altissimo costo che sono arrivate sul mercato e quindi alla clinica solo negli ultimi 3 mesi. Inoltre la disponibilità di un laboratorio di galenica clinica regionale potrebbe indurre a considerare la eventuale centralizzazione dell'allestimento di altre molecole ad alto costo non oncologiche. Il lavoro ha permesso di dimostrare che a isorisorse in termini di personale ,con poche variazioni della logistica (facilmente ammortizzabile in un quinquennio, visto il generarsi di risparmi di lavorazione) e con supporto di tecnologia già peraltro presente in due Ospedali possono essere pensati modelli organizzativi con un miglior profilo gestionale e di sicurezza per i pazienti,nell'ottica di una sanità di tutti e per tutti.

### Indirizzo per la corrispondenza

Bernardini Ilaria, Medico Chirurgo  
Azienda Ospedaliera di Perugia - Direzione Sanitaria  
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia  
Email: ilaberny@hotmail.com

## 97. La segnalazione dell'"evento critico" nell'Azienda USL di Bologna: confronto dei risultati con gli standard nazionali e internazionali

Palladino Teresa, Simoni Anna, Minarini Andrea

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** Eventi clinici gravi si verificano nei sistemi sanitari per carenze organizzative, complicanze rare, errori umani o altre cause. In queste situazioni, le conseguenze sono drammatiche per pazienti, familiari, professionisti, organizzazione. La crisi che segue all'evento richiede a management e board la capacità di "essere preparati" con un piano di intervento e la capacità di "agire" con interventi appropriati per evitare condotte inappropriate, comunicazione contraddittoria, mancata opportunità per percorsi di miglioramento, probabilità di contenzioso, informazioni distorte da parte dei media, perdita di fiducia dei cittadini. A livello aziendale è stato definito un percorso per la corretta gestione degli "eventi critici" (P112)

**OBIETTIVI** Fornire indicazioni per la corretta gestione clinica, medico-legale, organizzativa e comunicativa degli eventi critici 2. promuovere la messa in atto di azioni di identificazione, valutazione, trattamento degli eventi e monitoraggio delle azioni di miglioramento 3. minimizzare il danno a pazienti e professionisti limitando il rischio di contenzioso 4. ridurre il danno d'immagine per l'Azienda

**METODI** Partendo dall'analisi della totalità di eventi avversi segnalati mediante i sistemi aziendali di reporting nel periodo 01.01.2013-30.09.2014, il focus dell'attenzione è stato concentrato sugli eventi critici, analizzando numero complessivo, distribuzione per ospedali e Dipartimenti, variazioni nel numero contestualmente all'applicazione della P112, tipologia, outcome e per quelli classificati come eventi sentinella, si è attuato un confronto della tipologia con i report internazionali, ministeriali e regionali (Report Sinistri del Servizio sanitario RER, giugno 2013, V° Rapporto del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella: Ministero della Salute e delle Politiche Sociali, febbraio 2013, JCHA, giugno 2013).

**RISULTATI** Il numero complessivo di eventi segnalati dal 01.01.2013 al 30.09.2014 è stato 1703 (59,2% nel 2013 e 40,8% dal 01.01.2014 al 15.09.2014) di cui 12,5% eventi-quasi eventi (8,5% 2013 vs 4% 2014), 78,8% eventi caduta (47,3% 2013 vs 31,5% 2014), 5,6% eventi violenza a danno degli operatori (3,5% 2013 vs 2,1% 2014). Gli "eventi critici" segnalati dal 01.01.2013 al 15.09.2014 sono stati 55: 14 dal 01.01.2013 al 31.08.2013 secondo il TES (79% eventi sentinella) e 41 dal 01.09.2013 al 15.09.2014 secondo P112 (44% eventi sentinella). Il numero maggiore di eventi critici si è concentrato negli Presidi ospedalieri "hub" rispetto a quelli "spoke" con un incremento nelle realtà territoriali nel 2014. Nel 2014 nei vari Dipartimenti ospedalieri, si è registrato complessivamente un trend in aumento con un picco nel DSM rispetto al 2013 mentre non si è rilevato uno scostamento significativo per il DEU. La tipologia di eventi sentinella maggiormente segnalati sono: violenza a danno degli operatori (39%), caduta di paziente (28%), ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente (17%), strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico(11%), morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica (5%). Il confronto con corrispettivi report regionali, nazionali e internazionali non ha mostrato scostamenti significativi rispetto alla casistica aziendale

**LIMITI** L'implementazione del nuovo percorso non sembra aver incontrato particolari difficoltà nelle varie realtà operative se si escludono le fisiologiche difficoltà legate a quei determinanti organizzativi e socio-comportamentali che influenzano la compliance dell'organizzazione e dei professionisti riconducibili al timore di individuazione di responsabilità, attribuzione di colpa e di azioni disciplinari che creano quell'impasse vizioso di "comportamenti che negano" e di "azioni di rimedio"

**CONCLUSIONI** Con l'implementazione del nuovo percorso di segnalazione si è registrato un trend in aumento nella segnalazione con distribuzione variabile nei vari Dipartimenti e Ospedali nonché nella partecipazione fattiva e multidisciplinare degli operatori nell'analisi delle difettosità e nei processi da sottoporre a miglioramento. Il tasso più elevato per le categorie "caduta e violenza a danno degli operatori", in linea con il trend registrato per quelli con esito da lieve a moderato, si ritiene attribuibile al fatto che tali eventi vengono percepiti dagli operatori come non legati a "flag" di responsabilità individuali ma espressione di bias organizzativi. L'analisi degli eventi critici ha consentito di "vedere" situazioni di rischio che, nella normale routine quotidiana spesso gli operatori tendono a non percepire più come una criticità. Essa può rappresentare una oggettiva base di partenza su cui l'Azienda può indicare le priorità di intervento in base ad una strategia fondata su informazioni concrete sollecitando quel cambiamento culturale orientato al passaggio, per dirlo con Isikawa, dal "Chi è stato?" al "Perché è accaduto?". Un passaggio che, all'interno della metodologia della gestione del rischio, conduce sulla strada del miglioramento

### 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

## 98. Impatto dello Shared-Decision-Making (SDM) sulla durata della degenza ospedaliera e sulla spesa sanitaria

Passi Stefano<sup>1</sup>, Minniti Davide<sup>2</sup>, Scaioli Giacomo<sup>1</sup>, Giacometti Marika<sup>1</sup>, Gualano Maria Rosaria<sup>1</sup>, Siliquini Roberta<sup>1</sup>, Cosenza Gaetano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Torino, <sup>2</sup>ASL TO3

**BACKGROUND** In tempi di importanti tagli alla spesa sanitaria diventa sempre più cogente il problema di individuare possibili soluzioni capaci di condurre a una riduzione della degenza media, pur mantenendo il volume di attività e il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Si rende necessario identificare le possibili variabili coinvolte al fine di ipotizzare strategie per evitare il prolungamento dei tempi di degenza. Una di queste possibili variabili è lo “Shared Decision-Making”(SDM) definito come l’approccio condiviso tra il clinico e il paziente in cui le decisioni terapeutiche vengono prese di comune accordo sulla base delle migliori evidenze disponibili. Attualmente gli unici studi sul tema sono stati svolti nel contesto di un sistema sanitario su base assicurativa.

**OBIETTIVI** L’obiettivo generale è verificare se lo SDM abbia un impatto sulla durata della degenza ospedaliera e sulla spesa sanitaria, in termini di utilizzo delle risorse sanitarie a disposizione, nel contesto sanitario italiano.

**METODI** Il campione (N= 72) è stato selezionato dalla popolazione di pazienti degenti presso due ospedali dell’ASLTO3 (P.O. Susa; P.O. Rivoli). I dati demografici e sanitari sono stati raccolti attraverso un questionario autocompilativo, mentre per ogni paziente si è recuperata la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) da cui sono stati estrapolati i Diagnosis-Related Group (DRG) caratterizzanti lo specifico ricovero in termini di spesa e durata della degenza.

**RISULTATI** La degenza media nel campione analizzato (N=72; età media 68.2 anni DS=14.3) è stata di 18.7 giornate, il 46% donne e 54% uomini, il 63% coniugati. Il 36% dei pazienti ha dichiarato di non sentirsi partecipe nelle decisioni cliniche relative al proprio ricovero a fronte del 64% che preferisce partecipare attivamente al processo clinico-assistenziale. La partecipazione nel “decision making”, maggiore nei pazienti con titolo di studio elevato e di sesso femminile, sembra non influenzare la durata della degenza ospedaliera (t test: 1.94 giornate 95% IC, -6.3-10.1) (t=0.47).La differenza di spesa sanitaria media per ricovero tra i due gruppi analizzati è stata di 436 euro.

**LIMITI** I risultati ottenuti sono stati calcolati su un campione pilota con bassa numerosità. Il progetto si trova in una fase iniziale di implementazione quindi non sono ancora disponibili risultati completi.

**CONCLUSIONI** I pazienti sembrano preferire un atteggiamento condiviso con i sanitari in merito alle decisioni cliniche. Un modello di decision making condiviso medico-paziente non sembra avere impatti nella durata di degenza e nelle risorse utilizzate.

### Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo  
Università di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche  
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino  
Email: stefano.passi@unito.it

## 99. L'assistenza infermieristica, la ricerca e i programmi di consulenza estetica per pazienti con cancro

Pedrazzani Carla, Valcarengi Dario, Bianchi Monica

*Istituto Oncologico della Svizzera Italiana*

**BACKGROUND** Da alcuni anni, il Servizio Infermieristico dell'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) è impegnato in un progetto multiforme di sviluppo dell'area professionale, per offrire un servizio sempre migliore ai propri assistiti. Ci si è mossi su vari piani, promuovendo tra i colleghi la cultura di una prassi professionale basata sulle prove di efficacia, attivando o collaborando all'attivazione di servizi innovativi per gli assistiti e con una consapevole assunzione di responsabilità da parte degli infermieri. Oltre alla costituzione di un PICC Team (abstract n° 27, GIMBE 2014), nell'autunno 2011 si è proposto l'avvio, a livello locale, di un programma internazionale di consulenza estetica, per aiutare le pazienti oncologiche a conservare un aspetto gradevole e sentirsi meglio. Programmi simili sono presenti in molti contesti sanitari e, a costi contenuti, consentono di ampliare l'offerta di sostegno psico-fisico a persone in difficoltà per la malattia e/o per gli effetti dei trattamenti ricevuti. Il Servizio Infermieristico oltre a sostenere e collaborare attivamente all'iniziativa, ha deciso di valutare, attraverso gli strumenti della ricerca, gli effetti sulle pazienti della partecipazione a tali atelier.

**OBIETTIVI** • Promuovere e contribuire alla realizzazione degli atelier e al benessere delle partecipanti. • Informare e coinvolgere le pazienti. • Verificare se e come si modifica l'immagine corporea nelle partecipanti.

**METODI** Ogni anno si definiscono le date degli atelier, circa uno ogni due/tre mesi, alternando due sedi ospedaliere. Le sedute sono condotte da estetiste volontarie che collaborano con la fondazione. Ogni seduta dura due ore, per un massimo di dieci partecipanti. Gli infermieri del Servizio, per conoscenza diretta, informano e coinvolgono nell'iniziativa le pazienti che hanno problemi e che intuiscono possano avere un beneficio nel prendersi cura di se. In ogni seduta, a rotazione, è presente un'infermiera che rimane a disposizione delle partecipanti per consulenze di tipo sanitario e per eventuali interventi educativi. Per verificare se e come si modifica l'immagine corporea nelle partecipanti, è stata avviata un'indagine osservazionale approvata dal Comitato Etico Locale. A ogni paziente, dopo consenso informato, è stata chiesta una doppia compilazione della Body Image Scale (BIS), nella versione italiana validata. La prima, antecedente l'atelier (T0) e la seconda dopo circa 6-8 settimane (T1).

**RISULTATI** Le partecipanti hanno mostrato di gradire l'iniziativa e alcune di loro sono state anche intervistate dai media locali. Dopo la fase iniziale, gli atelier sono stati aperti anche a pazienti oncologiche non direttamente seguite dal nostro istituto. Nei primi 18 mesi, quelli presi per ora in esame, vi sono stati 10 atelier con 66 partecipanti (media 6.6). Hanno compilato la prima BIS 43 pazienti (66%) e, fra queste, 23 anche la seconda, rendendo possibile una valutazione comparativa (ponderando e aggregando le risposte). Con variazione possibile da zero (positiva) a trenta (negativa), nelle 23 pazienti si è rilevato: • T0 = media 9.52 IC (95%): 6.76-12.28 - range 0-26 - mediana 9; • T1 = media 8.52 IC (95%): 5.84-11.20 - range 0-23 - mediana 8. I singoli item, esplorati attraverso la BIS, sono tendenzialmente rimasti stabili (3 - 6) o diminuiti; due fra loro sono invece aumentati (2, attrazione; 8, integrità).

**LIMITI** Vi sono problemi nel saturare le sedute programmate per l'instabilità clinica di alcune pazienti. Non sono possibili al momento valutazioni statistiche significative per il limitato numero di seconde compilazioni della BIS.

**CONCLUSIONI** La pro-attività del servizio Infermieristico ha favorito la realizzazione, a livello locale, di questi programmi di consulenza estetica. Riteniamo sia un esempio di sinergia fra diversi attori con la principale finalità di offrire servizi migliori e più completi a chi ne abbia bisogno, con costi contenuti. Come già documentato in letteratura, iniziative simili possono aiutare le pazienti oncologiche a sentirsi meglio. Con i metodi della ricerca abbiamo indagato i potenziali benefici di questa esperienza locale. Nonostante i dati ancora esigui, osserviamo un tendenziale miglioramento dell'immagine corporea delle partecipanti, soprattutto per gli item correlati al disagio e alla soddisfazione del proprio corpo oppure al senso di femminilità, ma non per il sentimento d'integrità.

### Indirizzo per la corrispondenza

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

## 100. Protocollo interaziendale di centralizzazione della prescrizione e rinnovo delle protesi acustiche

Pellati Morena , Romani Gabriele , Bianchin Giovanni , Bellocchio Eletta

*Azienda USL di Reggio Emilia*

**BACKGROUND** La perdita di udito correlata con l'età è la più comune forma di handicap neurosensoriale (nei settantenni il 30% degli uomini e il 20% delle donne. Negli ottantenni 55% degli uomini e il 45% delle donne). L'intervento standard per la perdita uditiva è l'utilizzo di protesi acustiche. Si stima inoltre che solo un quinto dei candidati che potrebbero trarre beneficio dalle protesi acustiche le utilizzino in modo adeguato. In Italia, hanno diritto all'erogazione di protesi acustiche a carico del SSN i minori affetti da ipoacusia, i soggetti maggiorenni riconosciuti invalidi con una percentuale superiore ad 1/3 e diagnosi di deficit uditivo verbalizzato sul documento di invalidità. La prescrizione deve essere fatta da specialista ORL dipendente del SSN. Come da nomenclatore tariffario la maggior parte delle protesi acustiche sono concesse come riconducibili per omogeneità funzionale e pertanto una quota è a carico del cittadino.

**OBIETTIVI** Definire un protocollo condiviso tra Azienda USL di Reggio Emilia e Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia per la prescrizione delle protesi acustiche con particolare riferimento ai rinnovi delle stesse al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, omogeneizzare i percorsi autorizzativi e rendere il sistema più garante dei bisogni del cittadino. Il rinnovo delle protesi acustiche scaturisce da una valutazione audiologica completa e non è considerata una procedura automatica sulla base della prescrizione precedente. Come chiaramente enunciato nel D.M. 332/99, il tempo minimo di rinnovo stabilito in 5 anni non costituisce di per sé motivo sufficiente ad ottenere una nuova fornitura, ma deve essere sempre valutata e documentata l'effettiva necessità del rinnovo indipendentemente dalla scadenza dei 5 anni

**METODI** Sono stati identificati 3 centri prescrittivi nella nostra provincia, abbandonando il precedente modello di prescrizione diffusa, caratterizzati da strutture dotate di tutte le strumentazioni (audiometro, impedenziometro, cabina silente) e dalla presenza di figure professionali necessarie per l'esecuzione degli esami strumentali e dei test previsti dal protocollo. Tutti i rinnovi sono stati centralizzati presso l'AOSMN in quanto centro specialistico di riferimento provinciale. In conformità a quanto disposto dall'articolo 4 del D.M. 332/99 è stato predisposto un modulo prescrittivo specifico che mette in evidenza i criteri clinici previsti dalla normativa. Viene definita la natura dell'ipoacusia, quantificata l'entità del deficit uditivo, indicati gli esami eseguiti, specificate le caratteristiche della protesi da applicare.

**RISULTATI** Sono stati confrontati i dati relativi al numero di apparecchi acustici e alla relativa spesa fra i primi nove mesi del 2013 ed i primi nove mesi del 2014 (in quanto ancora non disponibili i dati di fatturazione dell'intero anno 2014) , suddivisi fra prime consegne e rinnovi. Per quanto riguarda le prime consegne il numero di protesi fornite è stato di 445 apparecchi nel 2013 e 403 apparecchi nel 2014. Nel caso dei rinnovi, sono stati erogati 467 apparecchi nel 2013 e 269 nel 2014. La spesa complessiva (per prime consegne e rinnovi) è stata di 583.565 euro nei primi mesi del 2013 e di 429.347 euro nei primi mesi del 2014 con una riduzione del 26%. In particolare per i rinnovi la spesa è scesa da 302.536 euro a 175.907 euro con diminuzione del 42%.

**LIMITI** Nel caso in cui la prescrizione provenga da uno specialista di struttura pubblica al di fuori della provincia di Reggio Emilia non è possibile svolgere la stessa valutazione che viene attuata presso il Centro Audiologico dell'AOSMN. In tale situazione gli specialisti eseguono solamente una valutazione sulla scorta della documentazione sanitaria prodotta che tuttavia non sempre consente di apprezzare la resa protesica con gli apparecchi in uso.

**CONCLUSIONI** La centralizzazione dei rinnovi presso il centro specialistico di alto livello dell'Azienda Ospedaliera, ha consentito la sostituzione dei presidi solo nei casi in cui vi era la reale necessità e non per decorrenza dei tempi di rinnovo. Questo ha prodotto oltre ad un risparmio economico per l'Azienda Usl (consentendo la riallocazione di tali risorse in altri ambiti assistenziali) ma anche per il cittadino. Dai primi dati analizzati possiamo affermare che il progetto interaziendale messo in atto nel corso del 2014 consente una migliore appropriatezza prescrittiva anche a tutela della compliance.

### Indirizzo per la corrispondenza

Romani Gabriele, Medico Chirurgo  
Azienda USL di Reggio Emilia - Dipartimento delle Cure Primarie  
Via Amendola, 2 - 42122 - Reggio nell'Emilia (RE)  
Email: romanig@ausl.re.it

## 101. Applicazione del metodo FMECA nella gestione proattiva del rischio clinico legato al trasferimento della S.C. Medicina Nucleare dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste

Pelos Barbara, Perulli Alfredo, Fornasier Maria Rosa, Monteverdi Daniela, Dore Franca

A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste

**BACKGROUND** In previsione del trasferimento della Struttura Complessa (S.C.) di Medicina Nucleare dall'Ospedale Maggiore all'Ospedale di Cattinara si è reso necessario provvedere ad una analisi dei fattori di rischio legati alla nuova sede ed all'aggiornamento e/o ridefinizione delle procedure operative nell'ambito della gestione del rischio clinico (GRC).

**OBIETTIVI** Migliorare la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza degli operatori della S.C., mediante l'applicazione della metodologia FMECA, strumento per evidenziare le aree ritenute maggiormente critiche su cui poi attivare azioni di miglioramento, condotta per evidenziare e minimizzare i rischi per il paziente conseguenti al trasferimento delle funzioni della S.C.

**METODI** La FMECA si è sviluppata attraverso sessioni formative sullo strumento di valutazione proattiva dei rischi, l'analisi delle planimetrie della nuova destinazione e di processo delle indagini tipiche della S.C. attualizzate nel nuovo contesto logistico. La mappatura delle attività e dei flussi operativi nella nuova sede è stata classificata in macroaree. Per ognuna sono stati individuati i possibili errori, le loro cause e gli effetti; per ogni errore si sono assegnati dei pesi relativi a gravità G (danno che il paziente può subire in conseguenza all'accadimento dell'errore), probabilità P (frequenza di accadimento dell'errore), rilevabilità R (livello delle misure di controllo già presenti nel processo, che consentono di individuare precocemente gli errori), graduati su una matrice di 5 livelli. È stato determinato l'indice di criticità IPR che si ottiene con la formula  $IPR=G \times P \times R$  e una matrice con scala da 1 a 5 compreso tra 1 e 125. Le singole fasi dei diversi blocchi operativi sono state isolate attraverso l'analisi di processo arrivando alle attività elementari, identificano l'operatore coinvolto, le attività svolte, la failure mode, gli effetti e le cause possibili.

**RISULTATI** Sono state identificate 7 macro-aree: • prenotazione paziente interno • prenotazione paziente esterno • accoglimento paziente interno • accoglimento paziente esterno • esecuzione esame o terapia nucleare e dimissione • gestione referto • gestione radiofarmaci Le attività analizzate sono state 142. Dalla valutazione qualitativa sono emerse 43 tipologie di failure mode e da quella quantitativa sono stati individuati valori IPR pre misura di controllo con un range da 2 a 100 (valore max attendibile 125) con ambiti di rischio rilevati per l'intero processo di lavoro variabili da very low a very high. Le macro-aree maggiormente critiche sono risultate: 1. accoglimento paziente interno 2. accoglimento paziente esterno 3. preparazioni dei radiofarmaci da KIT ed estemporanee 4. esecuzione esame e dimissione paziente 5. gestione referto Gli item con più alta priorità di intervento sono stati: 1. Identificazione paziente 2. Sorveglianza e assistenza 3. Somministrazione radiofarmaci 4. Radioprotezione 5. Elaborazione e Refertazione esami scintigrafici 6. Verifica della buona qualità dell'esame e della dimissibilità del paziente 7. Marcature cellule autologhe Per ogni item sono state elaborate azioni correttive di miglioramento. Per la GRC le azioni correttive individuate sono state: A. formazione sui protocolli e procedure operative Aziendali conformi agli standard Joint Commission International B. adozione di procedure tecniche specifiche elaborate da organismi professionali riconosciuti o segnalati dal Ministero della Salute (D.M. 30/03/2005 Buone Norme di Preparazione dei radiofarmaci); Dlg per la radioprotezione dei pazienti e degli operatori (Dlgs 187/2000 e 230/1995); Raccomandazioni procedurali per la gestione dei protocolli diagnostici e terapeutici della Associazione Italiana di Medicina Nucleare C. adozione di dispositivi di sicurezza come la videosorveglianza e sistemi di allarme in aree critiche. D. formazione continua di tutto il personale della S.C. nell'ambito delle principali attività; frequenza ai corsi di aggiornamento Aziendali e tramite riunioni settimanali per valutare azioni di miglioramento e soluzioni operative.

**LIMITI** Questa metodologia, pur rivelandosi molto utile nella valutazione dei rischi, da sola non è stata completamente efficace nella gestione del rischio legato alla nuova logistica e alle attività connesse al trasferimento.

**CONCLUSIONI** La metodologia FMECA si è dimostrata utile nella contestualizzazione delle diverse attività e dei flussi operativi nella nuova sede della S.C., permettendo di focalizzare gli item critici su cui agire con azioni di miglioramento; rappresenta inoltre un'ottima metodologia per mappare nel dettaglio le attività, stratificando i rischi legati a procedure operative e affinare la percezione e la consapevolezza del rischio negli operatori coinvolgendoli nella risoluzione dei problemi.

### Indirizzo per la corrispondenza

Pelos Barbara, Tecnico sanitario di radiologia medica  
Ospedale Maggiore di Trieste - U.O. Medicina Nucleare  
Via Stuparich, 1 - 34142 - Trieste  
Email: barbara.pelos@aots.sanita.fvg.it

## 102. La Procedura TAVI: la sostituzione transcateretere e mininvasiva della Valvola Aortica nel Servizio di Emodinamica della Cardiologia del Dipartimento Cardiovascolare di Trieste

Perkan Andrea, Morosin Marco, Salvi Alessandro, Pappalardo Aniello, Stroili Manuela, Sinagra Gianfranco

A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste

**BACKGROUND** La valvulopatia degenerativa con stenosi dell'aorta aumenta con l'età e la sopravvivenza a 2 anni dalla comparsa dei sintomi senza intervento è inferiore al 50% [1]. L'impianto transcateretere di una protesi valvolare aortica (TAVI) per via transfemorale (approccio retrogrado) o per via transapicale (approccio anterogrado) per la sua minore invasività è un valido trattamento alternativo all'intervento chirurgico in soggetti inoperabili o ad elevato rischio chirurgico.

**OBIETTIVI** Il nostro studio descrive le caratteristiche clinico-strumentali e le curve di sopravvivenza al follow-up di pazienti con TAVI transfemorale.

**METODI** Nei pazienti con grave disfunzione ventricolare sinistra abbiamo verificato l'andamento della funzione di pompa ventricolare sinistra pre- e post-intervento a breve termine. La procedura, eseguita in Sala di Emodinamica (Dipartimento Cardiovascolare), consiste nell'impiantare sopra la valvola aortica stenotica nuovi lembi valvolari montati su cestelli espandibili per ripristinarne la funzionalità. Per selezionare i Pazienti, le linee guida internazionali raccomandano l'istituzione di un team multidisciplinare e sistemi di stratificazione del rischio chirurgico EuroSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) e STS-PROM (Society of Thoracic Surgeons – Predicting Risk of Mortality) score [2]. Abbiamo analizzato retrospettivamente i pazienti da noi sottoposti a TAVI per via transfemorale da Ottobre 2009 ad Agosto 2014 con i corrispondenti criteri di inclusione: stenosi valvolare aortica severa con area valvolare aortica  $< 1 \text{ cm}^2$  o  $< 0.6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  associata o a Euro SCORE logistico = 20% o a STS-PROM = 10% o ad alto rischio cardiocirurgico per altri motivi. Sono stati valutati: dati clinici, ECG, biomorali, AngioTC, ecocardiografici transtoracici e transesofagei.

**RISULTATI** I Pazienti trattati sono stati 53, con età media  $83 \pm 6.8$  anni, 27 (51%) maschi, 83% ipertesi, 26% diabetici, 55% dislipidemici e 43% broncopatici cronici, EuroSCORE logistico medio  $23.9 \pm 13.6$  e STS-PROM medio  $6.5 \pm 3.6$ . L'81% si trovava in classe New York Heart Association (NYHA) III-IV, 34% con angina e 15% con sincope. Nel 96.2% la TAVI è stata eseguita in anestesia locale, 51 protesi erano Corevalve e 2 Sapien 3, con Marchio CE. Secondo i criteri VARC-2 [3] il successo del device (impianto di protesi funzionante senza mortalità procedurale) è stato raggiunto nel 96.2% dei pazienti, nessuna morte intra-operatoria o morte intra-ospedaliera. Nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra pre-TAVI si è osservato un importante e precoce miglioramento della funzione di pompa. La sopravvivenza a 30 giorni è risultata nel 98.1%, ad 1 anno del 84%, a 2 anni 74% e a 3 anni del 69%.

**LIMITI** Tra le principali complicanze della TAVI segnaliamo: 5.7% tamponamento cardiaco, sanguinamenti maggiori 5.6% e minori 7.5%, insufficienza renale acuta da mezzo di contrasto 9.8%, complicanze vascolari maggiori 5,6%. L'impianto di pacemaker è stato eseguito nel 47.2%. Al follow-up a lungo termine (medio a 18 mesi) solo il 16.6% dei casi risultava ancora in NYHA III, TIA e Ictus si sono verificati nel 4.1%, endocardite in 1 caso, insufficienza aortica peri-protetica di grado moderato nel 15.1%. Il nostro studio è di tipo retrospettivo su un limitato numero di pazienti reclutati per la TAVI transfemorale.

**CONCLUSIONI** L'intervento di sostituzione valvolare aortica per via percutanea è da considerarsi efficace per un sottogruppo di pazienti ad elevato rischio chirurgico. I nostri risultati sono in linea con il tasso di mortalità a 30 giorni dello studio osservazionale OBSERVANT [4] e con i principali registri Europei [5]. Referenze: [1] SICCH Impianto di TAVI in pazienti con stenosi valvolare sintomatica. Consenso Fed Ital Cardiologia, G Ital Cardiol 2010;11(1):45-53; [2] Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F et al., Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012); European Heart Journal (2012) 33, 2451–2496; [3] Kappetein AP, Head SJ, Généreux P et al. Valve Academic Research Consortium (VARC)-2., Updated standardized endpoint definitions for transcatheter aortic valve implantation: the Valve Academic Research Consortium-2 consensus document. Eur J Cardiothorac Surg. 2012 Nov;42(5):S45-60; [4] D'Errigo P, Barbanti M et al., Risultati dello studio OBSERVANT: caratteristiche cliniche ed esiti a breve termine della popolazione arruolata sottoposta a sostituzione valvolare aortica (transcateretere versus chirurgica); G Ital Cardiol 2014;15(3):177-184; [5] Mohr, Hložhey D, Mollmann H et al. The German Aortic Valve Registry: 1-year results from 13 680 patients with aortic valve disease. Eur J Cardiothorac Surg. 2014.

### 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

### 103. Work Engagement degli infermieri dell'ASS 4 Medio Friuli: studio Trasversale

Picogna Michele, Maestra Maria Rosa, De Sarno Cristina, Petean Marco, Lanfrit Raffaella, Galmo Barbara, Morandini Marzia, Fantini Michela, Morachiello Stefano

#### ASS 4 Friuli Centrale

**BACKGROUND** IL work engagement è una “condizione psicologica associata al lavoro, positiva e soddisfacente, caratterizzata da vigore, dedizione e coinvolgimento” (Schaufeli et al., 2003), riveste un’importanza strategica nelle aziende sanitarie perchè condiziona la qualità delle cure erogate ai pazienti ed influenza i tassi di mortalità ospedaliera, determina la soddisfazione lavorativa, la fedeltà degli infermieri rispetto alla loro organizzazione e l’intenzione di cambiare posto di lavoro. Nell’ambito del progetto aziendale denominato “Invecchiamento della popolazione infermieristica: strategie per il mantenimento in attività e valorizzazione degli infermieri senior” è stato valutato il work engagement degli infermieri dell’ASS 4 medio Friuli.

**OBIETTIVI** L’obiettivo dello studio è stato quello di esaminare la relazione tra work engagement ed età, anzianità professionale, tipologia di turno ed ambito clinico – professionale degli infermieri e delineare le implicazioni per il nursing management. Nello specifico: Descrivere le percezioni degli infermieri rispetto al work engagement e la loro relazione con la loro età, anzianità professionale, turno e setting lavorativo; Analizzare le percezioni degli infermieri rispetto alle diverse variabili correlate al work engagement: autonomia professionale, lavoro di squadra nel gruppo infermieristico, lavoro di squadra con altri operatori, crescita professionale, attività del coordinatore, riconoscimento professionale, condizioni di lavoro, passione per la professione infermieristica; Individuare i punti di forza e di debolezza sui quali concentrare le strategie di miglioramento.

**METODI** È stato realizzato uno studio trasversale somministrando un questionario anonimo on line a tutti gli infermieri (587 questionari) occupati nelle diverse aree cliniche dell’ASS 4 Medio Friuli. Hanno completato il questionario 499 infermieri. Il questionario era articolato in tre sezioni. Aspetti demografici e professionali, Nurse Engagement Survey NES adattato in lingua italiana (autonomia e condivisione, lavoro di squadra, crescita professionale, attività coordinatore, riconoscimento professionale, condizioni di lavoro, passione per la professione, livello personale di engagement); Utrecht Work engagement scale UWES versione italiana validata da Pisanti (2008) composta da vigore, dedizione e coinvolgimento. I dati sono stati elaborati con Excel di Office.

**RISULTATI** Gli infermieri hanno riportato un livello moderato di work engagement, i livelli più alti sono stati rilevati negli infermieri con età superiore ai 55 anni, con anzianità lavorativa tra 1 e 3 anni, nei turnisti nelle 24 ore e negli infermieri prossimi alla pensione. Infatti differenze statisticamente significative del work engagement sono state rilevate rispetto all’età, al turno di lavoro alla possibilità di andare in pensione nel prossimo triennio e all’intention to leave degli infermieri. Rispetto all’ambito clinico professionale le medie più elevate sono coloro che lavorano presso i distretti sanitari, mentre rispetto al Nes sono quelli impegnati nel Dipartimento di Salute Mentale. Dall’analisi delle dimensioni organizzative del work engagement, il lavoro di squadra nel gruppo infermieristico e la passione per il nursing hanno presentato le medie più elevate, mentre il riconoscimento professionale, l’autonomia e la condivisione sono state quelle con le medie più basse.

**LIMITI** Aumentare il work engagement degli infermieri è una complessa sfida che necessita di interventi multi-dimensionali: ai coordinatori infermieristici, al manager aziendale ed al personale medico è richiesta un’attenzione concreta per valorizzare e riconoscere in ambito professionale il contributo degli infermieri che come emerge dallo studio trovano molta soddisfazione (interna) nel lavoro che svolgono e poca nei contesti di lavoro e nell’organizzazione (esterna).

**CONCLUSIONI** Gli infermieri sono fieri del lavoro che svolgono e fortemente dediti ad esso, ma si sentono poco valorizzati sia dalla direzione aziendale che dal personale medico con il quale collaborano nell’attività clinico assistenziali. I temi sui quali concentrare l’attenzione allo scopo di aumentare il work engagement sono: percezione di distanza rispetto alla direzione e scarso riconoscimento del contributo professionale degli infermieri, mancanza di supporto nell’affrontare lo stress e il burnout, assenza di opportunità di carriera in ambito clinico, sensazione di non essere valutati secondo gli obiettivi chiari ed equi, barriere nel rapporto di collaborazione con i medici.

#### Indirizzo per la corrispondenza

De Sarno Cristina, Assistente sanitario  
Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli - Servizio Infermieristico Aziendale  
Via Pozzuolo, 330 - 33100 - Udine  
Email: cristina.desarno@mediofriuli.it

## 104. Telemedicina e gestione delle ferite difficili nel Sistema Sanitario Nazionale italiano. Sette anni di esperienza, risultati, lezioni apprese.

Pillon Sergio, Cecarelli Vincenzo, Boccussi Lucia

*AO San Camillo-Forlanini di Roma*

**BACKGROUND** Le ferite difficili rappresentano una problematica che colpisce i pazienti più fragili. La difficoltà intrinseca per queste tipologie di pazienti ad accedere a centri specialistici, spesso lontani o comunque difficili da raggiungere per oggettive difficoltà di movimento, rende le lesioni "permanenti", al punto che il 50% dei pazienti con deficit cognitivo rilevante muore per complicanze legate a ferite difficili. Il ricorso all'ospedale arriva nel momento della grave infezione, della necrosi settica e spesso il contatto dura pochi giorni, il tempo della terapia antibiotica EV, senza poter realmente risolvere il problema. Infine dal territorio è difficilissimo l'accesso al risorse specialistiche come la chirurgia plastica, l'angiologia, la chirurgia vascolare che debbono invece lavorare in team per risolvere il problema

**OBIETTIVI** Utilizzare tecnologie di uso comune per la Telemedicina nella attività quotidiana di un centro per il trattamento delle ferite difficili (ulcere degli arti inferiori, ulcere da pressione, piede diabetico, traumatiche, postchirurgiche,...) per migliorare i risultati, senza perdere la sicurezza, la semplicità, la clinica, il contatto con i pazienti. Valutare un modello per i servizi di telemedicina negli ospedali pubblici per ogni unità operativa di cura delle ferite difficili.

**METODI** Sono stati seguiti 230 soggetti (565 ulcere, circa 25.000 medicazioni) seguiti in prima fase de visu e successivamente in telemedicina (posta elettronica, whatsapp, MOWA, una app per smartphone). Abbiamo testato molti materiali e strategie di medicazione. Sono stati coinvolti per le medicazioni nel percorso in telemedicina caregivers «non professionali» (badanti, parenti), un infermiere o gli stessi pazienti. Abbiamo fornito il materiale di medicazione al paziente. Abbiamo usato e adattato il questionario SF12 Health Survey per valutare la qualità di vita e un semplice questionario sulla «soddisfazione del cliente». Gli strumenti di budget, governo clinico, bilancio sociale aziendale e sistemi di controllo della qualità sono stati "adattati" alla telemedicina. La strategia di medicazione al domicilio è stata la più semplice ed efficace possibile. Il rimborso dei costi è stato ottenuto con le "ricette rosse" ambulatoriali, secondo il modello indicato nelle linee di indirizzo nazionali per la telemedicina, per analogia, fornendo il material al paziente per il domicilio

**RISULTATI** Percentuale globale di guarigione delle lesioni del 91%, (75% tradizionale), assenza di ricovero ospedaliero (solo per la chirurgia ricostruttiva, ove necessario), riduzione del 38% dei costi globali, miglioramento della 70% della qualità della vita. Ogni medicazione viene rendicontata con immagini, sintomatologia, consiglio clinico e di medicazione. L'applicazione MOWA valutata ha consentito di analizzare un'immagine della lesione, effettua una valutazione automatica della area di necrosi, dell'area di granulazione e dell'area coperta da fibrina, misurata in modo da poter valutare nel tempo. Viene generato un documento PDF che può essere inviato al centro specialistico per la valutazione, archiviazione ed oggettivazione della cura

**LIMITI** È necessario che il paziente di per se o un caregiver abbiano accesso ad Internet e competenze di base nell'uso delle tecnologie. È necessario che dispongano di smartphone e o PC e fotocamera digitale. E necessaria una formazione dei pazienti, degli infermiere e dei caregiver.

**CONCLUSIONI** Nella nostra esperienza per utilizzare la telemedicina nella gestione delle ferite difficili sono necessari: - una strategia chiara, dettagliata e verificata continuamente passo dopo passo - un benchmarking continuo, - una formazione attenta dei pazienti dei caregivers e degli infermieri. La telemedicina è una strategia vincente per migliorare la percentuale di guarigione, ridurre i costi, seguire pazienti distanti dai centri, fornire una second opinion, ma il percorso deve essere semplice ed efficace per avere i migliori risultati. Il coinvolgimento delle competenze aziendali (controllo di gestione, bilancio sociale, budget, governo clinico) aiuta grandemente nel raggiungimento dei risultati ottimali e nel controllo di gestione del servizio. Riteniamo il modello valido ed utilizzabile in ogni unità operativa.

### Indirizzo per la corrispondenza

Pillon Sergio, Medico Chirurgo  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - U.O. Telemedicina  
Circ.ne Gianicolense, 87 - 00152 - Roma  
Email: pillon@gmail.com

## 105. **Audit civico: un patto con i cittadini per il miglioramento continuo delle prestazioni**

Pioppo Manuela, Amico Mario, Bernardini Ilaria, Esposito Liliana, Morcellini Rosita, Pieri Luisella, Ruffini Fabrizio, Zucconi Marco

### *Azienda Ospedaliera di Perugia*

**BACKGROUND** L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche. Il tema dell'umanizzazione delle cure è stato inserito, per la prima volta, all'interno del Patto per la salute 2014-2016. Il Patto impegna ancora di più le Regioni ad attuare tutti gli interventi necessari che riguardano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha partecipato all'indagine "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", promosso dall'AGENAS (Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali) che ha coinvolto ben 287 strutture sanitarie su tutto il territorio nazionale. Le strutture sono state valutate da un gruppo misto, composto da operatori sanitari e da cittadini, che ha preso in esame quattro fattori: "Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona"; "Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura"; "Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza"; "Cura della relazione con il paziente/cittadino", elementi chiave per rendere i luoghi di cura ed i programmi diagnostico - terapeutici sempre più orientati alla "persona" nella sua interezza fisica, sociale e psicologica.

**OBIETTIVI** L'Audit civico si propone quale strumento delle organizzazioni dei cittadini per la valutazione dell'azione delle aziende sanitarie, al fine di dare centralità al punto di vista del cittadino nell'organizzazione dei servizi sanitari e di promuovere forme efficaci di partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi sanitari pubblici. Accanto a ciò, si pone l'ulteriore esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie, di far sì che si renda conto alla comunità locale dei risultati avuti nella gestione dei servizi sanitari non più solo sotto il profilo meramente economico, ma in ordine alla promozione della salute e alla qualità dei servizi sanitari.

**METODI** In data 31 gennaio 2014 si è tenuto presso l'Assessorato alla Sanità della regione Umbria la giornata di formazione sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero di alla quale hanno partecipato sia rappresentanti dell'Azienda che di Cittadinanzattiva. In detta circostanza si è concordato di tenere con sollecitudine un incontro per avviare il lavoro di analisi e compilazione della checklist. I lavori dell'équipe si sono svolti presso le strutture dell'Azienda attraverso una serie di incontri (10, 19 febbraio, 4 marzo, 4 aprile e, quella conclusiva, il 9 aprile 2014) che hanno riguardato sia la mera compilazione della checklist che la diretta osservazione delle diverse realtà ospedaliere previste dal protocollo dell'indagine. Nel corso degli incontri è apparso, sin da subito, che sia la componente ospedaliera che quella rappresentativa dei cittadini avessero ben chiare le finalità del lavoro e la consapevolezza di trovarsi di fronte ad un impegno gravoso e molto delicato, che, conseguentemente, andava affrontato con serietà e con estrema trasparenza. Ciò, peraltro, è stato possibile perché si è instaurato un clima molto collaborativo, sicuramente agevolato dalla presenza nell'équipe locale della responsabile del Tribunale dei Diritti del Malato, che opera presso l'Azienda Ospedaliera oggetto dell'indagine, ne conosce le problematiche e ha da sempre collaborato a cercare di risolvere quelle più pressanti. In ragione dunque di tale circostanza ed in considerazione del livello di elevata competenza e professionalità dei rappresentanti dell'Azienda Ospedaliera il lavoro comune è stato caratterizzato da reciproca stima e fiducia, elementi che hanno generato risultati oggettivamente molto positivi, come può facilmente evidenziarsi dalle risultanze del questionario. Sono state raccolte tutte le procedure oggetto di esame che l'Azienda Ospedaliera ha reso disponibili ai rappresentanti di Cittadinanzattiva, con ciò dimostrando una ulteriore sensibilità e disponibilità nei confronti delle esigenze cognitive dei cittadini.

**RISULTATI** Hanno partecipato alla verifica 287 ospedali di cui 19 con oltre 800 posti letto. L'azienda Ospedaliera di Perugia ha ottenuto un punteggio medio di 8.31 rispetto al 7.35 della media nazionale dei grandi ospedali e del 7.36 della media regionale. Punteggi Azienda Ospedaliera di Perugia divisi per area: 1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona punteggio medio di 7,8 rispetto al 8.1 della media nazionale dei grandi ospedali e del 7.58 della media regionale. 2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura punteggio medio di 8,92 rispetto al 7,55 della media nazionale dei grandi ospedali e del 7.69 della media regionale. 3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza punteggio medio di 8,09 rispetto al 6,77 della media nazionale dei grandi ospedali e del 7,03 della media regionale. 4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino punteggio medio di 7,86 rispetto al 7,28 della media nazionale dei grandi ospedali e del 6,68 della media regionale. Items con punteggio massimo Accessibilità Rispetto della Privacy Ospedale senza dolore semplificazione accesso facilitato alle prestazioni Orientamento segnaletica e percorsi interni, confort delle sale d'attesa, degenza a misura di bambino Items con punteggio più basso Eliminazione delle barriere architettoniche, Formazione del personale di contatto, Dimissioni protette, Funzione di supporto psicologico, Rispetto delle esigenze di culto

**LIMITI** Il progetto è stato condotto nei primi mesi del 2014. Non è previsto un cronoprogramma per la messa in atto delle azioni correttive e la verifica della loro efficacia.

**CONCLUSIONI** Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte relative ai percorsi di cura permette di conoscere altri bisogni delle persone assistite, e, di conseguenza, di costruire un sistema in cui l'attenzione ai bisogni più intimi delle persone possa conciliarsi perfettamente con la necessità di assicurare un elevato livello di qualità delle cure e di appropriatezza terapeutica". L'Azienda Ospedaliera di Perugia, e per essa il personale che ha collaborato nella presente rilevazione, ha mostrato una decisa propensione ad illustrare i propri punti di forza e di debolezza nonché ad avviare percorsi di miglioramento che si è impegnata a monitorare nel tempo. Affinché questo tema non resti sulla carta, l'Azienda ospedaliera di Perugia ha previsto il monitoraggio del grado di soddisfazione dei cittadini attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione della qualità percepita, in grado di rilevare eventuali scostamenti della percezione della qualità erogata rispetto a quella "progettata" e consentire, quindi, l'avvio di azioni di miglioramento" insieme con i cittadini. Lo sviluppo dei processi di umanizzazione deve rappresentare la missione comune, in particolar modo, per tutti coloro che ai diversi livelli programmano, pianificano, organizzano e gestiscono l'assistenza.

### **Indirizzo per la corrispondenza**

Morcellini Rosita, Infermiere  
Azienda Ospedaliera di Perugia - Ufficio Qualità  
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia  
Email: rosita.morcellini@ospedale.perugia.it

## 106. Organizzazione banca del latte umano donato presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia

Pioppo Manuela, Orlandi Walter, Barboni Giancarlo, Carnio Gabriella, Capezzali Daniela, Duranti Lorenzo, Cerquiglini Laura, Morcellini Rosita, Pieri Liusella

### *Azienda Ospedaliera di Perugia*

**BACKGROUND** Nel maggio 2013 è stata istituita la Banca del Latte Umano Donato (BLUD) nel rispetto delle “Linee di indirizzo nazionale del Ministero della Salute”, “Accordo Conferenza Stato Regioni e delle “Linee Guida per la costituzione e l’organizzazione di una BLUD” elaborate dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN). I principali vantaggi derivanti dall’utilizzo del latte umano di banca nell’alimentazione dei neonati pretermine, rispetto al latte artificiale sono: bassa incidenza di enterocolite necrotizzante, ridotta incidenza di sepsi ed altre infezioni, ridotta incidenza di displasia broncopolmonare, elevata tolleranza alimentare, prevenzione dell’ipertensione arteriosa e dell’insulinorresistenza. La BLUD, oltre ad essere un centro per la raccolta, la lavorazione, lo stoccaggio e la distribuzione del latte umano, rappresenta una grande opportunità di promozione e di sostegno dell’allattamento al seno. La creazione della BLUD costituisce un ulteriore servizio al femminile che si somma a quelli già esistenti e rappresentati dal parto analgesia h 24 con l’offerta di un percorso per le gestanti che desiderano “l’anestesia in travaglio di parto” e “dalle stanze di Lucina” dove è possibile effettuare il parto naturale con la sola l’assistenza ostetrica. Tale attenzione al femminile è stata confermata dall’Osservatorio Nazionale della Salute delle Donne (O.N.D.A.), del massimo riconoscimento (3 bollini rosa) per il biennio 2013-2015.

**OBIETTIVI** La Banca, per garantirsi una costante ed adeguata disponibilità di latte, si impegna a promuovere: a) la cultura della donazione; b) la motivazione alla donazione del latte umano basata su protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno; c) la diffusione di informazioni sull’utilità del latte umano donato e sulle metodiche di trattamento impiegate per garantire la sicurezza e la qualità del prodotto finale.

**METODI** La BLUD, si avvale di un team di operatori dedicati che svolgono tutta una serie di procedure che nel loro complesso ne determinano il funzionamento. Tali procedure si possono distinguere nelle fasi di: selezione delle donatrici, raccolta del latte materno, conservazione a domicilio e trasporto, controllo del latte, trattamento, conservazione e distribuzione. I beneficiari del latte donato sono i neonati VLBW (nati prematuri con peso inferiore ai 1500 grammi) o con severe allergie e intolleranze alimentari e altre problematiche intestinali. La selezione delle donatrici prende in considerazione: gli stili di vita, le terapie farmacologiche materne, malattie infettive (test sierologici epatite B e C e HIV) e il controllo batteriologico del latte fresco e pastorizzato. La BLUD ha predisposto un Manuale specifico delle procedure di autocontrollo, secondo i principi dell’HACCP con relativo Registro che riporta: • i risultati dei controlli periodici microbiologici e di qualità eseguiti sui campioni di latte; • la registrazione delle procedure di trattamento termico e di conservazione del latte; • i risultati dei controlli periodici eseguiti sulle apparecchiature della Banca Ai fini di una gestione appropriata e sicura, il latte umano, prima della sua estrazione, va sottoposto a criteri e controlli necessari, in analogia con quelli destinati a tessuti ed organi, e dopo la sua estrazione, a quelli previsti per gli alimenti, così come codificati dall’articolo 2 del regolamento (CE) n. 178/2002.

**RISULTATI** Dal 13 maggio 2013, ad oggi, la BLUD, ha arruolato n. 31 donatrici, raccogliendo 210 litri di latte, ponendosi come alternativa al latte artificiale per 122 neonati ricoverati presso la Patologia Neonatale e Terapia Intensiva Neonatale, tenendo conto della settimana gestazionale di nascita di ciascuno. Analizzando le cartelle dei ricoverati nei 20 mesi dall’istituzione della BLUD non si sono verificati casi di enterocolite necrotizzante (NEC).

**LIMITI** Possono usufruire del latte umano donato i neonati ricoverati presso la Struttura Complessa Neonatale e Terapia Intensiva Neonatale date le scarse risorse umane a disposizione.

**CONCLUSIONI** L’utilizzo del latte di banca così inteso si configura, pertanto, come una importante strategia per la promozione dell’allattamento materno in Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Oltre a fornire un alimento di alta qualità e sicurezza per i neonati ricoverati in TIN, innesca una serie di meccanismi utili a favorire l’allattamento materno sia durante il ricovero che successivamente dopo la dimissione. Promuovere la donazione e l’utilizzo del latte di banca, pertanto, significa necessariamente promuovere una cultura dell’allattamento materno e del suo utilizzo anche e soprattutto nei neonati più critici e immaturi al fine di ridurre le numerose complicanze dell’utilizzo del latte artificiale.

### **Indirizzo per la corrispondenza**

Cerquiglini Laura, Dietista  
Azienda Ospedaliera di Perugia  
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia  
Email: laura.cerquiglini@ospedale.perugia.it

## 107. Applicazione sperimentale nell'ex ASL di Ravenna di un nuovo modello di governance: le piattaforme ospedaliere e l'ospedale per intensità di cura

Ravaioli Cinzia<sup>1</sup>, Tarlazzi Paolo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università di Ferrara, <sup>2</sup>Presidio Ospedaliero di Ravenna

**BACKGROUND** Nell'ambito della valutazione dell'applicabilità di nuovi modelli di Governo clinico, si colloca il sistema delle piattaforme assistenziali ospedaliere, già previsto presso l'ex ASL di Ravenna dal PAL 2010-2012 e dal Documento programmatico "Revisione della rete ospedaliera e distrettuale" del giugno 2013. La recente creazione dell'Azienda USL della Romagna offre, oggi, l'opportunità di sperimentare su scala più allargata tali nuovi modelli organizzativi, ove l'ospedale reticolare prevede un ospedale unico articolato in più presidi che eroga sia prestazioni di base in maniera diffusa, orizzontale, che prestazioni specialistiche.

**OBIETTIVI** Il nostro progetto ha voluto saggiare la sostenibilità di un'ipotetica riduzione dei posti letto ordinari delle Aree Mediche dei tre presidi dell'ex Azienda USL di Ravenna, valutando nel contempo l'intensità clinico-assistenziale delle cure da erogare nella Piattaforma di Area Medica, divisa funzionalmente per intensità di cura. Per definire la fattibilità del progetto, è stato costituito un gruppo di lavoro con il mandato di analizzare i percorsi degli utenti che accedono in modo urgente al P.S. ed il modello applicato prevede che il paziente sia classificato non solo in base alla branca specialistica che deve seguirlo ma che venga anche indicato il livello d'intensità delle cure che deve ricevere.

**METODI** Da un confronto con i Direttori delle UU.OO. coinvolte è emersa la proposta di due strumenti per la valutazione dell'instabilità clinica ed assistenziale: il NEWS medico (National Early Warning Score) e l'IIA infermieristico (Indice di Intensità Assistenziale), da utilizzare entrambi nel momento del trasferimento dal P.S. al reparto di ricovero. Per entrambi gli strumenti è stata effettuata una sperimentazione di due settimane (dal 9 al 23 settembre 2013) presso i tre P.S. di Ravenna, Lugo e Faenza.

**RISULTATI** A Ravenna sono stati ricoverati dal P.S. alle UU.OO. afferenti alla Piattaforma Medica (Medicina Interna, Nefrologia e Neurologia) 181 pazienti in totale. Dei 144 p.l. ipotizzati della piattaforma comune e in base alle percentuali di ricovero rilevate dalla sperimentazione, si prevede che all'interno della Piattaforma Medica la Medicina Interna debba disporre comunque di circa 117 p.l. (81% dei ricoveri), la Neurologia di 23 (16%) e la Nefrologia di 4 (3%). Analizzando gli scores, emerge inoltre che la maggior parte della casistica clinica si pone nel livello di bassa intensità di cura (80%), nel livello di intensità intermedia si colloca il 13% dei pazienti ed infine che l'alta intensità di cura copre il restante 7%. A Faenza sono stati ricoverati, dal P.S. alle UU.OO. afferenti alla Piattaforma Medica (Medicina Interna, Geriatria, Cardiologia/UTIC e Neurologia), 134 pazienti (73 pz in Medicina Interna, 31 in Geriatria, 12 in Cardiologia e 12 in Utic, infine 6 in Neurologia). Dei 118 p.l. ipotizzati della piattaforma comune, si prevede, quindi, che all'interno della Piattaforma Medica la Medicina Interna debba disporre di circa 64 p.l. (54% dei ricoveri), la Geriatria circa 27 p.l. (23%), la Cardiologia/UTIC di 22 p.l. (19%) e la Neurologia di 5 (4%). Analizzando gli scores, si evidenzia una distribuzione che va dal 5,7% dell'Alta intensità di cura, al 23,7% dell'Intermedia fino al 70,6% della Bassa intensità. A Lugo, per quanto concerne il numero di ricoveri, 94 in totale, nelle UU.OO. della piattaforma nel periodo di sperimentazione del modello, si è assistito ad un flusso rivolto a soli due reparti: Medicina Interna e Cardiologia/UTIC. Nel primo reparto hanno trovato collocazione 80 pazienti (pari all'85%) e nel secondo 14 (15% del totale). Passando all'Intensità di Cura, i risultati del NEWS indicano una stratificazione pari al 13% come Alta, 5% Intermedia, 82% Bassa.

**LIMITI** Per la proporzione dei posti letto, sebbene lo studio indichi una netta preponderanza del livello minore (80%-85%), il gruppo ritiene più tutelante per i pazienti, considerando l'esiguità del campione considerato, partire con una distribuzione di 50% minore - 50% maggiore, per poi passare nel giro di qualche mese ad un 60% minore e 40% maggiore. Fondamentale sarà monitorare la situazione in una sorta di work in progress così da poter analizzare un campione più numeroso e dunque più rappresentativo dell'effettiva realtà.

**CONCLUSIONI** Dalla tipologia dei ricoveri effettuati nel periodo di sperimentazione emerge che in questo modello sono sufficienti, in linea di massima, due livelli di intensità di cura all'interno della piattaforma medica, i quali prevedono una diversa disponibilità di personale sanitario (livelli MAGGIORE e MINORE). L'Alta Intensità di cura, maggiormente rappresentata a Lugo rispetto a dati più allineati di Ravenna e Faenza, rivela, inoltre, la presenza in degenza ordinaria di pazienti che per l'età molto avanzata o l'estrema gravità del quadro clinico non trovano una collocazione congrua

### Indirizzo per la corrispondenza

Ravaioli Cinzia, Medico Chirurgo  
Università degli Studi di Ferrara - Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Via Fossato di Mortara, 64/b - 44100 - Ferrara  
Email: cinzia\_ravaioli@hotmail.it

## 108. SEPSI@AL.T

Rocchetti Andrea, Lomolino Grazia, Mantia Eugenio, Bellini Roberta

*Azienda Ospedaliera di Alessandria*

**BACKGROUND** Le infezioni correlate all'assistenza sono inserite tra le 5 problematiche che affliggono gli ospedali, con impatti importanti sia in termini di salute che in termini economici. La Sepsis resta, anche nei Paesi sviluppati, la prima causa di morte da infezione nonostante vaccini, antibiotici e terapie di emergenza. Una malattia che ogni anno colpisce 26 milioni di persone nel mondo e uccide 5 volte di più dell'ictus cerebrale e 10 volte di più dell'infarto. La sepsi coinvolge tutta l'organizzazione di un ospedale ad alta specializzazione, come il nostro dove diventa indispensabile per ragioni anche economiche attuare una strategia di contenimento del rischio infettivo che tenga conto delle risorse disponibili eliminando gli sprechi. Il progetto Sepsis@AL.T nasce dall'esigenza dell'AO di armonizzare le attività e le iniziative di controllo e prevenzione del rischio infettivo sinora intraprese e di creare un unico strumento di "governance" capace di sostenere, guidare ed indirizzare i nuovi progetti di sviluppo verso la realizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico della sepsi che coniughi tenacemente la qualità delle prestazioni e delle cure con il rigore scientifico e la sostenibilità economica.

**OBIETTIVI** La riduzione dei casi di sepsi e la precocità della somministrazione della terapia può essere ottenuta solamente attraverso un'azione concertata che induca ad adeguare e a sincronizzare le attività nelle strutture di diagnosi e cura sul problema sepsi. A questo scopo sono stati progettati specifici interventi in ambito preventivo, diagnostico e terapeutico e gestionale con i rispettivi obiettivi prioritari: ? Conoscere "le dimensioni" del problema sepsi nella nostra realtà ed intervenire di conseguenza ? Ridurre i tempi dell'accertamento diagnostico ? Aumentare il livello di appropriatezza prescrittiva ed il corretto uso degli antibiotici ? Conoscere e razionalizzare i costi di processo Obiettivi declinati: ? Misurare e verificare l'aderenza ai protocolli aziendali definiti rispetto alla prevenzione delle sepsi ? Conoscere se il sospetto diagnostico di sepsi nasca dall'applicazione di criteri diagnostici certi ? Migliorare l'appropriatezza e la qualità del prelievo delle emocolture ? Verificare l'aderenza del laboratorio aziendale di Microbiologia allo standard microbiologico NHS : Procedure Standard del Regno Unito" riguardante l'Emocoltura per microrganismi diversi da specie Mycobacterium, con riduzione dei tempi di diagnostica ? Misurare la tempestività dell'intervento terapeutico. ? Valutare eventuali adattamenti terapeutici in seguito alla risposta microbiologica GRAM e dopo la comunicazione dei risultati microbiologici preliminari e definitivi Misurare la durata della terapia antibiotica a confronto degli std di riferimento per valutarne la congruità. Confrontare e valutare gli scostamenti terapeutici rispetto ad un gold standard definito secondo linee guida e parere dell'esperto. Misurare il costo/giornata della terapia ragionata e di quella mirata reale rispetto al corrispondente costo definito secondo gold standard ? Valutare l'impatto reale e non potenziale degli esami microbiologici sull'organizzazione, già di alta specializzazione, da cui possono scaturire proposte di miglioramento di technology assessment e di programmazione sanitaria, estendibili ad altre realtà. ? Coinvolgere altri laboratori di Microbiologia Nazionali per definire le variabili tecniche ed organizzative necessarie all'identificazione di un " Costo standard del "processo emocoltura".

**METODI** Creazione di gruppo di lavoro deliberato con relativo progetto. monitoraggio costante del cruscotto di indicatori definito

**RISULTATI** Nei primi 6 mesi di studio Miglioramento della qualità preanalitica dell'emocoltura con riduzione delle contaminazioni (dal 4,2% al 3,8%), del numero delle emocolture non interpretabili "Single" (dal 8,3 % al 6,7%) e diminuzione delle emocolture effettuate (2.925-2.444= 481 EMOCOLTURE IN MENO) a fronte di una sensibilità analitica stabile del 25% (pazienti positivi/pazienti totali sottoposti a emocoltura) (Periodi confrontati (luglio-dicembre 2013 e 2014) RISPARMIO EFFETTIVO: 144,680X481= 69.591,08 euro nei primi sei mesi Miglioramento della codifica SDO (coerenza tra positività del dato microbiologico e codifica) Gennaio-Febbraio 2014 = 48% Luglio-Agosto = 66% Rispetto degli Standard NHS sui tempi delle fasi di processazione dell'emocoltura con riduzione del tempo non valoriale di inizio incubazione flaconi ore 7,21 a ore 3,21 Conoscenza dei costi standard del processo emocoltura attraverso l'analisi economica RCA. Costo del processo nella nostra realtà di € 144,680 Riduzione del consumo di antibiotici misurato attraverso la valutazione della DDD/100 giornate di degenza delle principali molecole utilizzate nella SEPSI -30%

**LIMITI** da valutare

**CONCLUSIONI** il progetto è in fase di avvio, saranno apprezzabili in futuro ulteriori miglioramenti

### Indirizzo per la corrispondenza

Bellini Roberta, Ingegnere

Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo - S.S.A. Sviluppo Strategico, Innovazione e Qualità

Via Venezia, 16 - 15121 - Alessandria

Email: rbellini@ospedale.al.it

## 109. Il facilitatore della formazione on the job: una figura lean nel processo clinico-assistenziale

Rosseti Rossella, Pacciani Cristina, Capanni Patrizia, Luana Giovannini, Elena Pelagani, Elena Nerozzi, Patrizia Grassi, Chiara Barchielli, Maristella Mencucci

### *Azienda Sanitaria di Firenze*

**BACKGROUND** La formazione continua, nella zona sud-est dell'Azienda Sanitaria di Firenze, rappresenta uno strumento utile al miglioramento della qualità assistenziale. È un sistema di comunicazione aperto grazie al quale l'esperienza e la conoscenza accumulata, le soluzioni efficaci ed innovative, possono divenire patrimonio comune di tutti gli attori del processo di cura. L'analisi del processo assistenziale consente agli operatori che vi partecipano di riconoscere ed attivare azioni di miglioramento immediatamente realizzabili, ed indica un percorso per la creazione di nuove opportunità anche a livello formativo, per questo motivo trasferire l'approccio snello nella formazione prevede la creazione di una tecnica standardizzata del lavoro, in modo che ciascun team segua sempre lo stesso percorso migliorando continuamente la metodologia stessa di progettazione. Spesso gli eventi formativi vengono sviluppati fuori dalla realtà lavorativa con una metodologia di tipo frontale, che non sempre si accorda con il reale bisogno, o almeno non lo soddisfa appieno, in quanto deve rappresentare i bisogni di tutta l'azienda. Se consideriamo che per questa metodologia formativa, le aziende dedicano molte risorse (personale, strutture, materiale, tempo), con una efficacia formativa di circa il 40% dei partecipanti, e che spesso in questi eventi ci sono fasce di personale aziendale che non partecipa e mai parteciperà, possiamo affermare che proporre una nuova metodologia formativa offerta nei luoghi di lavoro, può risolvere le cose. La formazione on the job, offerta nei luoghi di lavoro, è l'approccio snello della formazione che prevede la creazione di una tecnica standardizzata formativa, in modo che ciascun team segua sempre una linea continua metodologica mirata a raccordare la professionalità degli operatori sanitari in contesti produttivi/organizzativi direttamente dove nasce il bisogno, sviluppata con strategie di apprendimento programmato ed organizzato. La formazione on the job, viene fatta da un facilitatore che utilizza la metodologia del visual thinking. Inserire un facilitatore della formazione on the job, nei reparti/servizi Ospedalieri e territoriali determina nell'ambiente di lavoro un processo di apprendimento continuo e costante nel tempo, rivolta a tutto il personale in servizio, in orario di lavoro, ad isorisorse

**OBIETTIVI** 1) formare il facilitatore della formazione on the job in tutti i reparti/servizi 1)unificare un metodo di risposta al bisogno formativo 2)facilitare in tempo reale il lavoro degli operatori con una risposta tempestiva ed efficace.

**METODI** Il facilitatore della formazione con un calendario strutturato per reparto/servizio, attua la formazione attraverso incontri formativi-operativi di 15 minuti con personale medico, infermieristico, ostetrico, tecnico, di supporto e con le ditte appaltate. Gli argomenti affrontati vengono sintetizzati in schede operative, reminder, brochure, strumenti snelli facili da consultare, con utilizzo della rete intranet aziendale per condivisione materiale.

**RISULTATI** Nella zona sud-est dell'Azienda Sanitaria di Firenze, con l'implementazione della formazione on the job, negli ultimi 4 anni abbiamo ottenuto i seguenti risultati: Dal 2011 è stato implementato il corretto conferimento dei rifiuti, con riduzione del 20% degli errori nel conferimento dei rifiuti speciali e degli RSU., attraverso formazione on the job ed uso di reminder e brochure informative. Nel 2012 c'è stata l'implementazione verso l'attenzione ai nuovi germi multiresistenti soprattutto in area critica, aumentando l'attenzione della segnalazione ed la corretta procedura di isolamento. Per il 2013 l'utilizzo del facilitatore della formazione on the job, ha consentito di formare il 70% del personale infermieristico ed ostetrico, riducendo del 10% il problema del cluster epidemico nelle infezioni correlate all'assistenza. Nel 2014 la figura del facilitatore della formazione on the job è stata estesa anche nel territorio, sviluppando una metodica di apprendimento interattivo sulle buone pratiche.

**LIMITI** La figura del facilitatore della formazione on the job, è stata utilizzata per il rischio infettivo e le buone pratiche

**CONCLUSIONI** La capacità di produrre valore attraverso la creazione di nuovi processi cognitivi di apprendimento è alla base della nuova economia sanitaria. Le grandi potenzialità insite in ogni operatore dedicato all'assistenza, costituite dall'insieme di competenze possedute, sono state valorizzate, attraverso un processo di formazione continua, economizzando il tempo assistenziale e con l'utilizzo di risorse già presenti nell'ambito lavorativo. Per consentire una maggiore diffusione della formazione on the job in tutti i campi sanitari, nel 2015 è stata programmata la formazione di 20 facilitatori della formazione on the job nella zona sud-est dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

### Indirizzo per la corrispondenza

Rosseti Rossella, Infermiere  
Distretto Sud-Est - Direzione  
Via dell'Antella, 58 - 50012 - Bagno a Ripoli (FI)  
Email: rossella.rosseti@asf.toscana.it

## 110. Progetto sperimentale “Feel-Good” per la promozione di corretti stili alimentari e dell'attività fisica rivolto alla popolazione adulta-anziana del comune di Roma

Sambuchi Alessia<sup>1</sup>, Messina Riccardo<sup>2</sup>, Messina Glauco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Villa Alba srl Roma, <sup>2</sup>Associazione Obiettivi sociali Onlus Roma

**BACKGROUND** Il progetto “Feel-Good” nasce dalla volontà di promuovere azioni di sensibilizzazione e di prevenzione a favore degli anziani di Roma capitale nonché sulla acquisizione di stili di vita salutari, per raggiungere sia le famiglie con anziani fragili, sia la cittadinanza in genere.

**OBIETTIVI** Abbiamo proposto un progetto di promozione di corretti stili alimentari e dell'attività fisica rivolto alla popolazione adulta-anziana del comune di Roma nella quale è possibile intervenire con successo sia nell'impedire l'insorgenza del problema, sia nella sua favorevole risoluzione. Gli obiettivi principali sono quelli della: 1. diffusione di concetti di corretta alimentazione nella popolazione; 2. l'incremento del livello dell'attività fisica nella popolazione; 3. l'implementazione delle reti di sostegno sociale tra le persone.

**METODI** Il progetto si articolerà in due fasi: La prima sulla prevenzione della malnutrizione; La seconda sull'incremento dell'attività fisica. Verrà condotta, nei Centri di aggregazione per la terza età sul territorio del V municipio del Comune di Roma, una ricerca epidemiologica per rilevare i principali valori antropometrici di un campione statisticamente rappresentativo della popolazione geriatrica. Sarà informata la popolazione sull'iniziativa, convocando poi gli interessati ad un incontro preliminare. In questa sede verrà presentato loro il progetto. Saranno effettuate alcune misure antropometriche. A tutti i partecipanti verrà consegnato un pedometro utilizzato per valutare il numero di passi effettuati sia durante le camminate, sia al domicilio per tre giorni a inizio e fine del progetto. Il metodo di studio sarà il seguente: cooperazione con il Centro per la prevenzione e la terapia dell'obesità Villa Alba di Roma; Reclutamento di adulti-anziani di Roma partecipanti agli incontri teorici e quelli pratici; rilevazione tramite questionari di piccoli/grandi cambiamenti nelle conoscenze teoriche di base e di comportamenti abituali.

**RISULTATI** I risultati attesi: a. Stima del numero di anziani del V municipio (campione rappresentativo) di Roma affetti da sovrappeso od obesità e distribuzione per fasce di età; b. Stima della distribuzione geografica del fenomeno. Alla luce dei risultati di questa ricerca sarà possibile predisporre e programmare nel dettaglio le modalità dell'intervento di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Individuando annualmente gli anziani con una crescita ponderale anomala sarà possibile intervenire prima che il sovrappeso e l'obesità diventino conclamati. Agendo tempestivamente, gli interventi di prevenzione primaria e secondaria sarebbero molto più incisivi, mentre diventando mirati e focalizzati sui soggetti a rischio, si determinerebbe una probabile riduzione dei loro costi; vi sarebbe inoltre un risparmio indiretto sul trattamento intensivo dovuto alla probabile diminuzione dei soggetti con obesità conclamata. Tutti i dati raccolti saranno elaborati statisticamente e annualmente verrà redatta una relazione dettagliata che fornirà le seguenti informazioni: a. epidemiologia, trend e distribuzione sul territorio del fenomeno malnutrizione negli anziani; b. aree a maggior rischio; c. efficacia degli interventi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria.

**LIMITI** I risultati devono intendersi come attesi visto che il progetto è stato presentato al comune di Roma il 24 novembre ed a tutt'oggi ha superato 2 dei 3 step previsti dal bando di concorso.

**CONCLUSIONI** Introdurre, in un arco temporale di tre anni, un programma di educazione alla salute comune a tutti i Centri di Aggregazione per la terza età del territorio; capace di integrarsi con le peculiarità e le iniziative già avviate dalle singole istituzioni. Ogni anno verrà promossa l'educazione alla salute in 30 Centri di Aggregazione per la Terza età del territorio, dando priorità alle strutture con maggiore grado di sovrappeso/obesità (i Centri di Aggregazione interessati dal progetto saranno 90 quindi si prevede di renderlo operativo in tutto il territorio entro 3 anni). Dare agli anziani coinvolti nel progetto semplici informazioni per prevenire l'eventuale sovrappeso. In questo modo, tutti gli anziani coinvolti avranno delle informazioni di base che potranno utilizzare nel corso dello sviluppo del progetto. Non è necessario che diventino degli esperti di obesità geriatrica, ma è indispensabile che acquisiscano un minimo di sensibilità su questo tema, in modo da poter applicare alla vita quotidiana semplici accorgimenti per diminuire la sedentarietà e migliorare l'alimentazione. L'obiettivo è di rendere consapevole l'anziano che è entrato nel range del sovrappeso. L'intero Gruppo verrà stimolato a modificare il suo stile di vita ponendo maggiore attenzione alla corretta alimentazione. In questa fase, la semplice consapevolezza del problema, unita ad alcune semplici strategie per modificare le abitudini quotidiane, possono riportare il peso entro i parametri attesi interrompendo l'aumento ponderale sul nascere.

### Indirizzo per la corrispondenza

Sambuchi Alessia, Dietista  
Casa di Cura Privata - I.N.I. s.r.l. Div. Villa Dante  
Via Roma, 298 - 00012 - Guidonia Montecelio  
Email: ale880@hotmail.it

## 111. **Audit & Feedback e checklist per implementare il cambiamento: l'esperienza di un Pronto Soccorso per la gestione della Fibrillazione Atriale**

Scaldaferri Luca, Glinski Letizia, Arigoni Mauro, Sacher Maurizio, Favaro Andrea

*Ospedale di Treviso - ULSS9*

**BACKGROUND** Il Pronto Soccorso (PS) è un luogo in cui è strategico indirizzare l'impiego delle risorse verso prestazioni efficaci, appropriate e dall'high value. Il PS dell'Ospedale di Treviso è organizzato sul modello del medico dell'urgenza e nella medesima UOC è presente la Medicina Generale d'Urgenza (MGU), per cui la gestione del paziente critico inizia in PS per proseguire in MGU su percorsi di UOC codificati nel passato tenendo conto delle linee guida più diffuse senza seguire una specifica metodologia. Dal 2011 è stato adottato il framework GIMBE nella revisione dei percorsi assistenziali (PA) di UOC; lo strumento implementativo è l'Audit Clinico (AC). La condizione patologica scelta come "modello implementativo" è la fibrillazione atriale (FA), per importanti risvolti fra cui la frequenza, l'elevato consumo di risorse e l'ampia variabilità della pratica clinica; è di interesse per il medico dell'urgenza per procedure di cardioversione farmacologica (CVF) ed elettrica (CVE) in sedazione; la gestione di PS risulta inoltre cost-saving in termini di setting (evitando ricovero e DH) e ridotto ricorso agli specialisti (cardiologo ed anestesista). Nel 2011 per la gestione della FA in PS è stata adattata al contesto locale la LG ESC 2010 e progettato un AC.

**OBIETTIVI** Misurare l'adesione al PA e cogliere aree di miglioramento; osservare il mantenimento delle competenze acquisite nel tempo; valutare l'impatto di una scheda reminder FA (SRFA) nel modificare l'adesione dei medici al PA.

**METODI** A partire dalle raccomandazioni della LG è stato costruito un set di Indicatori di Processo (IP) e di Esito (IE). L'implementazione del cambiamento ha previsto un approccio multifattoriale, in particolare con un feedback trimestrale dell'AC e con l'impiego di una checklist con gli snodi principali del PA (scheda reminder FA, SRFA). Dalla cartella informatizzata di PS sono stati estratti tutti i record con diagnosi codificata FA o flutter atriale, escludendo la FA permanente e i ricoveri per altro problema o complicanza. Lo studio, di tipo before-after, è stato condotto su tre periodi: 1- analisi before (PreAC): periodo 1/1-31/12/2011, campione rappresentativo 504 casi, stimato con calcolatore del King's College Hospital del NHS inglese, randomizzato su base mensile (42 casi/mese). 2- Audit (AC): periodo 1/3/2012-1/3/2013, campione 965 casi, corrispondente alla totalità dei casi del periodo; in tale periodo sono state compilate "obbligatoriamente" e quindi analizzate le SRFA (n= 297) per tre IP (Stima rischio tromboembolico, Somministrazione EBPM alla presentazione, Profilassi tromboembolica alla dimissione). 3- Re-Audit (ReAC): periodo 1/11/2013-30/4/2014, campione 512 casi corrispondente alla totalità dei casi del periodo; dal 1/3/2014 non stati attuati interventi implementativi e l'utilizzo della SRFA è stato lasciato al giudizio del singolo medico. Il lavoro è stato inserito in un progetto di formazione sul campo (42 crediti per l'anno 2012).

**RISULTATI** Gli IP triage (codifica colore giallo), sintomaticità e durata (>48h o 95%, denotando aree di conoscenza già consolidate e rilevanti per gli aspetti decisionali. Due IP legati a raccomandazioni fra le più forti della LG esplorano una competenza meno caratteristica dell'urgenza, ovvero la prevenzione tromboembolica; essi sono rimasti sotto il target (65%) e hanno dimostrato un miglioramento poi regredito dopo la sospensione degli interventi implementativi: IP Stima del rischio tromboembolico (PreAC 1,7%, AC 44%, ReAC 25,3%) e IP Profilassi tromboembolica alla dimissione FA12h 60%, 30,7%, 15,1%).

**LIMITI** Sono risultati limitanti: il tempo necessario alla raccolta e transcodifica dei dati (da campo testo a variabile si/no); la variabile completezza dei record; la difformità dei medici nel compilare il diario clinico.

**CONCLUSIONI** Il confronto fra la pratica corrente e lo standard ha evidenziato aree di inapproprietezza che potrebbero migliorare le performance clinico-assistenziali ed organizzative; risulta inoltre evidente che l'inserimento di nuove competenze, come la profilassi tromboembolica, richiede interventi diversi e ripetuti nel tempo perchè si possano consolidare; la checklist si dimostra uno strumento efficace, usato in non più del 30% dei casi perchè in formato cartaceo. La strategia appare proficua e verrà applicata per implementare altri PA.

### **Indirizzo per la corrispondenza**

Scaldaferri Luca, Medico Chirurgo  
Ospedale di Treviso - Santa Maria di Ca' Foncello - U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso  
Piazza Ospedale, 1 - 31100 - Treviso  
Email: luca.scaldaferri@gmail.com

## 112. Riconversione a ospedale per intensità di cura di nosocomio in ambiente montano: analisi delle patologie maggiori e dell'impatto delle stesse sul servizio di radiologia

Scardino M<sup>1</sup>, Grosso M<sup>1</sup>, Giacometti M<sup>2</sup>, Passi S<sup>2</sup>, Minniti D<sup>3</sup>, Pasqualucci A<sup>3</sup>, Siliquini R<sup>4</sup>, Gualano MR<sup>4</sup>, Audisio L<sup>3</sup>, Cesari L<sup>3</sup>, Cosenza G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Città della Salute e della Scienza, <sup>2</sup>Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Torino, <sup>3</sup>OO.RR di Rivoli - ASL TO3, <sup>4</sup>Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche - Università degli Studi di Torino

**BACKGROUND** Negli ultimi anni è profondamente cambiata la tipologia dei pazienti afferenti agli ospedali del S.S.N. Parallelamente, lo sviluppo tecnologico ha significativamente modificato le procedure di assistenza per numerose patologie acute e anche l'opinione pubblica è più attenta alla qualità, alle modalità, ai livelli di assistenza e di cura erogati dalle diverse strutture. Anche l'ospedale quindi è costretto a mutare e il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi l'omogeneità tra i bisogni e l'intensità di cure richieste, superando, così, il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica. In particolare presso l'Ospedale di Susa, cittadina sita alla confluenza di più valli alpine, si è provveduto, a cura dell'ASL TO 3, a riconvertire l'ospedale locale da tradizionale a ospedale per intensità di cura

**OBIETTIVI** Identificare, attraverso l'analisi delle S.D.O, le patologie maggiori attribuibili a pazienti provenienti dal pronto soccorso e non di natura traumatica, e il carico di lavoro radiologico necessario per la loro diagnosi e follow-up all'interno di un sistema di ricovero basato sull'IDC

**METODI** Sono state valutate un totale di 500 Schede di Dimissione Ospedaliera. I criteri di esclusione sono stati: l'accesso non avvenuto tramite PS, il decesso entro 3 giorni dal ricovero, diagnosi in ingresso o di dimissione non inerenti, pazienti di età inferiore al 17° anno di età, etc. Tra queste sono state selezionate 105 schede che rappresentassero omogeneamente il campione richiesto per l'analisi. Si è in seguito provveduto alla progettazione di una scheda di rilevazione dati standardizzata al fine di uniformare la fase di raccolta dei dati clinico-assistenziali

**RISULTATI** Campione: 105 unità di analisi (schede paziente). Dei soggetti in esame il 61% (N=64) è di genere maschile ed il 39% (N=41) di genere femminile, con un'età media di 79 anni. Le diagnosi sia di ingresso, ma soprattutto la conferma clinica, ottenuta con la diagnosi di dimissione e avvalorata da una più forte casistica in termini numerici, convergono sul fatto che l'Insufficienza Respiratoria Acuta sia la maggiore causa di accesso presso l'ospedale per tutte le classi di età, con un rapporto di 1:2 sugli accessi. La Broncopneumopatia cronica ostruttiva si assesta su valori inferiori e simili a quelli prodotti dalla patologia Focolaio Broncopneumonico. Queste ultime si configurano rispettivamente al secondo e terzo posto per numero di accessi. Se si valuta la durata della degenza, si evince che in generale il sesso maschile si assesta su tempi di ricovero maggiori rispetto a quelli del sesso femminile (5-11 giorni F/ 8-17 M), tale è contestualizzabile alla luce del fatto che i pazienti di sesso maschile che afferiscono ai servizi presentano una media di 4.4 comorbidità contro un 3.9 del sesso femminile. Stratificando per le patologie in esame è possibile osservare come in caso di BPCO il 66.6% dei pazienti si divida equamente tra un ricovero molto breve

**LIMITI** Non esistendo in letteratura esperienze simili, la scheda di rilevazione è stata disegnata appositamente per il presente studio ed è stata sottoposta a validazione in itinere. Bassa numerosità campionaria, studio pilota

**CONCLUSIONI** L'analisi dei dati (STATA® Ver 1.3) conferma come il numero e la qualità delle patologie maggiori (IRA, BPCO e Polmonite) sia congruente in rapporto ai dati sociologici del territorio in esame che vedono il 17 % della popolazione attestarsi sopra i 65 anni. Per la cura, in acuzie, di tali patologie, in un contesto di assistenza per intensità di cure, si osservano tempi di degenza sovrapponibili o addirittura inferiori a un contesto tradizionale. Si segnala anche come il servizio di radiologia, chiamato ad operare in una condizione non usuale risponda efficacemente alle richieste provenienti da un'équipe clinica interdisciplinare. In conclusione si osserva come il nuovo modello organizzativo non solo non peggiori la qualità delle cure ma addirittura, in qualche caso, fornisca outcome superiori. Questo è sicuramente un indicatore positivo per lo sviluppo del modello IDC incardinato su piccoli nosocomi in aree disagiate

### Indirizzo per la corrispondenza

Scardino Matteo, Tecnico sanitario di radiologia medica  
Ospedale Molinette  
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino  
Email: mscardino@inwind.it

### 113. Obiettivo sostenibilità: dal fornitore al paziente: reingegnerizzare la supply chain dei dispositivi medici

Serpieri Chiara, Bo Andrea, Marengo Chiara

*A.O. Ordine Mauriziano di Torino*

**BACKGROUND** La congiuntura economica ha imposto il problema della scarsità di risorse finanziarie destinabili al SSN, forzando l'introduzione della "sostenibilità economica" per salvaguardarne la natura universalistica di tutela della salute e di accesso alle cure anche per le future generazioni. Per evitare il razionamento lineare delle risorse, è necessario adottare politiche di razionalizzazione dove l'appropriatezza costituisce il driver di riallocazione delle stesse in prestazioni efficienti e di alto valore. I consumi ospedalieri di dispositivi medici (DM) costituiscono una quota importante delle risorse impegnate dalle cure ospedaliere e generano esiti di cura sempre migliori con costi il cui trend è in continua crescita. L'Azienda Mauriziano, caratterizzata da un elevato livello di informatizzazione gestionale, si distingue nel panorama piemontese per prestazioni ad elevato contenuto tecnologico, con una spesa per l'acquisto di DM che, nell'anno 2014, ha rappresentato circa il 63% del budget per prodotti sanitari

**OBIETTIVI** L'Azienda ha individuato nell'informatizzazione del percorso logistico dei DM uno degli ambiti su cui agire per raggiungere gli obiettivi di salute e di assistenza. Il progetto si è proposto di: 1. reingegnerizzare la supply-chain dei DM dal fornitore al paziente, automatizzandola con soluzioni di tipo ERP; 2. valorizzare in tempo reale anche il capitale immobilizzato nei depositi di reparto, dimensionandolo all'attività clinica; 3. sostituire la logica del consumo storico con quella del fabbisogno per prestazione

**METODI** 1. aggiornamento dell'anagrafica dei DM secondo quanto disposto dal DM della Salute 11.06.2010; 2. standardizzazione della descrizione, condivisa a livello Regionale; 3. analisi di budget impact per l'individuazione delle realtà cliniche con un livello di complessità tecnologica medio-alto, più rilevanti per consumo/spesa di DM specialistici; 4. progettazione di un percorso informatico, logistico e contabile al fine di valorizzare le giacenze nei depositi di reparto in tempo reale, di registrare i DM utilizzati contestualmente ad ogni procedura e di attivare un riapprovvigionamento automatizzato sulla base di quantitativi minimi e massimi pre impostati, controllato e calibrato sulla base delle prestazioni erogate. Il progetto, sviluppato in un contesto multidisciplinare, ha individuato nell'elevato grado di accountability di ciascun professionista coinvolto, uno strumento efficace per il governo delle innovazioni, del rischio clinico e dei costi

**RISULTATI** 1. Miglioramento della base dati aziendale e regionale: 95% dei dati inseriti nel flusso informativo dei DM (DM 11.06.2010); 2. Miglioramento dell'allocazione delle risorse, proporzionata alle prestazioni da erogare in base alla programmazione dell'attività, attraverso un monitoraggio in tempo reale di consumo e spesa per DM specialistici; 3. conoscenza della quantità, del valore economico e dell'ubicazione dei DM immobilizzati presso le strutture coinvolte nel progetto (2 blocchi operatori: 10 sale e 5 strutture interventistiche); 4. Riduzione delle scorte di reparto con un assestamento attuale giustificabile sulla base delle prestazioni effettuate (?medio(2014 vs 3013)=42%); 4. riduzione degli indicatori di durata /giacenza media (da 75 a 15 gg); 5. completa tracciabilità del materiale: il 100% degli interventi è registrato, l'80% del totale della spesa per DM è collegabile a procedure/pazienti; 6. riduzione dell'incidenza di errori: risk-management (il DM giusto al paziente giusto nei tempi giusti); 7. recupero delle risorse infermieristiche, sollevandole dall'espletamento di attività logistiche per dedicarsi alle proprie attività assistenziali al paziente (riduzione tempo dedicato alla logistica pari al 75%); 7. analisi dei costi per paziente con elaborazione di un panel di costi medi per procedura e di dati analitici per paziente, superando la logica di controllo gestionale per struttura /centro di costo. Alla data attuale gli interventi codificati con un pannello di materiale associato sono circa il 59%

**LIMITI** 1. L'aderenza ad un sistema rigidamente controllato, su supporto informatico, richiede un cambio di organizzazione e di mentalità che necessita di tempo per essere compreso e condiviso. 2. Non esiste, come per i medicinali, un codice univoco per ogni singolo DM. Dopo un'analisi comparata delle diverse soluzioni possibili, in collaborazione con gli esperti del Politecnico di Torino, è stata definita necessaria una fase time-consuming di rietichettatura di ogni singolo DM specialistico, propedeutica alla registrazione con penna ottica del DM impiegato durante ogni procedura

**CONCLUSIONI** Il progetto, in fase di ulteriore sviluppo, ha fornito alla Direzione gli strumenti necessari ad ottemperare alle normative vigenti in materia di finanziamento del SSN, consentendo una maggiore efficienza nell'allocazione delle risorse secondo logiche di appropriatezza ed è ritenuto parte integrante delle strategie adottate per il riposizionamento dell'Azienda nel panorama regionale

#### Indirizzo per la corrispondenza

Marengo Chiara, Farmacista  
A. O. Ordine Mauriziano di Torino  
Via Magellano, 1 - 10128 - Torino  
Email: cmarengo@mauriziano.it

## 114. Il piano per ogni paziente e il punto di vista degli operatori. Esperienza in un reparto di Medicina nell'Azienda Ospedaliera Senese

Serra Daniela, Riccardis Maria, Abati Linda, Peruzzi Vanna, Bugnoli Gianluca

*Azienda Ospedaliera Senese*

**BACKGROUND** Il reparto di Medicina Interna dell'AOUS tratta pazienti affetti da patologie croniche a media e bassa intensità. Il percorso assistenziale vede coinvolti medici strutturati e in formazione, infermieri, O.S.S., tecnici di riabilitazione. L'introduzione della filosofia LEAN li ha visti coinvolti nei percorsi formativi, nell'organizzazione fino alla creazione del P.P.O.P. (Piano per ogni paziente, strumento di Visual Management, volto alla pianificazione del percorso del paziente dall'ingresso in reparto alla dimissione)

**OBIETTIVI** Condividere con gli operatori le azioni intraprese, favorire la partecipazione attiva, la comunicazione e gli aspetti relazionali. Aumentare la soddisfazione del personale, evidenziare gli elementi di resistenza al cambiamento, migliorare il clima interno, fornire un servizio di qualità in termini assistenziali.

**METODI** • Creazione di un TEAM multidisciplinare (medici infermieri oss) • Formazione lean . • Analisi del processo attraverso la mappatura del flusso del valore (rappresentazione grafica di tutti i processi ed attività che concorrono al percorso di cura) • Condivisioni dei vari step: creazione di un ambiente idoneo e confortevole scegliendo anche gli arredi della stanza dove effettuare il briefing mattutino, installare il pannello dove si evidenzia il percorso indispensabile al Visual Manager (figura che ha la funzione di rilevare la situazione posti letto, mettere in atto le azioni necessarie a garantire lo scorrimento del flusso dei pazienti dal DEA alle linee assistenziali). • Introduzione di una bacheca di monitoraggio dove riportare gli indicatori, vedere i risultati al fine di rendere tutti gratificati degli obiettivi raggiunti, aumentando la motivazione e cercando di vincere le normali resistenze. • Al fine di raccogliere le impressioni e le opinioni di tutti i professionisti è stato somministrato un questionario anonimo a tutti riguardo l'introduzione del PPOP. Il campione teneva conto della professione svolta, gli anni di servizio e il sesso. Si chiedeva di valutare se la pianificazione del percorso del paziente trasmettesse l'idea di un processo inteso come attività coordinata, se aiutasse a sentirsi maggiormente parte attiva nel percorso di cura del paziente, se il momento del briefing fosse utile per conoscere meglio e condividere il percorso di cura. Importante era anche valutare se era migliorata la comunicazione tra professionisti, se c'era stato un effetto sul carico di lavoro, se le attività erano migliorate dal punto di vista organizzativo e se, come effetto, si percepiva un miglioramento delle cure offerte al paziente .

**RISULTATI** I risultati esposti nella stanza briefing, in sintesi, hanno evidenziato una percezione buona riguardo l'introduzione del piano per ogni paziente da parte di medici e infermieri, inferiori alle aspettative dai medici in formazione e oss perché si sono sentiti meno coinvolti. Complessivamente sia gli infermieri che i medici si sono sentiti più parte attiva nel percorso di cura. Nel questionario è emerso che i vantaggi riconosciuti da tutti riguardano una tempestività nella prenotazione degli esami, un miglioramento della comunicazione con i familiari, una buona organizzazione delle dimissioni complesse evidenziando precocemente le problematiche assistenziali e sociali.

**LIMITI** La difficoltà è mantenere i risultati ottenuti. L'aggiornamento del personale deve tener conto del turn-over.

**CONCLUSIONI** Qualsiasi cambiamento richiede una verifica continua .L'utilizzo di questionari ripetuti, dove ognuno liberamente evidenzia le difficoltà, aiuta a mantenere i risultati ottenuti. Migliorando la comunicazione tra professionisti, si riducono gli sprechi legati al cattivo passaggio d'informazioni, aumentando il valore generato al paziente.

### Indirizzo per la corrispondenza

Peruzzi Vanna, Infermiere  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - U.O.C. Medicina Interna 2  
Viale Mario Bracci, 16 - 53100 - Siena  
Email: v.peruzzi@ao-siena.toscana.it

## 115. Inalazione di corpo estraneo nel bambino: risultati di un'indagine conoscitiva sui docenti della scuola primaria e dell'infanzia

Siena Ilenia<sup>1</sup>, Toccaceli Andrea<sup>2</sup>, Dignani Lucia<sup>2</sup>, Lucertini Carla<sup>2</sup>, Graciotti Paola<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facoltà di Medicina e Chirurgia - Corso di Laurea Infermieristica - Università Politecnica delle Marche di Ancona,

<sup>2</sup>A.O.U. Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi di Ancona

**BACKGROUND** L'inalazione di un corpo estraneo è un'emergenza pediatrica molto frequente, che può condurre alla morte. È un evento che riguarda tutte le fasce di età, ma l'incidenza maggiore si verifica nei bambini di età inferiore ai 5 anni. Il rapido riconoscimento e trattamento del caso può prevenire conseguenze gravi. Tuttavia spesso l'ostruzione porta a effetti fatali, poiché il soccorritore occasionale non formato risponde all'evento drammatico con tecniche errate che peggiorano l'esito dell'incidente. Un'adeguata educazione della popolazione che si trova a contatto con i bambini, quale il personale scolastico, porterebbe alla riduzione del fenomeno o dei suoi esiti infausti. Tuttavia, ad oggi, in Italia non esiste una legge che regola la formazione dei docenti sulle manovre di disostruzione delle vie aeree. I corsi di formazione vengono organizzati dalle singole scuole o da associazioni pubbliche e private. Per comprendere l'entità del fenomeno e l'eventuale necessità di formazione specifica e mirata, occorre valutare le conoscenze possedute dai docenti scolastici relativamente alle manovre rianimatorie per la disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo nel bambino.

**OBIETTIVI** Valutare il livello di conoscenza dei docenti della scuola dell'infanzia e Primaria delle manovre di disostruzione di un corpo estraneo nei bambini al di sotto degli 8 anni di età.

**METODI** Lo studio, osservazionale cross-sectional, è stato condotto da gennaio a marzo 2014, presso 9 Istituti Comprensivi della Regione Marche. Sono stati reclutati tutti i docenti che insegnavano a bambini con un'età inferiore a 8 anni, attraverso un campionamento di convenienza. È stato somministrato un questionario costruito ad hoc, elaborato sulla base delle Linee Guida 2010 della Italian Resuscitation Council per la disostruzione delle vie aeree nel bambino da 1 a 8 anni. Lo strumento si compone di due parti: una che indaga variabili socio-demografiche, l'altra di carattere teorico-pratico, per la valutazione delle conoscenze sulle manovre di disostruzione pediatrica da corpo estraneo. L'analisi dei dati è stata condotta attraverso l'elaboratore statistico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versione 19).

**RISULTATI** Dei 396 questionari consegnati, ne sono stati compilati 260 (65.6%). I docenti che hanno partecipato allo studio avevano un'età media di 46.2 anni (DS 9.5) e un'esperienza media di insegnamento di 19.3 anni (DS 11.4). Dall'analisi dei dati è emerso che la maggior parte dei docenti è a conoscenza dell'esistenza delle manovre di disostruzione pediatrica (96.1%) ed è in grado di riconoscere un'ostruzione delle vie aeree. Tuttavia il 19.3% del campione ha dichiarato di non sapere quali manovre effettuare per la disostruzione totale da corpo estraneo. Si è rilevato che parte dei soggetti indagati ha effettuato percorsi formativi specifici inerenti le manovre di disostruzione da corpo estraneo (47.1%). I corsi di formazione sono stati attivati, nella maggior parte dei casi, dalla scuola stessa, dall'ANPAS e dal 118. Il 6.2% del campione si è trovato a dover gestire un episodio di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo durante il turno di lavoro. Al test del Chi-quadrato è risultata una significatività statistica tra la scuola di appartenenza e il livello di conoscenza riguardo il riconoscimento ( $p=0.003$ ) e la gestione dell'ostruzione delle vie aeree ( $p=0.001$ ). Interessante inoltre notare che esiste una correlazione positiva tra le conoscenze possedute dai docenti e la partecipazione ad eventi formativi, ma risulta avere un basso valore ( $r$

**LIMITI** La ridotta numerosità del campione considerato, pone dei limiti alla validità esterna dei risultati. Inoltre il campionamento di convenienza non esclude la possibilità di selection bias.

**CONCLUSIONI** Il campione studiato ha mostrato di possedere conoscenze riguardo al riconoscimento di un'ostruzione (parziale o totale) da corpo estraneo nei bambini, però sono scarse le capacità di agire correttamente nel caso si verificasse questo grave evento. Questo studio ha permesso quindi di ottenere informazioni utili su una tematica di fondamentale rilevanza per la sicurezza e la vita di una porzione importante della popolazione. In un contesto sanitario moderno, dove la tematica del coinvolgimento del cittadino occupa un ruolo di primo piano nella programmazione sanitaria, i dati ottenuti con questo studio possono costituire la base per la creazione di percorsi formativi teorico-pratici rivolti alla popolazione, volti a riconoscere e gestire situazioni di pericolo, come l'emergenza pediatrica in ambito scolastico.

### Indirizzo per la corrispondenza

Toccaceli Andrea, Infermiere  
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi  
Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona  
Email: andrea-toccaceli@tiscali.it

## 116. Analisi dei predittori di riammissione non pianificata a trenta giorni, tra i pazienti di un servizio di Cure Domiciliari

Simonetti Valentina<sup>1</sup>, Comparcini Dania<sup>2</sup>, Carnicelli Francesca<sup>3</sup>, Coccia Bruna<sup>3</sup>, Della Pelle Carlo<sup>4</sup>, Cerratti Francesca<sup>4</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Area Vasta n. 3 Civitanova Marche; <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche di Ancona, <sup>3</sup>ASUR Marche Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, <sup>4</sup>Università "G. D'Annunzio" di Chieti

**BACKGROUND** Il cambiamento nella tipologia e nell'entità della domanda di assistenza sanitaria, unito al contesto socio-economico attuale, rende necessaria una valutazione di appropriatezza della gestione dei pazienti, per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri e la continuità assistenziale. Ciò è tanto più valido nei pazienti anziani poiché presentano un alto livello di disabilità e comorbilità ed un maggior rischio di ricoveri ospedalieri. In particolare, al momento della dimissione ospedaliera, l'equilibrio raggiunto nello stato di salute dei pazienti anziani è precario e di conseguenza il rischio di invalidità e di riammissione in ospedale aumenta. Pertanto, identificare i fattori che determinano una riammissione ospedaliera potrebbe essere utile per ridurre tali eventi. Ad oggi, numerose ricerche hanno indagato fattori di rischio che possono portare alla riammissione ospedaliera dei pazienti assistiti a livello territoriale, al fine di determinare indici predittivi specifici di riammissione; tuttavia sono stati condotti pochi studi sui pazienti anziani in Cure Domiciliari nel contesto italiano.

**OBIETTIVI** Determinare la prevalenza delle riammissioni in ospedale a trenta giorni dei pazienti anziani inseriti in Cure Domiciliare ed individuare i fattori predittivi associati alla riammissione in ospedale entro trenta giorni dal ricovero indice.

**METODI** Lo studio, retrospettivo multicentrico, è stato condotto consultando le schede di dimissione ospedaliera e i dati clinico - assistenziali presenti nelle cartelle delle Cure Domiciliari e nei software dei Presidi Ospedalieri dei pazienti di età > di 60 anni, seguiti dal Servizio di Cure Domiciliari dell'Area Vasta n. 5 (AV5) - Marche, che presentavano un'ammissione in regime di ricovero non pianificato presso i tre Presidi Ospedalieri territorialmente competenti, dal 1 gennaio al 31 dicembre 2011. Sono stati individuati 3366 ricoveri per 2052 pazienti assistiti dalle Cure Domiciliari, di cui 539 hanno incontrato i criteri di reclutamento. Le variabili considerate sono state: dati socio-demografici; riammissioni non pianificate per qualsiasi causa a 30 giorni dalla dimissione; Unità Operative (UU. OO.) e durata del ricovero; stato di dipendenza; tipologia di Assistenza Domiciliare; comorbilità riferite come le più associate al rischio di riammissione, individuate con il sistema DRG (ICD 9). Per la determinazione degli effetti di ciascun fattore sulla variabile "riammissione entro 30 giorni" è stata effettuata un'analisi multivariata, mediante l'utilizzo del software SPSS Statistics for Windows.

**RISULTATI** Il campione è rappresentato da due gruppi di pazienti: riammessi entro 30 giorni (n=312) e coloro che non hanno subito una riammissione entro 30 giorni dal ricovero indice (n=277). I pazienti riammessi dopo 30 giorni dal ricovero indice nell'anno 2011 sono il 57.9 %, mentre la percentuale riferita a tutti i pazienti in Cure Domiciliari con almeno un'ammissione in regime di ricovero ordinario non pianificato nel 2011, è di 15.2. Per quanto riguarda le comorbilità nei due gruppi di pazienti, la media di patologie concomitanti è, rispettivamente, di  $3 \pm 1.6$  e  $2.4 \pm 1.5$  e le patologie prevalenti nei gruppi sono rispettivamente il diabete (42.6% e 37.0%), l'insufficienza cardiaca congestizia (36.9% e 30.8%), la fibrillazione atriale (36.2% e 30.8%) e le neoplasie (33.0% e 14.5%). I fattori predittivi di riammissione a 30 giorni sono: il genere maschile [OR 1.58(IC:1.12-2.24)] l'assistenza domiciliare a bassa e media intensità [OR 1.57(IC:1.09-2.25)] e, tra le comorbilità, la malattia coronarica [OR 1.92(IC:1.16-3.18)], la bronco-pneumopatia cronico ostruttiva [OR 1.50(IC:1.00-2.23)] e le neoplasie [OR 2.90(IC:1.87-4.49)]. I fattori protettivi sono: la degenza > di 3 giorni [OR 0.35(IC:0.14-0.82)], l'assistenza domiciliare ad alta intensità [OR 0.64(IC:0.45-0.91)] e, tra le comorbilità, le patologie psichiatriche [OR 0.50(IC:0.30-0.83)] e le fratture [OR 0.64(IC:0.43-0.95)].

**LIMITI** Il numero elevato di documentazione incompleta ha diminuito la numerosità del campione rendendo quindi i risultati riferibili ad una realtà locale.

**CONCLUSIONI** Lo studio ha permesso di evidenziare un valore percentuale di pazienti riammessi in ospedale a trenta giorni, più basso rispetto ai dati presenti in letteratura che indicano come cut-off il 20%. La ricerca di valori predittivi ha dato esiti statisticamente significativi su alcuni dei fattori analizzati e sono emersi, inoltre, fattori protettivi rispetto alle riammissioni. La conoscenza di entrambi i fattori può favorire l'implementazione di azioni correttive e/o preventive per diminuire il numero delle riammissioni non pianificate a trenta giorni dei pazienti in Cure Domiciliari. Tali azioni potrebbero garantire una maggiore qualità di cura, migliorare la continuità ospedale - territorio e ridurre i costi dell'assistenza sanitaria.

### 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: da.comparcini@gmail.com

## 117. Cadute e ri-cadute sull'organizzazione: risultati quattro anni dopo

Simoni Anna, Palladino Teresa, Minarini Andrea

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** La caduta può determinare danni più o meno gravi ai pazienti dalle semplici contusioni sino alle fratture che possono compromettere o peggiorare lo stato di salute del paziente, prolungare la degenza, aumentare l'uso di procedure diagnostiche/terapeutiche con conseguente aumento dei costi, aumentare il grado di dipendenza del paziente e peggiorare la qualità della vita, innescare contenziosi di natura medico-legale per gli operatori sanitari coinvolti. Per tentare di diminuire le cadute è importante individuare i pazienti a rischio e attuare interventi mirati a diminuire i fattori contribuenti. Dal 2011 i professionisti dell'AUSL di Bologna utilizzano la procedura aziendale "Prevenzione e gestione dell'evento caduta del paziente in ospedale"

**OBIETTIVI** Obiettivo primario: ridurre l'incidenza delle cadute nei pazienti che accedono al presidio ospedaliero sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale. Obiettivi specifici: intervenire sull'empowerment di operatori e pazienti nella prevenzione della caduta, incidere sulla corretta gestione della relazione con pazienti e familiari anche per attenuare il contenzioso giudiziario

**METODI** Partendo dall'analisi delle segnalazioni pervenute mediante apposita scheda di segnalazione è stata valutata il numero complessivo delle cadute e la distribuzione dell'evento caduta, per Presidio Ospedaliero, Dipartimento, U.O..L'evento caduta è stato classificato in relazione ai seguenti fattori: sesso, età, fascia oraria, luogo, valutazione del rischio di caduta, fattori contribuenti, modalità e dinamica, esito

**RISULTATI** Il numero complessivo di segnalazioni dell'evento caduta del paziente in ospedale dal 1 gennaio 2011 al 31 Dicembre 2014 è pari a 3310. Nello specifico sono state segnalate 823 cadute nell'anno 2011 (pari 1,49% dei ricoveri), 917 nell'anno 2012 (pari al 1,70% dei ricoveri), 805 nel 2013 (pari 1,69% dei ricoveri) e nel 2014 765 segnalazioni (pari al 1,69%). Esaminando la distribuzione delle cadute verificatesi nel periodo considerato è stato rilevato quanto segue: l'età maggiormente a rischio si colloca nella fascia compresa tra 75 e 85 anni, con una maggiore incidenza nel sesso maschile rispetto a quello femminile. Il tasso maggiore di cadute si registra presso le stanze di degenza e i servizi igienici. La maggior parte delle cadute, avvengono durante la discesa dal letto e l'utilizzo della toilette. Nella maggioranza dei casi la caduta si verifica durante la deambulazione e lo svolgimento delle cure igieniche, soprattutto per scivolamento favorito da calzature inadeguate (ciabatte aperte), mancanza di calzature. Il maggior numero di cadute (62,5%) si verifica nella fascia oraria notturna (20-7). Sul totale di 3310 cadute 1430 hanno avuto come esito un danno di cui 215 è risultato un danno grave (fratture, trauma cranico maggiore..). Nell'80% dei casi viene impiegato uno strumento di valutazione del rischio di caduta del paziente. Un fattore contribuente in un numero elevato di casi è la deficitaria comunicazione tra professionisti e pazienti.

**LIMITI** Focalizzazione dell'esperienza solo sul contesto ospedaliero

**CONCLUSIONI** Il monitoraggio dell'evento caduta permette ai professionisti sanitari e alla Direzione Aziendale di conoscere l'incidenza dell'evento caduta nelle proprie realtà operative e i relativi fattori contribuenti. Le cadute hanno una eziologia multifattoriale, pertanto, le strategie per la prevenzione delle cadute devono comprendere interventi multifattoriali. Una parte delle cadute possono essere evitate attraverso una pianificazione di interventi mirati alla riduzione o rimozione dei fattori di rischio rilevati attraverso l'implementazione delle valutazioni multidisciplinari del paziente a rischio e del contesto organizzativo.

### Indirizzo per la corrispondenza

Simoni Anna, Infermiere  
Azienda USL di Bologna - Medicina legale - Gestione del Rischio  
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna  
Email: seanmatgio@alice.it

## 118. L'organizzazione per intensità di cura può ridurre l'aggravamento clinico dei pazienti ricoverati in Medicina interna

Spagnolli Walter<sup>1</sup>, Cozzio Susanna<sup>1</sup>, Rigoni Marta<sup>2</sup>, Peterlana Dimitri<sup>1</sup>, Dorigoni Stefania<sup>1</sup>, Vettorato Elisa<sup>1</sup>, Grattarola Mario<sup>2</sup>, Pace Nicola<sup>2</sup>, Torri Emanuele<sup>3</sup>, Nollo Giandomenico<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ospedale Santa Chiara - APSS di Trento, <sup>2</sup>IRCS Provincia Autonoma di Trento – FBK di Trento, <sup>3</sup>Dipartimento di Salute e Solidarietà Sociale della Provincia Autonoma di Trento

**BACKGROUND** I pazienti ricoverati in Medicina Interna si caratterizzano per una gravità clinica non omogenea con situazioni cliniche variabili: stabili, instabili o critiche. Gli aggravamenti clinici durante la degenza possono determinare il decesso precoce del paziente o il trasferimento non programmato in reparti intensivi.

**OBIETTIVI** Lo scopo dello studio è stato quello di verificare l'efficacia di un modello organizzativo della degenza per intensità di cura (IC) nel limitare decessi precoci (entro le 72 ore) o trasferimenti urgenti per destabilizzazione clinica.

**METODI** Nel modello organizzativo per IC, l'assegnazione dei posti letto nelle aree di degenza del reparto è basata sulla valutazione dei parametri oggettivi dello score NEWS (National Early Warning Score) e sul giudizio del clinico. Lo score NEWS considera lo stato di coscienza, la pressione arteriosa sistolica, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la saturazione di ossigeno in aria ambiente, la necessità di ossigeno terapia e la temperatura corporea definendo per ogni paziente un indice che va da 0 a 18. L'indice è normalmente classificato in tre range: 0-4 rischio clinico basso, 5-6 rischio clinico medio, = 7 rischio clinico alto. L'organizzazione prevede pertanto la suddivisione della degenza in aree dedicate a pazienti acuti instabili o critici e a pazienti acuti stabili o post-acuti, con differenti setting assistenziali in termini di personale dedicato e strumentazione. Il modello organizzativo per IC è stato comparato con un modello "usual care" nel quale l'assegnazione del posto letto avviene esclusivamente in base alla disponibilità stessa dei letti e quindi con un criterio indifferenziato (non-IC). Sono stati analizzati gli accessi effettuati nel reparto di Medicina Interna dell'Ospedale Santa Chiara di Trento durante due periodi di tempo consecutivi, entrambi di nove mesi. Sono stati comprati 1045 accessi consecutivi con il modello IC e 1055 accessi consecutivi con il modello non-IC. Gli outcome valutati sono stati: il numero di pazienti trasferiti per aggravamento in reparti intensivi, il numero di decessi entro 72 ore dall'accesso e il loro esito combinato. Sono state effettuate delle tabelle di contingenza e test di chi-quadrato di Pearson.

**RISULTATI** Con l'organizzazione per IC sono stati trasferiti in reparti intensivi un numero significativamente minore di pazienti rispetto all'organizzazione senza IC: da 56 (5.3%) a 22 (2.1%), p

**LIMITI** L'eterogeneità delle patologie e la complessità dei pazienti ricoverati in Medicina Interna limita la possibilità di utilizzare unicamente lo score NEWS rendendo indispensabile associare il giudizio del Clinico nella stratificazione della gravità e del rischio di destabilizzazione. I limiti dello studio sono quindi rappresentati dalla combinazione di un criterio oggettivo (NEWS) e uno soggettivo (valutazione clinica) nella assegnazione del livello di intensità di cura. Con questo approccio, il clinico, sulla base della propria esperienza e della conoscenza del caso, può modificare l'assegnazione prevista dalla sola lettura dello score NEWS mitigando alcune letture in "cieco" dello score.

**CONCLUSIONI** I risultati indicano che nel modello organizzativo per IC, una stratificazione precoce secondo un giudizio combinato permette, all'interno della UO di Medicina Interna, di fornire al paziente il setting di cura più adeguato prevenendo la destabilizzazione clinica e migliorando l'efficacia e la qualità delle cure. La riduzione dei trasferimenti per aggravamento nei reparti intensivi e l'esito combinato di morte precoce o trasferimento, indica che il modello garantisce prestazioni più appropriate ai bisogni dei pazienti.

### Indirizzo per la corrispondenza

Nollo Giandomenico, Fisico  
SIHTA - Società Italiana di Health Technology Assessment - Consiglio Direttivo  
Viale Val Fiorita, 86 - 00144 - Roma  
Email: nollo@fbk.eu

## 119. La valutazione dello stress lavoro-correlato: indagine trasversale ed azioni di miglioramento

Storti Matteo, Acqua Alberto, Barbiero Michela

*ULSS 5 "Ovest Vicentino"*

**BACKGROUND** Gli interventi normativi e legislativi indirizzati al problema dello stress lavoro correlato e della sua valutazione sottolineano l'importanza (o l'obbligo) di effettuare la valutazione del rischio da stress lavorativo cui sono esposti i lavoratori operanti all'interno di tutte le strutture. In data 17/10/2010 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha emanato le linee guida per la valutazione dello stress lavoro-correlato. Avere una conoscenza diretta delle condizioni di stress dei dipendenti è un elemento importante per la direzione di un'azienda in modo tale da potere pianificare delle azioni di miglioramento.

**OBIETTIVI** L'obiettivo primario di questo studio è stato quello di esaminare la presenza e l'entità dello stress lavoro correlato in un'azienda ULSS nel nord est d'Italia. Gli obiettivi secondari sono stati quelli di confrontare i vari livelli di stress risultanti dal personale afferente ai vari stabilimenti ospedalieri. Il secondo obiettivo secondario è stato quello di confrontare il livello di stress tra categorie professionali.

**METODI** Lo studio trasversale è stato condotto tra aprile e luglio 2012. È stato somministrato un questionario self-report già validato dalla letteratura e raccomandato per fornire elementi di azioni di miglioramento del contesto lavorativo. Tale questionario era costituito da indicatori oggettivi e soggettivi. In base ai punteggi ottenuti l'indice di rischio identificato è stato suddiviso in tre categorie di intensità: bassa (0-17), media (18-34), alta (35 o

**RISULTATI** Dallo studio effettuato risulta che nessuna unità operativa raggiunge un elevato livello di stress. Il livello di stress è risultato "medio" nel 68% dei dipendenti ospedalieri contro il 18 di quelli del Distretto socio-sanitario e il 52% del personale amministrativo e tecnico.

**LIMITI** Per quanto l'indagine abbia rispettato scrupolosamente i criteri ministeriali, la valutazione dello stress rimane altamente legata alla percezione soggettiva di ogni persona che non è possibile misurare. Un'azione migliorativa sarebbe l'intervista personale condotta da persone esperte in psicologia del lavoro con conseguente aumento dei tempi e dei costi.

**CONCLUSIONI** A seguito di questo studio sono stati implementati alcuni interventi di cambiamento/miglioramento. In questi due ultimi anni sono stati avviati processi finalizzati a riorganizzare il lavoro al fine di una re-distribuzione dei carichi per ridurre la fatica fisica, mentale ed il carico emozionale con un conseguente incremento della qualità del lavoro svolto e della soddisfazione dei lavoratori. È stato promosso l'ascolto organizzativo, rafforzando la condivisione con gli operatori nelle scelte relative al loro lavoro per mezzo di riunioni periodiche anche fra differenti gruppi/reparti organizzativi. Sono stati attivati dei corsi di formazione con lo scopo di conoscere le strategie di individuazione e gestione dello stress (compreso l'insegnamento di tecniche di rilassamento) ed altri corsi per i dirigenti finalizzati all'acquisizione di competenze "bottom-up".

### Indirizzo per la corrispondenza

Storti Matteo, Infermiere  
Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino - U.O.S. Formazione  
Via Trento, 4 - 36071 - Arzignano (VI)  
Email: p.storti@libero.it

## 120. Le scale di valutazione delle lesioni da decubito in terapia intensiva: una revisione della letteratura degli strumenti più appropriati

Storti Matteo, Barbiero Michela

ULSS 5 "Ovest Vicentino"

**BACKGROUND** Le lesioni da decubito (LDD) sono un problema collaborativo molto presente nei setting ospedalieri. I soggetti ricoverati in terapia intensiva hanno, per la loro condizione di salute, un elevato rischio di sviluppare LDD con una prevalenza che sfiora il 27% dei ricoverati. In uno studio pionieristico precedentemente pubblicato è risultato che la sede di insorgenza di LDD più frequente è il sacro (32,7%) seguito dal tallone (23%). È ormai assodato che una corretta individuazione dei soggetti a rischio di questo problema collaborativo comporta ad un miglioramento degli outcome del paziente, ad una riduzione del tempo di cura e dei costi ad essa associati. Ad oggi molti studi ritengono che le scale di valutazione del rischio di LDD debbano essere utilizzate come strumento giornaliero di screening su tali pazienti anche se vi è la necessità di conoscere la tipologia di scala più appropriata da implementare nel proprio contesto organizzativo.

**OBIETTIVI** L'obiettivo primario di questa pubblicazione è stato quello di reperire, nella letteratura internazionale, le scale più appropriate per l'individuazione dei soggetti a rischio di LDD nelle terapie intensive.

**METODI** La presente revisione della letteratura è stata condotta sui principali database biomedici elettronici. I database inclusi sono stati: PubMed, EMBASE, CINAHL, COCHRANE LIBRARY utilizzando le seguenti parole chiave: "pressure ulcers", "critical care", "scale", "risk assessment", "validation", "decubitus ulcers" e "critical patients". Tutte le parole chiave sono state associate agli operatori booleani "AND" e "OR". Sono stati inclusi nella ricerca tutti gli studi pubblicati in lingua inglese ed italiana pertinenti all'area critica. Tutti gli studi considerati nel presente lavoro erano svolti su una popolazione adulta. Il tempo di raccolta delle informazioni è stato da aprile 2014 a novembre 2014. Tutti gli studi erano valutati criticamente in base a delle griglie standard a seconda del tipo di disegno.

**RISULTATI** Dai 763 studi reperiti sono state trovate 9 strumenti validati di valutazione del rischio di LDD. Questi strumenti sono: scala di Braden, scala di Norton, scala di Waterlow, TNH-PUP, DUPA, scala di Cubbin & Jackson, scala di Lowery, scala di Gosnel, scala di Suriadi.

**LIMITI** Anche se tutte le scale di valutazione del rischio di LDD reperite sono state testate in terapia intensiva è pur vero che nessuna di esse era stata sviluppata specificatamente per tale setting. Invece un limite metodologico riguarda la valutazione critica degli studi effettuata soltanto da un ricercatore.

**CONCLUSIONI** La letteratura reperita raccomanda fortemente l'impiego di scale di valutazione del rischio di LDD nei setting assistenziali delle terapie intensive. Tali scale dovranno essere integrate con l'esame obiettivo dei professionisti sanitari e con la raccolta di informazioni sul quadro patologico dell'assistito. Non ci sono forti raccomandazioni sull'impiego di una scala piuttosto di un'altra nonostante numerosi studi indichino la scala Braden come la più affidabile.

### Indirizzo per la corrispondenza

Storti Matteo, Infermiere  
Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino - U.O.S. Formazione  
Via Trento, 4 - 36071 - Arzignano (VI)  
Email: p.storti@libero.it

## 121. CDC di Atlanta e gestione degli accessi vascolari: verso una migliore pratica clinico-assistenziale

Strappelli Francesca<sup>1</sup>, Toccaceli Andrea<sup>2</sup>, Lucertini Carla<sup>2</sup>, Dignani Lucia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Politecnica delle Marche di Ancona, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi di Ancona

**BACKGROUND** Gli accessi vascolari sono tra i devices maggiormente utilizzati in ambito clinico. Tuttavia se da un lato essi rappresentano un utile strumento per la cura degli assistiti, dall'altro costituiscono un fattore critico per il rischio di complicanze. Una corretta gestione degli accessi vascolari richiede una conoscenza specifica della fisiopatologia dell'infezione, delle tecniche asettiche di incannulamento e gestione dei devices, delle caratteristiche del presidio utilizzato. Attualmente molte delle complicanze di gestione degli accessi vascolari sono favorite o causate da un'inappropriata scelta dei prodotti e dei materiali per le medicazioni e per il fissaggio del device, o da un errato comportamento da parte degli operatori. Per rispondere a queste problematiche e per orientare i professionisti sanitari ad una pratica "evidence based", diversi organismi internazionali hanno emanato raccomandazioni di comportamento clinico e assistenziale. Uno tra i più autorevoli centri, è il Center for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta, che nel 2011 ha emanato delle linee guida per la gestione degli accessi vascolari. Data la disponibilità di evidenze che supportano la pratica clinico-assistenziale nella gestione degli accessi vascolari, è assolutamente indispensabile che i professionisti sanitari attuino tutte le strategie necessarie ad una corretta gestione di questi presidi.

**OBIETTIVI** Valutare se la gestione degli accessi vascolari in due settings ospedalieri è conforme alle linee guida del CDC di Atlanta al fine di valutare le azioni correttive sul gruppo infermieristico per aumentare l'adesione alle stesse

**METODI** È stato condotto uno studio cross-sectional, nel periodo ottobre 2013 – marzo 2014. Il campionamento di convenienza ha riguardato le cartelle cliniche di due settings ospedalieri: Dipartimento di Medicina Interna e Dipartimento di Scienze Vascolari dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona. Lo strumento utilizzato per la rilevazione dei dati è stato una check-list appositamente creata, basata sulle principali raccomandazioni del CDC di Atlanta del 2011 in merito alla gestione degli accessi vascolari, contenete 21 items di performance. All'interno della check-list sono stati definiti degli standards di performance che fossero utili a misurare il fenomeno e consentissero di effettuare associazioni tra i dati raccolti. I dati sono stati analizzati con il software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) - versione 19.0.

**RISULTATI** Sono state effettuate 340 rilevazioni: il 53.8% nel Dipartimento di Medicina Interna e il 46.2% nel Dipartimento di Scienze Cardiovascolari. L'analisi della check-list creata è stata considerata, per ogni voce contenuta, rispetto alla conformità o meno presente nelle schede analizzate al requisito osservato. Tra i fattori critici è emerso che il 19.4% del campione non possiede schede di monitoraggio degli accessi vascolari e che ci sono informazioni mancanti riguardo: il tipo di accesso vascolare in situ (34.3%), il gauge del catetere (46.6%), la frequenza delle ispezioni (60%), il tipo di medicazione effettuata (43.8%), la data di rimozione del catetere (70.6%). Le criticità maggiori sono state evidenziate all'interno del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari per il quale nell'96.7% dei casi le conformità rispetto alla corretta compilazione delle documentazione sono inferiori a 11 su 21; per il Dipartimento di medicina interna tale percentuale è 56.8%. L'analisi inferenziale attraverso il test del Chi-quadrato ha evidenziato una significatività statistica tra i due Dipartimenti (p

**LIMITI** Il principale limite dello studio riguarda il campionamento di convenienza, che potrebbe aver generato un bias di selezione.

**CONCLUSIONI** I risultati dello studio pongono l'attenzione su tre importanti aspetti della pratica clinico-assistenziale. Da un punto di vista organizzativo, emerge la necessità di formare, monitorare e verificare che i professionisti conoscano e applichino le raccomandazioni proposte dal CDC di Atlanta. Per quanto riguarda l'aspetto documentale, la risoluzione delle criticità di compilazione porterebbe ad un miglioramento della qualità della documentazione e quindi ad una maggiore tracciabilità dei processi assistenziali sui pazienti presi in cura. Infine, considerando l'aspetto assistenziale, una migliore gestione degli accessi vascolari potrebbe portare ad un miglioramento degli esiti di salute per le persone assistite. In una ricerca futura si potrebbero correlare le criticità emerse con l'indagine agli eventi avversi relativi agli accessi vascolari, per comprendere se una corretta gestione di questi presidi può migliorare gli esiti sui pazienti.

### Indirizzo per la corrispondenza

Toccaceli Andrea, Infermiere  
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi  
Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona  
Email: andrea-toccaceli@tiscali.it

## 122. SITRA AMIR: area miglioramento e ricerca del servizio infermieristico aziendale

Stuani Nadia

*Azienda Ospedaliera Treviglio-Caravaggio*

**BACKGROUND** La diffusione del movimento Evidence-Based ha portato ad una sempre maggiore necessità di personale sanitario preparato alla ricerca e valutazione di prove di efficacia per la loro introduzione nella pratica clinico-assistenziale. Nell'azienda ospedaliera di Treviglio Caravaggio, fino al 2009 non era mai stata diffusa la cultura dell'EBP. Ogni reparto servizio lavorava secondo procedure e protocolli fondati sulla tradizione, su abitudini consolidate e sulle conoscenze derivanti dagli insegnamenti scolastici ricevuti dai diversi professionisti che vi prestavano la loro opera. Nel 2009 il SITRA inizia un progetto di cambiamento nel modo di fare salute modificando le regole interne per la produzione di documenti e adottando la pratica dell'EBP come base per la produzione di qualsiasi nuovo documento e per la revisione di quelli esistenti. Viene così fondato il SITRA AMIR, l'area del SITRA deputata alla diffusione delle evidenze scientifiche all'interno dell'azienda

**OBIETTIVI** Diffondere la cultura dell'EBP all'interno della nostra Azienda Ospedaliera Produrre documenti aziendali basati sulle evidenze scientifiche Creare un gruppo di persone competenti nella ricerca EBP.

**METODI** Anno 2009 – 2010 Istituzione del SITRA AMIR comprendente 3 infermiere con laurea magistrale, di cui 1 referente per la Formazione aziendale, 1 referente presso l'ufficio Qualità aziendale, 1 referente per la Ricerca e l'EBN. Istituzione di corsi di aggiornamento interni obbligatori di Evidence Based Practice in due versioni: a) versione "base" aperto a tutti gli operatori sanitari; b) versione avanzata per coloro che, fossero interessati ad approfondire ed entrare a far parte di un gruppo di ricerca aziendale. Revisione della procedura di produzione della documentazione aziendale, introducendo l'obbligatorietà dell'utilizzo delle evidenze scientifiche più aggiornate e di un gruppo di lavoro multidisciplinare. Supporto ai gruppi di miglioramento aziendali nella ricerca EBN / EBM Anni 2011 – 2015 Continuano i corsi EBP base ogni anno e ogni 2 anni il corso avanzato. Diffusione, anche attraverso l'istituzione del gruppo di ricerca aziendale GRETA (Gruppo Ricerca e Traduzione aziendale) di materiale EBP. In particolare: Sostegno ai gruppi di miglioramento nati per la produzione dei Percorsi Diagnostico terapeutico Assistenziali, e ai gruppi di miglioramento per la produzione o revisione di procedure o protocolli aziendali Produzione di Procedure, protocolli ed istruzioni operative Contestualizzazione di Linee Guida nazionali su importanti tematiche. Esecuzione di Audit su tematiche diverse.

**RISULTATI** Dall'anno 2009 ad oggi Contestualizzazione di 5 Linee Guida: 3 per la prevenzione delle infezioni: LGA01 gestione accessi vascolari; LGA02 gestione catetere vescicale; LGA03 gestione del perioperatorio. 1 per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione LGA05 1 per la corretta gestione delle stomie LGA06. Esecuzione di corsi di formazione per la diffusione delle Linee guida aziendali: LGA01 e 02 con 216 persone formate in aula e altre 200 formate in FAD LGA03 con 300 persone formate in aula e 200 formate in FAD LGA05 con 240 persone formate in aula e altre 300 formate "sul campo" LGA06 con 120 persone formate in aula Partecipazione al gruppo di miglioramento per la produzione dei PDTA gravidanza fisiologica e gestione del paziente con ictus. Esecuzione del corso EBP base: con 650 persone formate in aula Esecuzione corso EBP Avanzato: con 96 persone formate in aula Esecuzione di una ricerca sul campo: "BRAWA. valutazione e comparazione delle scale Braden e Waterlow per la determinazione del rischio di LDD (da mag 2009 a lug 2010)": circa 60 operatori coinvolti. Esecuzione di Audit su tematiche diverse. Partecipazione, gestione e/o consulenza a gruppi di lavoro aziendali per la produzione/ revisione di procedure, percorsi, protocolli, ecc su argomenti diversi: coinvolgimento di tutta l'azienda. Istituzione del gruppo GRETA : dalle 20 persone iniziali alle 7 attuali. Gestione dei gruppi di lavoro per la produzione delle cartelle infermieristiche del Dipartimento Medico, della cartella infermieristica dell'SPDC, della cartella integrata del Dipartimento Chirurgico e delle UUOO di Patologia Neonatale e Nido aziendali

**LIMITI** Il primo limite è il poco tempo rispetto al lavoro che sarebbe richiesto. Il secondo grande limite è il fatto che essendo il GRETA un gruppo a titolo volontario le persone sono andate diminuendo nei 4 anni dalla sua nascita ad oggi.

**CONCLUSIONI** È stato fatto un grandissimo lavoro di diffusione del paradigma EBP che, dapprima dedicato agli infermieri, si è andato, a poco a poco, diffondendo a tutti gli operatori sanitari. È stato un cambiamento profondo che ormai si è radicato nel modo di pensare dei nostri professionisti al punto che spesso sono essi stessi a richiedere la consulenza o l'intervento del SITRA AMIR su problemi clinico assistenziali o la partecipazione /gestione dei gruppi di lavoro.

### Indirizzo per la corrispondenza

Stuani Nadia, Infermiere

Azienda Ospedaliera Ospedale Treviglio-Caravaggio di Treviglio - Direzione Infermieristica e Tecnica Sanitaria  
Piazzale Ospedale, 1 - 24047 - Treviglio (BG)

Email: nadiastuani@yahoo.it

## 123. L'ambulatorio integrato per la Sclerosi Laterale Amiotrofica presso l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova: prime esperienze e dati preliminari

Superbi Piero<sup>1</sup>, Buzzi Paolo<sup>1</sup>, Girolami Francesca<sup>1</sup>, Ferraro Francesco<sup>1</sup>, De Donno Giuseppe<sup>1</sup>, Talassi Erika<sup>1</sup>, Viapiana Silvia<sup>1</sup>, Mondini Marino<sup>1</sup>, Bissoli Paola<sup>2</sup>, Storti Pier Vincenzo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>A.O. Carlo Poma di Mantova, <sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Verona

**BACKGROUND** Il Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA) della Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), patologia afferente alla rete delle Malattie Rare, è definito, a livello regionale lombardo, mediante apposito documento condiviso tra tutti gli stakeholder del percorso. Nell'ambito della provincia di Mantova, sulla base delle peculiarità locali e nell'ottica di un'integrazione tra ospedale e territorio, rappresentati per il territorio stesso dall'Azienda Ospedaliera (AO) Carlo Poma e dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) si è resa conseguentemente necessaria la definizione delle specifiche del percorso e, tra queste, l'individuazione di una modalità di facilitazione all'accesso del paziente alle visite specialistiche ambulatoriali secondo un'ottica di gestione integrata.

**OBIETTIVI** Promuovere la creazione di un ambulatorio integrato dove il paziente affetto da SLA possa effettuare in un'unica giornata definita le visite erogate dagli specialisti coinvolti nel percorso; finalizzato alla creazione di una corretta sinergia nella presa in carico del paziente tra le strutture ospedaliere e territoriali deputate all'assistenza.

**METODI** L'ambulatorio integrato SLA è ubicato presso la Struttura Complessa di Neurologia del Presidio Ospedaliero di Mantova. Il paziente, accolto dal personale infermieristico dedicato, effettua, in ordine di svolgimento: visita fisiatrica, colloquio psicologico, valutazione e visita nutrizionale, spirometria e valutazione funzionale, visita pneumologia ed emogasanalisi, visita neurologica. Infine, sulla base di particolari condizioni, anche legate a specifiche richieste del malato e dei familiari, il paziente può effettuare visita e valutazione da parte del medico palliativista. In ogni seduta ambulatoriale sono valutati due pazienti, secondo precedente prenotazione. Le visite, della durata di circa mezz'ora (per il colloquio psicologico è prevista durata di un'ora), si svolgono nell'orario della mattinata, con cadenza bisettimanale. Gli accessi non avvengono contemporaneamente ma sono programmati per ognuno dei due pazienti a distanza di 30 minuti, al fine di evitare sovrapposizioni nell'erogazione delle visite. Alla fine di ogni seduta lo staff degli specialisti si riunisce per effettuare attività di discussione sui singoli casi, finalizzata alla programmazione successiva. La refertazione delle visite è effettuata secondo le modalità proprie degli accessi ambulatoriali, con archiviazione su un database interno condiviso.

**RISULTATI** L'inizio delle attività ambulatoriali è stato fissato per il 30 luglio 2014, con la partecipazione di tutti gli specialisti interessati, a cui è stata in seguito affiancata attività di consulenza da parte del Servizio di Continuità delle Cure. In data 17 dicembre 2014 è stato svolto uno specifico incontro di monitoraggio, finalizzato al riesame delle attività svolte e alla definizione degli aspetti di miglioramento per l'anno 2015. Nei cinque mesi di attività sono stati seguiti 14 pazienti presso l'ambulatorio integrato, rientrano nell'ambito dei pazienti gestiti anche ulteriori 9 pazienti seguiti presso il domicilio a cura del servizio di Assistenza Domiciliare Respiratoria. Tutti i pazienti dell'ambulatorio integrato hanno eseguito un accesso iniziale seguito da accesso di follow-up, sono state eseguite tutte le tipologie di visite previste dal percorso. Alla fine della sessione di visite, per ogni paziente viene svolto un debriefing mirato a riconoscere le criticità del paziente stesso a livello clinico nonché quelle specialistiche a livello organizzativo. Durante i cinque mesi è stata eseguita una nuova diagnosi certa di SLA, una è attualmente in corso di formulazione.

**LIMITI** Attualmente è emersa la necessità di individuare una modalità con cui gestire i casi di diagnosi ancora incerta, si rendono inoltre necessari il consolidamento delle modalità di raccolta dei dati secondo un database condiviso, nonché la presenza sistematica e la piena definizione del ruolo dello psicologo al momento della comunicazione di diagnosi al paziente. Quanto riportato in precedenza evidenzia la necessità di un continuo adattamento da parte dello staff multidisciplinare ai singoli casi. Sono infine da consolidare i rapporti con le strutture territoriali dell'ASL di riferimento, per una completa presa in carico del paziente, così come previsto per l'anno in corso.

**CONCLUSIONI** Allo stato attuale l'esperienza dell'ambulatorio integrato è stata accolta in modo pienamente favorevole da parte di pazienti e famigliari, confermandosi come punto di riferimento e di sostegno per gli stessi. L'esperienza ha inoltre permesso di consolidare la collaborazione ed il confronto, all'interno dell'Azienda Ospedaliera, tra professionisti che gestiscono la stessa patologia, in un'ottica multidisciplinare e multiprofessionale di gestione integrata del paziente. L'implementazione dell'esperienza svolta, secondo quanto previsto per l'anno in corso, favorirà la piena applicazione del percorso.

### Indirizzo per la corrispondenza

Superbi Piero, Medico Chirurgo  
Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova - Direzione Sanitaria  
Viale Pietro Albertoni, 1 - 46100 - Mantova  
Email: piero.superbi@tin.it

## 124. Valutazione della qualità della vita nella persona colpita da ictus in relazione al luogo di degenza: protocollo di ricerca

Taddei Federica, Guarinoni Milena Giovanna

*Università degli Studi di Brescia*

**BACKGROUND** Il tema della gestione del paziente cronico è molto attuale e dibattuto in Italia, mentre i vari servizi sanitari regionali, su indirizzo nazionale, stanno sempre maggiormente impegnandosi per trovare soluzioni che, oltre a comportare esiti positivi sui pazienti, facciano risparmiare in termini economici. Nel nostro Paese l'ictus è uno dei più gravi problemi sanitari e assistenziali per dimensioni epidemiologiche e rilievo sociale. La letteratura relativa agli outcomes clinici (Chiu 2001, Chuang 2005), umanistici (Brajkovic 2009 Hui, Wong & Woo 2004) ed economici (Kim Eun-Young 2005-2006, Black 1999, Koyama 201) sulla scelta del luogo più idoneo per il paziente dimesso dall'ospedale per acuti o dalla riabilitazione a seguito di ictus è piuttosto eterogenea e induce a pensare che molteplici siano i fattori che intervengono nella determinazione degli esiti. I dati contrastanti tra le ricerche relative alla qualità della vita (Brajkovic 2009 Hui, Wong & Woo 2004) sollecitano all'approfondimento del quesito, in particolare cercando una risposta nel contesto italiano anche al fine di conoscere se l'attività domiciliare, così come attuata sul territorio (lombardo), crea quelle condizioni che favoriscono una positiva qualità della vita.

**OBIETTIVI** Descrivere l'andamento della qualità della vita nei pazienti dimessi da una riabilitazione assistita in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o al domicilio con l'attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

**METODI** Disegno Studio osservazionale di coorte prospettica. Selezione del campione Criteri di inclusione - Età = 65 anni - Nazionalità italiana - CIRS indice di comorbilità = 0 indice di severità delle patologie = 1 - MMSE>23 - Balthel Index = 30 - Per le persone assistite al domicilio attivazione del servizio di ADI territoriale Criteri di esclusione - Episodio di ictus recidivante - Frequenza del servizio di Centro Diurno Integrato - Presenza di assistenti personali. Le persone che potrebbero essere arruolate nel territorio dell'ASL di Brescia, con le caratteristiche sopra descritte risultano essere 80 per gruppo nell'arco di un anno. Le persone arruolabili saranno contattate in fase di dimissione dalla riabilitazione dal responsabile dello studio che descriverà la ricerca e i suoi obiettivi, risponderà a tutti i quesiti e proporrà l'adesione al paziente. Qualora interessato alla partecipazione il paziente verrà valutato rispetto al possesso di tutti i requisiti di inclusione. A seguito di tutti questi passaggi alla persona verrà richiesto di apporre la firma sul consenso informato all'adesione allo studio. Strumento per la misurazione dell'outcome Lo strumento scelto per la misurazione dell'outcome è lo Stroke Specific Quality Of Life-12 (SS-QoL), pubblicato e validato nel 2012 (Chen, 2012 Kerber, 2013). Assieme ai 12 items del questionario, verranno raccolti dati socio-demografici al momento del reclutamento del partecipante e inseriti in un apposito database al fine di agevolarne la successiva elaborazione. Step temporali dello studio La somministrazione del questionario SS-QoL-12 avverrà nei seguenti momenti dalla dimissione: tempo zero, 30 giorni, sei mesi e un anno. Analisi statistica dei dati Verrà eseguita un'analisi statistica di tipo descrittivo anche al fine di valutare eventuali bias di risposta. Fattori di associazione al QoL saranno accertati attraverso i test T di Student e  $\chi^2$  e la regressione logistica qualora ne risulti l'appropriatezza.

**RISULTATI** Sebbene esistano diverse realtà nel territorio italiano e bresciano per l'assistenza a lungo termine delle persone con esiti dell'ictus, le più diffuse sono le RSA e il domicilio con l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata territoriale. Rispetto all'outcome qualità della vita, gli articoli selezionati riportano dati discordanti ed esigui. Interessante è ricordare che la qualità della vita correlata alla salute, è influenzata dallo stato di salute e dallo stato funzionale della persona; Osservare e confrontare la qualità della vita in queste due realtà consente di capire quindi, non solo dove si può raggiungere un maggior stato di salute, ma la realtà che permette ogni singolo individuo di percepirla, per una sinergia di fattori, in un maggiore stato di benessere, a prescindere dalla gravità della patologia.

**LIMITI** Sarebbe interessante prevedere un'estensione a tutto il territorio regionale

**CONCLUSIONI** La mancanza di risposte in letteratura al quesito di ricerca di interesse, ha indotto alla produzione di questo lavoro che ha fornito un protocollo di ricerca disponibile per futuri studi al fine di indagare questo fenomeno.

### Indirizzo per la corrispondenza

Guarinoni Milena Giovanna, Infermiere  
Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brescia - Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo Aziendale - S.I.T.R.A.  
Viale Duca degli Abruzzi, 15 - 25124 - Brescia  
Email: milena.guarinoni@gmail.com

## 125. Il Controllo di Gestione a supporto della clinica riabilitativa

Terzo Danilo, Provenzale Giuseppe

*ISMETT*

**BACKGROUND** La problematica di fondo che ha fornito l'input iniziale alla idea di progetto è stata la necessità emersa per il Responsabile del Servizio di Riabilitazione Motoria e Respiratoria di usufruire di uno strumento informativo avanzato per la gestione, la valutazione ed il coordinamento dell'attività del proprio servizio. Tale strumento consente al Responsabile di ridurre i tempi impiegati per l'estrazione, l'analisi e l'interpretazione dei dati di attività al fine di potersi adoperare maggiormente nella assistenza diretta al paziente coadiuvando di fatto in modo più esteso l'attività dei propri collaboratori

**OBIETTIVI** Supportare il Responsabile del Servizio di Riabilitazione motoria e respiratoria nella gestione e nel coordinamento del proprio Team mediante la raccolta e l'elaborazione dei principali dati di attività su piattaforma Business Intelligence secondo una modalità del tutto automatizzata. Ciò consente al Responsabile del Servizio di ottimizzare la distribuzione dei carichi di lavoro (al fine di migliorare i tempi di contatto con il paziente e l'appropriatezza degli interventi dedicati), soddisfare tempestivamente tutte le richieste d'intervento che giungono al servizio, favorire la partecipazione ai corsi di aggiornamento (o altri momenti formativi) degli addetti del servizio (ambito motorio). Inoltre, la disponibilità immediata ed estesa di tutti i dati e dei principali parametri di performance, consente al Responsabile del Servizio di intensificare la propria attività di assistenza diretta al paziente (per quanto concerne la clinica riabilitativa motoria) sia con trattamenti da egli stesso condotti che, in caso di necessità, con attività di affiancamento ai propri collaboratori favorendo in tal senso una riduzione del ricorso al lavoro straordinario.

**METODI** Sono stati identificati 2 Indicatori Chiave per la valutazione dei livelli di efficacia ed efficienza del progetto: 1. Bed Side %: rileva quanto tempo della giornata lavorativa complessiva viene dedicato all'esecuzione dei trattamenti sui pazienti; l'indicatore viene calcolato sulla base dei tempi di trattamento registrati in cartella clinica elettronica. Il progetto mira pertanto a confermare il risultato del 2013 (70,6%) per l'ambito motorio e (66,7%) per l'ambito respiratorio.  $Bed\ Side\ (\%) = \frac{N^{\circ}Trattamenti}{Ore\ di\ turno\ effettive\ rettificate} * Le\ ore\ di\ turno\ effettive\ rettificate\ di\ ogni\ operatore\ sono\ considerate\ al\ netto\ di\ 60\ minuti\ dedicati\ ad\ attività\ organizzative,\ formative\ o\ altre\ attività.$  2. Tasso di Produttività: rileva il numero medio di trattamenti che l'operatore effettua nell'arco di una giornata lavorativa. Il progetto mira a mantenere una ratio paziente-trattamenti/operatore di 7-8 pazienti/trattamenti per operatore (6,4 per l'ambito motorio nel 2013) (7,1 per l'ambito respiratorio) Il numero totale di trattamenti eseguiti sui pazienti per uno specifico periodo di tempo sono registrati in cartella clinica elettronica. L'unità di misura dell'indicatore è  $N^{\circ}Trattamenti \setminus \text{Giorno lavorativo}$ . Per gli addetti al Servizio di Riabilitazione (ambito motorio/respiratorio) viene identificato un target dell'indicatore compreso tra 7 ed 8 trattamenti per giornata lavorativa (valore mediato tra tutte le unità di degenza dove viene effettuato il trattamento).  $Tasso\ di\ Produttività = \frac{N.Totale\ trattamenti\ eseguiti}{Totale\ ore\ di\ turno\ effettive}$ . \*\*il numero totale di trattamenti esclude i casi trattamento "not performed" (tempo di esecuzione indicato in cartella clinica pari a zero).

**RISULTATI** Bed side % per l'ambito motorio = 63,5%. Bed Side % per l'ambito respiratorio 62,1% Bed side % del Responsabile = si è passati dall'8.9% media mensile del 2012 al 30.8% del 2014. Per quanto riguarda sia la "Bed side" che il Tasso di produttività, il Servizio ha mantenuto standard estremamente competitivi (a fronte della perdita di un'unità da Marzo 2014 e l'impiego di un'altra in attività non riabilitative, da Agosto 2014), Tasso di produttività per l'ambito motorio = 6.23 Tasso di produttività per l'ambito respiratorio = 7.02

**LIMITI** Dopo una prima fase di verifica del sistema (piattaforma Business Intelligence) ed adeguatezza dell'estrapolazione dei dati non sono stati riscontrati limiti particolari.

**CONCLUSIONI** I risultati di progetto attestano come possa essere possibile all'interno di un'organizzazione sanitaria una fruttuosa collaborazione tra area amministrativa ed area clinica. In particolare il sistema di reporting messo a disposizione del Responsabile del Servizio ha consentito a quest'ultimo di contrarre sensibilmente i tempi dedicati alla gestione organizzativa del servizio incrementando la propria partecipazione nell'attività assistenziale svolta presso il paziente. Inoltre la gamma di dati esaustiva a sua disposizione ha permesso il mantenimento di livelli di performance coerenti con i target aziendali a fronte di una riduzione dello staff di lavoro e l'impegno di una o più risorse in attività non riabilitative.

### Indirizzo per la corrispondenza

Terzo Danilo, Fisioterapista  
ISMETT S.r.l.  
Via Discesa Dei Giudici, 4 - 90133 - Palermo  
Email: dterzo@ismett.edu

## 126. Donne vittima di violenza nella relazione affettiva: revisione sistematica degli strumenti di identificazione

Toccaceli Andrea<sup>1</sup>, Callegari Federica<sup>2</sup>, Lucertini Carla<sup>1</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche di Ancona

**BACKGROUND** La violenza sulle donne nella relazione affettiva è una problematica di carattere sanitario e una priorità di sanità pubblica. Si tratta infatti di un fenomeno endemico che riguarda tutti i Paesi ed è presente in tutte le classi sociali. Una risposta adeguata alla problematica richiede un lavoro coordinato e strutturato tra molteplici figure appartenenti a diverse organizzazioni, sia pubbliche che private. All'interno del contesto sanitario l'infermiere è colui che si interfaccia per primo con le possibili vittime e può giocare un ruolo chiave nell'identificare e rispondere prontamente ai bisogni di salute della vittima. Tuttavia, nonostante la rilevanza del problema, persiste molta riluttanza tra gli operatori sanitari, e tra gli infermieri in particolare, ad affrontare il problema. La mancanza di conoscenza e formazione sul riconoscimento e gestione del caso sembra essere una delle principali barriere. L'utilizzo di appositi strumenti di valutazione per l'individuazione di situazioni di violenza potrebbe rappresentare una valida strategia per rispondere in modo efficace al fenomeno.

**OBIETTIVI** Esplorare se in letteratura esistono strumenti infermieristici validati per l'identificazione di donne vittime di violenza domestica.

**METODI** È stata realizzata una revisione sistematica della letteratura. La ricerca è stata condotta sui database elettronici: PubMed, Trip Database, NICE, Cochrane Library, Cinahl, National Guideline Clearinghouse. Per la ricerca sono state utilizzate le seguenti parole chiave: domestic violence, intimate partner violence, spouse abuse, battered women, abused women, unite con gli operatori booleani con i termini: nursing identification tool(s)/ protocol(s)/ scale(s); nursing screening tool(s)/ protocol(s)/ scale(s); nursing assessment tool(s)/ protocol(s)/ scale(s). Tra i criteri di inclusione sono stati considerati: studi pubblicati nel periodo gennaio 2000- marzo 2014, studi con strumenti validati, possibilità di reperire il full text, studi che contemplavano l'utilizzo degli strumenti da parte del personale infermieristico. Sono stati esclusi: ricerche in cui gli strumenti utilizzati non venivano accuratamente descritti, studi riguardanti la violenza su minori, anziani o omosessuali, revisioni della letteratura.

**RISULTATI** La strategia di ricerca ha portato alla selezione di 155 articoli, ridotti poi a 14 dopo la rimozione dei duplicati (n=46) e degli studi che non rientravano nei criteri di inclusione/esclusione (n=95). L'analisi ha evidenziato due tipologie di strumenti. Nel primo caso si tratta di scale utili per uno "screening universale di routine", in cui l'indagine viene condotta con una frequenza definita, su tutte le donne di un'età prestabilita che si rivolgono ai sanitari, indipendentemente dalla presenza di segni di abuso. Sono stati evidenziati quattro strumenti validati: la Abused Assessment Screen (AAS), la Women Abuse Screening Tool (WAST), la Partner Violence Screen (PSV) e la Composite Assessment Scale (CAS). Tali scale possono essere utilizzate in contesti infermieristici, sotto forma di questionari somministrati o autosomministrati. Nel secondo caso si tratta di strumenti utili per uno "screening basato su indicatori", in cui gli infermieri intervengono solo se sono presenti uno o più indicatori suggestivi di violenza domestica. Gli indicatori evidenziati con l'analisi sono molteplici e si basano sull'osservazione di particolari segni, sintomi e comportamenti della donna. Tra le due metodiche, il gold standard sembra essere rappresentato dagli strumenti per lo screening universale di routine.

**LIMITI** Il principale limite dello studio è rappresentato da un possibile selection bias, derivato dal non aver incluso la letteratura grigia nel processo di selezione, e dal non aver considerato nell'analisi articoli di cui è stato impossibile reperire il full text.

**CONCLUSIONI** Il fenomeno della violenza sulle donne nella relazione affettiva rimane oggi una questione ancora aperta. Di fondamentale importanza è il riconoscimento della situazione da parte degli operatori sanitari. La revisione della letteratura ha messo in evidenza gli strumenti utili al personale infermieristico per l'identificazione delle donne vittime di violenza. Per poter garantire un processo assistenziale globale della donna, dovrebbe essere potenziato il ruolo educativo dell'infermiere in merito all'abuso e ai suoi effetti sulla salute, ma anche sul percorso di gestione e sulle risorse territoriali disponibili.

### Indirizzo per la corrispondenza

Toccaceli Andrea, Infermiere  
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi  
Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona  
Email: andrea-toccaceli@tiscali.it

## 127. L'aderenza terapeutica in ambito cardiologico: risultati di uno studio descrittivo-correlazionale

Toccaceli Andrea<sup>1</sup>, Ciucanigovernatori Marika<sup>2</sup>, Scagnetti Marco<sup>2</sup>, Vesprini Serena<sup>2</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>, Lucertini Carla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche di Ancona

**BACKGROUND** Un importante fattore per il successo di un percorso di cura, è rappresentato dall'aderenza dell'assistito al piano terapeutico, poiché l'efficacia degli interventi sanitari dipende in ultima istanza dalla misura in cui il comportamento del paziente in termini d'assunzione di farmaci, coincide con la prescrizione terapeutica. L'aderenza, definita con il termine inglese "compliance", diviene quindi un indicatore della qualità assistenziale, poiché il suo mancato raggiungimento si traduce in un'inefficacia del trattamento, con il rischio di ripercussioni sullo stato di salute degli assistiti e un incremento dei costi sanitari. Nell'ambito cardiologico, l'aderenza alla terapia diviene elemento imprescindibile soprattutto nei contesti della patologia cronica, dove gli assistiti devono seguire rigidi programmi terapeutici per lunghi periodi. In questo contesto, la valutazione del grado di compliance dei pazienti restituisce informazioni utili sia sulla possibile evoluzione della patologia, sia della capacità del personale sanitario di coinvolgere gli assistiti nel percorso di cura.

**OBIETTIVI** Valutare il livello di compliance terapeutica di pazienti cardiologici che seguono un programma di follow-up ambulatoriale

**METODI** Lo studio, di tipo descrittivo-correlazionale, ha coinvolto i pazienti che seguivano un percorso ambulatoriale di follow-up presso il Dipartimento di Scienze Cardiovascolari dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona e che presentavano una delle seguenti patologie cardiache: aritmia, scompenso cardiaco (SC), sindrome coronarica acuta (SCA). Per l'indagine è stata utilizzato un questionario per la rilevazione dei dati socio-demografici, e la versione italiana della Morisky Medical Adherence Scale (MMAS-8) (Morivsky et al., 2008; Fabbrini et al., 2013), uno strumento a 8 items che valuta il grado di aderenza alla terapia farmacologica percepito dal paziente. I risultati ottenuti con la MMAS-8 sono stati poi categorizzati in 3 livelli: bassa, media e alta compliance. L'arruolamento consecutivo (senza ripetizione) è avvenuto per un periodo di 6 mesi nel corso del 2014. Sono stati esclusi i soggetti con evidenti alterazioni dello stato cognitivo. I dati sono stati analizzati mediante il software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) - versione 19.0.

**RISULTATI** Sono stati arruolati un totale di 418 pazienti, dopo l'esclusione di 26 soggetti con compromissione cognitiva. Il campione era costituito da 154 persone con patologia aritmologica (36.8%), 121 con SC (29%) e 143 con SCA (34.2%). L'analisi descrittiva ha evidenziato: età media di 70.20 anni (DS 13.27), BMI medio di 26.41 (DS 4.12), maschi= 251 (60.05%) femmine = 167 (39.95%). Il più elevato livello di aderenza si è riscontrato nei pazienti con SC, dove la maggior parte dei soggetti si collocava in un livello medio (41.7%) o alto (40%). Le persone con SCA hanno invece dimostrato un livello di compliance basso nel 53.8% dei casi. L'analisi inferenziale ha dimostrato l'assenza di significatività statistica (p

**LIMITI** Il principale limite dello studio è rappresentato dal disegno descrittivo-correlazionale, che non consente di identificare i nessi di causalità tra le variabili osservate, ma solamente di formulare delle ipotesi.

**CONCLUSIONI** La compliance terapeutica in ambito cardiologico è un fattore critico al fine di evitare recidive, un peggioramento della qualità della vita degli assistiti e un aumento dei costi per il sistema sanitario. Lo studio fornisce una panoramica sul grado di aderenza alla terapia dei pazienti ambulatoriali con diverse patologie cardiache. I risultati ottenuti suggeriscono che la maggior parte di essi non segue in maniera corretta il regime terapeutico prescritto. Nella pratica clinica i dati evidenziati aprono la strada alla riflessione sul ruolo assunto dai sanitari nel corretto coinvolgimento dei pazienti al piano terapeutico. Una risposta alla problematica dell'aderenza potrebbe essere fornita dagli ambulatori infermieristici sul territorio, dove la pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati, porterebbero ad una partecipazione attiva e consapevole degli assistiti alle scelte clinico-assistenziali.

### Indirizzo per la corrispondenza

Toccaceli Andrea, Infermiere  
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi  
Via Conca, 71 - Loc. Torrette di Ancona - 60020 - Ancona  
Email: andrea-toccaceli@tiscali.it

## 128. Utilizzo della web-radio nell'informazione medico-scientifica. Radiomanzo.it ed il progetto Parola al medico.

Troiani Matteo<sup>1</sup>, Glauco Messina<sup>2</sup>, Alessia Sambuchi<sup>2</sup>, Pasquarelli Luca<sup>1</sup>, Troiani Modesto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Radiomanzo.it, <sup>2</sup>Istituto Neurotraumatologico Italiano divisione Villa Dante Guidonia

**BACKGROUND** Radiomanzo.it è una web-radio che si propone come portale per la promozione della salute, dell'inclusione e dell'ascolto attivo e la diffusione di buone pratiche legate al mondo della salute. Il 23 ottobre 2014 è stata trasmessa la prima puntata di Parola al Medico, un programma di informazione sanitaria per sperimentare la comunicazione della salute on-air. A circa due mesi dal "debutto", abbiamo provato ad estrapolare i dati preliminari, indagando i legami che intercorrono tra salute e radio.

**OBIETTIVI** L'intento è quello di diffondere buone pratiche e informazioni importanti per avvicinare le persone ai principali temi sulla salute, prodigandosi nella produzione di programmi di informazione sanitaria, creando contenuti radiofonici informativi e coinvolgenti la popolazione, che stimolino la curiosità e il piacere per la scoperta e l'ascolto senza "effetti speciali". Per tale motivo cerchiamo di comprendere le problematiche che chi realizza programmi di scienza on-air si trova ad affrontare, come ad esempio, quali sono le scelte che vengono effettuate a livello di contenuti, target, linguaggio e fonti.

**METODI** Radiomanzo.it offre, su 6 giorni a settimana, un ricco palinsesto, con programmi culturali, di musica, viaggi, scienza, umorismo e tante interviste, che fanno pensare e immaginare, ideati per arricchire la quotidianità, stimolare la capacità d'ascolto, offrire spunti importanti per la crescita culturale degli ascoltatori e avvicinarli ai temi della salute e non solo. Radiomanzo.it sceglie internet e gli strumenti digitali più diffusi (tablet, smartphone, computer) per proporre qualcosa di bello, utile e accessibile a tutti. Un medico conduce il programma collaborando con la redazione, composta da esperti della radio. Insieme scelgono contenuti e modalità efficaci di fruizione, in base ai bisogni.

**RISULTATI** L'analisi estrapolata dai dati forniti da Google Analytics e dalla piattaforma Spreker, da quando è stato creato il nuovo palinsesto, ha evidenziato che il portale è stato contattato 5059 volte, con 4905 ascolti e 324 download. Considerando le 4 puntate andate finora in onda del programma in esame (Parola al medico è un programma quindicinale), si sono registrati 346 ascolti in diretta (7.05% degli ascolti globali), così distribuiti: la lombalgia 145 ascolti; giornata mondiale del diabete 90 ascolti, giornata di prevenzione osteoporosi 49 ascolti, la tiroide 1° puntata 62 ascolti. A questi vanno aggiunti 30 download dei podcast delle 4 puntate (9,26% dei download totali) nel periodo intercorrente tra il 13 ottobre (data inizio nuovo palinsesto) ed il 19 dicembre, con una media puntata di 86.5 ascoltatori (contro una media totale di 70 visite/sito al giorno). 32 i contatti diretti in studio da parte degli ascoltatori (via chat, skype, whatsapp) che indicano come sempre più persone (9,25%) pongano domande utilizzando modalità diverse dalla tradizionale telefonata in studio. Tramite la piattaforma spreker che ci ospita, è stato possibile una ulteriore differenziazione degli ascolti. Gli ascoltatori sono per il 56% di sesso maschile. L'età media è incentrata prevalentemente tra i 30 ed i 40 anni. La geolocalizzazione mostra che l'80% dei visitatori del portale è di lingua italiana, 4.14% lingua inglese (US), 3.76% lingua portoghese/brasiliiana, 2.26% en (england); 2.26% russo, 1.13% spagnolo/argentino, il resto francese e spagnolo/cileno.

**LIMITI** I dati sono da riferirsi preliminari data l'esiguità del numero di puntate.

**CONCLUSIONI** È emerso che uno degli elementi caratterizzanti delle webradio e del loro approccio alla medicina è sì quello di essere fortemente legate ad una dimensione di tipo locale, ma lo studio mostra anche come le webradio (specie se paragonate alle radio tradizionali) siano anche in grado di uscire dai limitanti confini locoregionali sia per quanto riguarda i contenuti, sia a livello di selezione delle fonti, sia in merito ai realizzatori dei diversi format. La possibilità di spaziare in ogni campo della scienza, di proporre format brevi e veloci o trasmissioni di maggiore durata che garantiscano il dibattito con il pubblico, o tentare il coinvolgimento di giovani in un contesto di educazione sanitaria, rendono queste emittenti un mezzo variegato, innovativo ed efficace per la comunicazione della scienza, meritevole di ulteriori studi. Quello che si è fornito in questo abstract è solo uno spunto di quello che potrebbe essere un ulteriore approfondimento di un mezzo di comunicazione "ibrido" di diffusione del sapere scientifico, che mescola al suo interno intenti promozionali, informativi ed educativi, sperimenta diversi tipi di linguaggio, offre a diverse figure la possibilità di intervenire attivamente nella comunicazione della scienza, rendendola più varia e accattivante, sostenendo l'apprendimento di salutarie stili di vita da parte dei diversi stakeholders coinvolti nell'educazione e nella salute. Creare una comunità informata sulla prevenzione è sempre il primo passo verso una riduzione della spesa sanitaria.

### Indirizzo per la corrispondenza

Troiani Matteo, Studente  
Via dei Sabini, 31 - 00018 – Palombara Sabina (RM)  
Email: bassmattex@gmail.com

## 129. Interruzioni ed effetti sull'attività degli operatori sanitari: audit interno e proposte di miglioramento per la sicurezza delle cure

Trotti Claudio, Spadacini Paola, Varese Tommaso, Ciardiello Patrizia, Boggio Mariella, Belardi Fabiola, Borgatta Giovanni, Laudando Maria, Giacomini Giovanna, Bogianchini Mauro

*Centro Ortopedico di Quadrante-COQ*

**BACKGROUND** Numerosi autori sottolineano che gli errori nella pratica clinica sono spesso legati all'organizzazione/ambiente (errori latenti) e richiedono spesso un'attenta analisi dei sistemi sottesi all'organizzazione stessa (Kohn et al. 2000). Leape et al. (1997) suggeriscono che gli errori accadono spesso a causa di difetti nel sistema in cui lavoriamo, delle condizioni dell'ambiente in cui l'individuo si trova al di là della capacità di controllo dell'individuo stesso. Benché la maggior parte dei lavori condotti si sia concentrata sulla mancanza di conoscenze o abilità infermieristiche nella genesi degli errori, da approfondire appare invece la letteratura in merito all'ambiente come prerequisito per la sicurezza dei pazienti (McGillis L. et al. 2008).

**OBIETTIVI** L'obiettivo generale del lavoro è stato quello di raccogliere dati oggettivi, attraverso l'attivazione di un audit clinico, sulle interruzioni che avvengono in una "giornata lavorativa tipo" a carico di tutto il personale sanitario non medico afferente al Centro Ortopedico di Quadrante. In particolare ci si è proposti di giungere a un inquadramento del problema interruzioni, nella logica della riduzione dei rischi e garanzia della sicurezza delle cure, analizzando le variabili del fenomeno stesso per implementare successive azioni preventive e/o correttive sul campo.

**METODI** L'attivazione del progetto di miglioramento della sicurezza delle cure, si è avvalso dello strumento di governo clinico definito audit clinico (Position statement GIMBE 2009). Come primo passo è stata effettuata una appropriata ricerca bibliografica (privilegiando Randomized Controlled Trials e Review utilizzando i seguenti database: PubMed e Cihnal) che ha evidenziato scarsa letteratura sull'argomento intrusioni in ambito infermieristico (1 solo lavoro autorevole di un gruppo canadese che ha analizzato le interruzioni e la sicurezza dei pazienti in area pediatrica-McGillis 2008). Successivamente è stata scelta la modalità/strumento di rilevazione sul campo delle interruzioni, optando per una stessa giornata di 24 ore di rilevazione per tutti i servizi e degenze (di maggior attività operativa); rilevazione a carico di tutte le figure sanitarie non mediche (dopo opportuna formazione su contenuto e modalità di utilizzo della scheda raccolta dati a carico del rispettivo Coordinatore); presenza del Coordinatore il giorno della rilevazione per delucidare e guidare il personale in caso di dubbi; obbligo di compilazione completa di tutte le voci della scheda e tempestività, ovvero immediata registrazione ogni volta che viene prodotta un'intrusione da utenti interni/esterni e da operatori sanitari, includendo le interruzioni telefoniche; successiva raccolta in un unico file excel dei dati da parte del Coordinatore per l'invio alla Direzione delle Professioni Sanitarie per successiva analisi. L'analisi quantitativa dei dati ha permesso di attivare all'interno di ogni contesto dei piani di miglioramenti specifici e strutturati volti ad agire sugli aspetti determinanti le intrusioni stesse, al termine dei quali è stata effettuata una rimisurazione delle intrusioni con le stesse modalità sopracitate (re-audit) per verificare l'efficacia degli interventi stessi.

**RISULTATI** I dati ottenuti mostrano che rispetto al primo Audit vi è stata una netta riduzione delle interruzioni, rispettivamente da 416 a 258 intrusioni del secondo (riduzione del 62%). La riduzione del numero totale delle interruzioni ha ridotto, di conseguenza, anche il tempo dedicato alle intrusioni stesse da 1630 a 904 minuti (-55,4%). Altri dati di particolare interesse aggiungono informazioni circa lavoro svolto al momento dell'interruzione/intrusione, differibilità e pertinenza di contenuto e tempo delle stesse, fonte interna o esterna dell'interruzione registrata e chi ne ha potenzialmente ricavato vantaggio.

**LIMITI** Limite dello studio è rappresentato dalla mancanza di un osservatore esterno all'organizzazione durante la raccolta dei dati sul campo che avrebbe permesso di ridurre la soggettività degli operatori durante la rilevazione dei dati.

**CONCLUSIONI** I risultati confermano quanto concluso dai maggiori autori internazionali, evidenziando come il "problema ambiente di lavoro e interruzioni" incida sull'organizzazione tanto da impegnare il personale dell'intera struttura per un tempo paragonabile ad un'intera giornata lavorativa di 3 operatori, agendo negativamente sul piano della sicurezza. I dati ottenuti hanno registrato frequenze d'interruzioni più elevate in compiti di pianificazione, comunicazione, rilascio informazioni, gestione della documentazione causando un ritardo nella conclusione del lavoro e perdita di concentrazione. Lo studio ha giocato un ruolo strategico per le Direzioni portando in superficie il "fenomeno interruzioni", sul quale agire per implementare attività di miglioramento continuo efficaci ad assicurare qualità e sicurezza delle cure.

### Indirizzo per la corrispondenza

Trotti Claudio, Fisioterapista  
Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A. - Ospedale Madonna del Popolo Omegna - Direzione delle Professioni Sanitarie  
Lungo Lago Buozzi, 25 - 28887 - Omegna (VB)  
Email: claudiotrotti@libero.it

### 130. Patient education & empowerment: per migliorare la pratica clinica e la qualità dell'assistenza

Truccolo Ivana<sup>1</sup>, Bongiovanni Marilena<sup>2</sup>, De Paoli Paolo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, <sup>2</sup>Associazione ANGOLO Onlus

**BACKGROUND** Un paziente fruitore passivo di servizi e prestazioni di cui non comprende il senso è, molto frequentemente, un paziente insoddisfatto, facile preda delle sollecitazioni della Rete e del mercato. Questo rischio è tanto maggiore quanto più la malattia è cronica o a prognosi infausta. Tra il sapere dei professionisti della salute e il mondo dei pazienti esiste un gap, ma è altrettanto vero che il sapere dei pazienti riguardo ai propri bisogni, è una conoscenza imprescindibile. Ridurre il gap fra questi due mondi è possibile con un coinvolgimento dei pazienti nella gestione della propria salute e nella gestione delle organizzazioni sanitarie per costruire dei percorsi di cura sostenibili per la sanità e utili alle persone.

**OBIETTIVI** - Creare occasioni strutturate, ma informali, di confronto fra pazienti e operatori sanitari su argomenti sanitari di interesse dei pazienti - Co-produrre guide e opuscoli informativi scientificamente corretti e comprensibili, insieme: professionisti della salute, esperti di informazione e comunicazione, pazienti - Rilevare il livello di Health literacy funzionale di pazienti e caregivers - Dare voce alle istanze/testimonianze dei pazienti per introdurre cambiamenti organizzativi nelle modalità di assistenza e nelle priorità di nella ricerca - Organizzare iniziative orientate alla Medicina Narrativa, volte a rafforzare le competenze in termini di ascolto, narrazione e condivisione di pazienti e operatori al fine di costruire percorsi di cura "a misura" di ogni singolo paziente - Organizzare attività fisiche e di svago volte alla riabilitazione e per qualificare il tempo "libero" dei pazienti - Scrivere articoli scientifici con il coinvolgimento attivo di pazienti esperti

**METODI** Al CRO la direzione Scientifica ha istituito nel 2010 un Gruppo di progetto "Patient Education & Empowerment" (di seguito PE) composto da medici, infermieri, psicologi, biologi, farmacisti, bibliotecari, amministrativi e rappresentanti dei pazienti e volontari. Tale Gruppo, aperto e non gerarchico, di carattere multiprofessionale e transdisciplinare, coordinato dalla Biblioteca Scientifica e per Pazienti con funzione di catalizzatore, si è dato un Programma. Tale Programma fa parte del Piano annuale d'Istituto. È strutturato in varie attività. Il gruppo lavora in regime di formazione sul campo con l'obiettivo di migliorare la comunicazione e il confronto fra pazienti e operatori della sanità. Fra le attività sviluppate: - Incontri settimanali (un'ora) in Day Hospital oncologico o in reparto, con pazienti e familiari su tematiche relative alla salute sulla base di un calendario ("Incontri a Tema con pazienti e Familiari"); - Realizzazione di libretti informativi a carattere divulgativo scritti e revisionati in fase pre-stampa con la collaborazione dei pazienti (collana CROinforma) - Medicina Narrativa: formazione degli operatori all'ascolto attivo, riflessione ed empatia; promozione di scrittura e competenze narrative fra pazienti e operatori; realizzazione di un Premio Letterario - Counseling nutrizionale personalizzato e su argomenti di Medicina integrata in oncologia con personale esperto - Coordinamento di attività pratiche riabilitative concernenti l'attività fisica, il makeup, gruppi di lettura - Rilevazione sistematica del parere dei pazienti rispetto alle varie attività e riutilizzo feedback - Partecipazione dei rappresentanti di pazienti e volontari alla riorganizzazione degli ambienti di cura nell'ottica del miglioramento dell'accoglienza.

**RISULTATI** È stata avviata la soluzione di carenze assistenziali e organizzative importanti per un IRCCS oncologico, quali la mancanza di un servizio strutturato di supporto nutrizionale, valorizzando progetti in nuce e risorse umane sottoutilizzate. È stato organizzato un servizio di consulenza informativa su argomenti di medicina integrata grazie a un medico esperto. Si è rilevato un crescente grado di coinvolgimento nello sviluppo del progetto di PE di pazienti e familiari e degli operatori dell'Istituto (50 docenti coinvolti, 26 argomenti affrontati nell'attività degli incontri a tema: Percorsi diagnostico terapeutici di varie patologie oncologiche, Alimentazione e tumori, Argomenti di Medicina Integrata, etc.) Nei questionari di valutazione degli eventi (287 questionari nel 2014), si è rilevato un elevato il numero di commenti e proposte da parte dei pazienti. Tutti i percorsi sviluppati e le iniziative sono stati condivisi.

**LIMITI** La formalizzazione "organizzativo-amministrativa" di questo flusso di attività informativo-educazionale è carente. Si sente la necessità di dare ad esso la stessa dignità dell'attività clinica e di ricerca, senza far perdere lo spirito innovativo e la volontà di sperimentare, oltre riconoscere al riconoscimento di attività ora svolte su base volontaria.

**CONCLUSIONI** La PE grazie al coinvolgimento attivo di operatori sanitari e pazienti si è dimostrata uno strumento utile per migliorare l'organizzazione sanitaria, agire sulla prevenzione e fare cultura sanitaria nel territorio (area vasta).

#### Indirizzo per la corrispondenza

Truccolo Ivana, Bibliotecario biomedico  
IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano - Biblioteca Scientifica  
Via Franco Gallini, 2 - 33081 - Aviano (PN)  
Email: itruccolo@cro.it

## 131. Management del dolore toracico acuto non traumatico in Pronto Soccorso e rischio medico-legale percepito: un'analisi retrospettiva

Urso Domenico Lorenzo

*P.O. Nicola Giannettasio di Rossano (CS)*

**BACKGROUND** Nonostante le recenti implementazioni di LG nazionali ed internazionali la gestione del paziente con dolore toracico acuto non traumatico continua a rappresentare uno dei principali problemi nelle U.O. di Pronto Soccorso (PS). Purtroppo i pazienti che si presentano in PS con dolore toracico e/o equivalenti anginosi costituiscono un gruppo molto eterogeneo ed occorre differenziare in tempi rapidi quelli con patologia cardiovascolare ad alto rischio che necessitano di ospedalizzazione urgente e di un appropriato livello di cure da quelli con patologia non cardiaca che possono essere rapidamente rimandati a casa. Purtroppo la forbice tra dimissione impropria per mancata diagnosi e ricovero inutile è molto stretta. Sebbene la dimissione impropria di un paziente con sindrome coronarica acuta (SCA) presenti una prognosi avversa a breve termine il ricovero di un paziente a basso rischio per SCA determina un inutile aumento dei costi. Tra i maggiori determinanti nell'effettuazione di esami laboratoristico-strumentali e di ricoveri inappropriati è il rischio medico-legale percepito.

**OBIETTIVI** Scopo del seguente studio è di valutare, in una U.O. di Pronto Soccorso non dotata di Osservazione Breve Intensiva (OBI), l'effetto del rischio medico legale percepito sul percorso diagnostico del dolore toracico eseguito in un gruppo di popolazione a bassa probabilità per SCA.

**METODI** Nel mese di ottobre del 2009 sono stati registrati 93 accessi in PS (12,3% degli accessi totali) per dolore toracico e/o equivalenti anginosi (palpitazioni, dispnea, lipotimia, sincope). Nel nostro studio i pazienti con sospetta SCA sono stati stratificati sulla base della probabilità che segni e sintomi lamentati dagli stessi potessero rappresentare una SCA (1). Dei 93 pazienti selezionati solo 31 sono stati inquadrati come pazienti a basso rischio per SCA. Dei 31 pazienti a basso rischio per SCA 13 sono stati dimessi dopo l'esame clinico e l'esecuzione dell'elettrocardiogramma mentre 18 sono stati avviati ad un ulteriore approfondimento diagnostico laboratoristico-strumentale (Grafico 2). I dati clinici utili alla valutazione riportati dal medico d'urgenza nelle schede nosologiche dei 18 pazienti a bassa probabilità per SCA (età, sesso, priorità al triage, chest pain score, equivalenti anginosi, fattori di rischio per patologia cardiovascolare, esame obiettivo) sono stati trasferiti su di un modello cartaceo ed unitamente all'ECG sono stati sottoposti agli stessi medici d'urgenza che li avevano valutati al momento dell'accesso in PS. La rivalutazione è stata eseguita dagli operatori senza che essi potessero conoscere il percorso diagnostico e l'esito della valutazione precedente (in maniera da poter poi realizzarne un'analisi comparativa. La seconda valutazione eseguita dai medici d'urgenza è stata quindi sottoposta a validazione da parte di uno specialista cardiologo.

**RISULTATI** Premesso che follow-up telefonico ad un mese dei 31 pazienti a bassa probabilità per SCA ha dimostrato che nessuno dei pazienti ha presentato eventi cardiovascolari acuti né accessi in PS per cause cardiovascolari i 18 pazienti a bassa probabilità per SCA la cui patologia era stata sovrastimata al momento dell'accesso in PS erano rappresentati da 8 maschi (età 22-44 anni; età media 35 anni) e da 10 donne (età 28-69 anni; età media 44 anni) di cui 15 lamentavano dolore toracico atipico (chest pain score < 4) e 3 sintomi anginoso equivalenti (n. 2 lipotimia e n. 1 sincope) senza alcun fattore di rischio per SCA e con ECG negativo al momento della visita in PS. La rivalutazione, a rischio medico-legale assente, condivisa dallo specialista cardiologo, ha consentito ai medici dell'urgenza di ridurre il numero degli esami impropri (- 24 enzimatiche cardiache), di consulenze cardiologiche improprie (- 7 consulenze cardiologiche) e di ricoveri inappropriati (-9 ricoveri).

**LIMITI** Il principale limite del nostro studio è rappresentato dal numero limitato di casi esaminati.

**CONCLUSIONI** Il rischio medico-legale percepito rappresenta la principale causa di inapproprietezza nella gestione del dolore toracico acuto non traumatico in PS specie nelle UO non dotate di OBI. La stratificazione del rischio nei pazienti con sospetta SCA, se correttamente utilizzata può, nei soggetti a basso rischio, essere utile a ridurre, come dimostrato dal nostro studio, l'inapproprietezza prescrittiva.

### Indirizzo per la corrispondenza

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

## 132. Sviluppo di percorsi assistenziali interdisciplinari basati sui risultati ottenuti da un core outcome set (COS) per valutare i biomarcatori ed i parametri clinici nell'area Onco-Ematologica

Vanalli Mariangela

*Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII*

**BACKGROUND** La incidenza, i tassi di mortalità standardizzati per età e la prevalenza stimati dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM) forniscono gli indicatori epidemiologici per i tipi di cancro della classificazione ICD-O-3.1.

**OBIETTIVI** Esaminare le relazioni tra la incidenza dei fattori di rischio-genere-cancro associati con gli esiti degli esami di laboratorio, attraverso il COS.

**METODI** Il database è stato sviluppato in FileMakerPro version 13 applicando il metodo Delphi. Esso contiene un set di dati in merito alle caratteristiche dei pazienti ed ai biomarcatori.

**RISULTATI** Tra il 2013 e il 2014, 1.587 pazienti affetti da cancro sono stati arruolati in tre Aziende Ospedaliere oncologiche italiane. Il 36% erano uomini e il 64% erano donne (età media 71±45 anni), il tumore della mammella risulta essere il più frequente (43%), seguito dal polmone (29%), dal colon-retto (18%) e dallo stomaco (9%). Il 72% (n=85) del polmone, il 67% (n=24) dello stomaco, il 33% (n=25) del colon-retto ed il 4% (n=7) dei pazienti con cancro alla mammella avevano un Age Unadjusted Charlson-Comorbidity-Index=4 (HR = 6.38; 99% CI [3.07,13.24]). L'analisi multivariata, effettuata mediante IBM SPSS Statistics version 21, ha evidenziato che le comorbidità sono correlate al tipo di cancro, allo stadio, al punteggio dell'ECOG PS (p=0.01) ed alla conta piastrinica (p=0.002). La valutazione effettuata tra le malattie cardiovascolari e TVP rimarca una significatività statistica equiparabile (p=0.01) per il colon-retto e polmone, la mammella (p=0.03). Le altre variabili esaminate: livello di Hgb, i neutrofili e la conta piastrinica hanno avuto una correlazione significativa con il cancro del polmone e della mammella (p=0.02), dello stomaco (p=0.002) e del colon-retto (p=0.1).

**LIMITI** Questi ultimi sono riconducibili al campionamento non probabilistico di convenienza, ai sottogruppi dei soggetti selezionati non adottando un tipo di campionamento stratificato proporzionale in merito alle caratteristiche demografiche, la validità esterna, l'impossibilità a generalizzare i risultati dello studio e le variabili precostruite nel subset/dataset utilizzato per raccogliere i dati.

**CONCLUSIONI** L'adeguatezza dei risultati potrebbe essere utile per descrivere meglio il ruolo del COS in un percorso assistenziale interdisciplinare.

### Indirizzo per la corrispondenza

Vanalli Mariangela, Infermiere  
Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo - USC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale  
Piazza OMS, 1 - 24127 - Bergamo  
Email: mariangela.vanalli@libero.it