

ABSTRACT BOOK

11^a Conferenza Nazionale GIMBE

SSN: uno per tutti, tutti per uno

Bologna, 4 marzo 2016



**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. Overdiagnosis e overtreatment: il caso della vitamina D**
Baldrati Luca, Vascotto Lucia, Dorizzi Romolo M
- 2. ICT al servizio dell'appropriatezza nei pazienti con lombosciatalgia: il progetto Minosse**
Bednarova Rym, Miceli Luca
- 3. Malattia tromboembolica: un audit multiprofessionale per identificare aree di inappropriatezza**
Cadorin Laura, Rattazzi Marcello, Arcidiacono Ilaria, Buffon Maria Luisa , Buso Roberta, Carlesso Roberta, Visentin Luca
- 4. Responsabilità professionale: le linee guida alle società scientifiche?**
Donzelli Alberto , Battaglia Alessandro, Longoni Paolo
- 5. Appropriatazza e sostenibilità tra ospedale e territorio: il caso delle statine**
Giacometti Marika, Rigato Mariachiara, Fruttero Claudia, Vitale Arianna, Gasco Annalisa, Arione Roberto, Falco Silvio
- 6. Appropriatazza nelle patologie tiroidee: standard condivisi tra specialisti e medici di famiglia**
Montanari Paolo, Zini Michele, Lucarelli Maurizio, Cambielli Marco, Spriano Paolo
- 7. Riorganizzazione dell'area materno-infantile: il day service in risposta alla chiusura del punto nascita**
Passi Stefano, Minniti Davide, Audisio Luisella, Cattel Francesco, Boraso Flavio
- 8. Malattia respiratoria del sonno: ridurre gli sprechi nella gestione della ventilazione non invasiva**
Scarascia Alessandro, Spagnolatti Liliana, Massobrio Monica, Romani Gabriele, Lusuardi Mirco

1. Overdiagnosis e overtreatment: il caso della vitamina D

Baldrati Luca, Vascotto Lucia, Dorizzi Romolo M

DAMetLab, Laboratorio Unico della Romagna

BACKGROUND La vitamina D stimola l'assorbimento intestinale di calcio ed è coinvolta nella regolazione della crescita e nella proliferazione e apoptosi cellulare. La carenza di vitamina D può portare al rachitismo nei bambini e osteomalacia negli adulti; fattori di rischio per la carenza sono le alte latitudini e le condizioni che riducono l'esposizione ai raggi solari, la pigmentazione scura della pelle, le malattie renali e le sindromi da malassorbimento. Oggi non esiste consenso sulla definizione di carenza di vitamina D e sulla concentrazione adeguata e su quella ottimale di idrossi-vitamina D (25 OHD), la principale forma circolante di vitamina D. La supplementazione con Vitamina D, da sola o in combinazione con il calcio, è usata nel trattamento dell'osteoporosi. L'U.S Preventive Services Task Force (USPSTF) ha concluso che: 1) la supplementazione di vitamina D previene le cadute in soggetti con più di 65 anni che vivono in casa di riposo; 2) non vi sono prove sufficienti sul rapporto costo-benefici delle terapia combinata di vitamina D e calcio nella prevenzione primaria delle fratture in donne dopo la menopausa che non vivono in casa di riposo. Da qualche anno si è intensificata nei paesi sviluppati, sotto la spinta di interessi commerciali e professionali, la ricerca sui benefici della supplementazione nella prevenzione di numerose patologie (tra cui cancro di colon-retto, seno, pancreas, prostata, malattie cardiovascolari, diabete, patologie autoimmuni, declino cognitivo compresa la malattia di Alzheimer, depressione, obesità, psoriasi, impotenza). Tuttavia gli studi sugli effetti della vitamina D sulle patologie non scheletriche hanno prodotto risultati inconsistenti; sono in corso studi a larga scala nella popolazione generale per valutare gli effetti della supplementazione su "endpoint" come tumori, malattie cardiovascolari o mortalità totale. Studi osservazionali negli Stati Uniti, Canada ed Australia hanno evidenziato un drammatico aumento della richiesta della determinazione della concentrazione di 25 OHD nel siero con importante "overdiagnosis ed overtreatment". Nel Gennaio 2015 l'USPSTF ha concluso che non vi sono sufficienti "prove di efficacia" per raccomandare lo screening. Secondo il NICE (2014) il test deve essere eseguito in caso di sintomi correlabili a carenza o in soggetti ad alto rischio (come scarsa esposizione solare) o in caso di osteomalacia, rachitismo, osteoporosi, sindrome da malassorbimento, nefropatia o in caso di cadute recenti o assunzione di farmaci che rallentano il metabolismo o l'assorbimento della vitamina. Sempre secondo il NICE ai soggetti a rischio di ipovitaminosi D, per bassa assunzione o scarsa esposizione, deve essere prescritta la supplementazione e non la determinazione della 25OHD non essendoci in pratica rischi di tossicità.

OBIETTIVI Anche in Romagna (circa 1.000.000 di abitanti) si è verificato negli ultimi anni un notevole aumento delle richieste di determinazione di 25OHD. Considerato che il costo elevato (18,5 € da Nomenclatore Tariffario) dell'esame, scopo dello studio è una valutazione preliminare dell'utilità clinica di una strategia di screening rispetto ad una strategia di sola supplementazione.

METODI Sono stati raccolti dal LIS del Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna (DNLab, Noemailife, Bologna) i dati di attività relativi alla determinazione del 25OHD sierico nel periodo 2010-2015.

RISULTATI Le richieste di 25OHD sierico sono aumentate in modo rilevante e costante: gli esami sono passati da 28.912 nel 2010 a 70.099 nel 2014 di cui ben 66.174 nell'ambito delle cure primarie. In Romagna nel 2014 sono stati prescritti dai Medici di Medicina Generale una media di 63 determinazioni ogni 1000 assistiti. Nei primi 11 mesi del 2015 gli esami sono stati 68.576 con 13919 risultati < a 12 ug/L (aumentato rischio di carenza) ed in 7477 compresi fra 12.1 e 16 ug/L (aumentato rischio di insufficienza).

LIMITI Mentre è conosciuto il costo dell'esame, non conosciamo quello della supplementazione con vitamina.

CONCLUSIONI Anche in Romagna il 25OHD è prescritto di routine nell'ambito delle Cure Primarie. Il costo del test (18,5 € secondo Nomenclatore Tariffario) nel 2014 ha comportato una spesa di 1.295.000 €. Linee Guida "evidence based" non raccomandano lo screening nella popolazione generale e l'aumento del numero degli esami è compatibile con inappropriately in eccesso della richiesta. Il Servizio Sanitario Nazionale Canadese limita il rimborso della determinazione di vitamina D ai soggetti ad alto rischio carenziale. È necessario che il SSN basi la prescrivibilità di un esame ad alto rischio di inappropriately su "prove di efficacia" ed implementi la strategia della sola supplementazione nei soggetti a rischio.

Indirizzo per la corrispondenza

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

2. ICT al servizio dell'appropriatezza nei pazienti con lombosciatalgia: il progetto Minosse

Bednarova Rym¹, Miceli Luca²

¹AAS 2 Bassa Friulana-Isontina, ²Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

BACKGROUND La lombosciatalgia è il problema di salute di pertinenza algologica più diffuso per il quale i pazienti si recano negli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG). Tale patologia, che colpisce prevalentemente cittadini in età lavorativa, porta a dei costi non solo sanitari ma anche sociali importanti a carico della collettività. Il MMG è spesso indotto dal paziente stesso a prescrivere esami costosi (ad esempio risonanza magnetica nucleare) o visite specialistiche, non sempre appropriati per la patologia in questione o per quella determinata fase della malattia. Non esistendo dei PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) specifici le Regioni (tra le quali anche il Friuli Venezia Giulia) non hanno deliberato dei criteri di priorità (CdP) a disposizione dei MMG per indirizzare tali pazienti a visita specialistica per cui essi si rivolgono spesso agli specialisti senza una chiara indicazione; durante la notte ed i giorni festivi si recano sovente al Pronto Soccorso in assenza di altri interlocutori.

OBIETTIVI Stilare dei CdP precursori di un PDTA sulla lombosciatalgia a disposizione dei MMG e rendere tale flow chart facilmente fruibile grazie all'ICT ("Innovation Communication Technology"). Creare un data base per studi scientifici osservazionali.

METODI All'interno dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 2 è stato istituito un gruppo di lavoro con il mandato di estrapolare una flow chart operativa in grado di aiutare il MMG a governare i flussi di pazienti con tale problema di salute. Il gruppo, composto da terapisti del dolore, MMG, medici della Direzione Centrale Salute regionale, ortopedici, medici di pronto soccorso e fisiatristi, ha elaborato il documento utilizzando degli score oggettivi (Numeric Rate Scale per l'entità del dolore, Douleur Neuropathique 4 per la eventuale componente neuropatica dello stesso, Activities Daily Living per la disabilità, presenza o assenza di "red flags" specifiche per la lombosciatalgia) i quali, combinati a seconda dei parametri del paziente in visita presso il MMG, possono portare all'invio dello stesso verso lo specialista algologo/neurologo, oppure fisiatra, oppure ortopedico, o in Pronto Soccorso.

RISULTATI Il documento cartaceo prodotto (sottoposto al vaglio della Comunità scientifica internazionale e pubblicato sulla prestigiosa rivista statunitense "Pain Practice") è stato traslato anche in un sito web (www.minosse.biz) in grado sia di registrare in maniera anonima i questionari con i relativi suggerimenti di invio sia di minimizzare il tempo di consultazione dell'algoritmo stesso. Parallelamente si è creato un software per devices mobili (smartphone e tablet), un'APP denominata "Minosse", disponibile gratuitamente sia per i sistemi Apple che Android. I primi risultati ci indicano come, al 15 novembre 2015, si siano registrati nel database 299 utenti utilizzatori, per un totale di 1015 report completati. Un'ulteriore studio per valutare l'utilità di tale percorso ha arruolato 102 pazienti giunti all'ambulatorio ortopedico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine a causa della lombosciatalgia (63% erano maschi e 37% donne, il dolore riferito nella scala a undici punti NRS raggiungeva in media un valore di 4.6 con una deviazione standard di 1.29). Applicando in maniera retrospettiva a tali pazienti l'algoritmo elaborato dal gruppo di lavoro il risultato è stato che nessuno dei 102 soggetti avrebbe dovuto giungere allo specialista ortopedico ma tutti avrebbero dovuto avere una corretta gestione da parte del MMG (come da suggerimenti presenti nell'algoritmo stesso). I pazienti quindi, affetti da un dolore che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce non più lieve ma già moderato (severo in taluni pazienti) avrebbero potuto trovare risposta al loro fabbisogno di salute in un setting diverso (quasi sempre il loro MMG) e, soprattutto, in maniera molto più precoce.

LIMITI L'utilizzo dei CdP presuppone che il MMG gestisca il paziente affetto da lombosciatalgia quasi sempre in prima persona (la patologia è a risoluzione spontanea della maggior parte dei casi, sebbene dopo periodi medio-lunghi) attenendosi alla flow chart elaborata dal gruppo di lavoro. Il supporto web e "mobile", per quanto molto semplice e in grado di ridurre i tempi di valutazione del paziente, richiede un minimo di conoscenza delle tecnologie digitali.

CONCLUSIONI È stato elaborato uno strumento, manageriale e scientifico, in grado da un lato di gestire i flussi di pazienti affetti da lombosciatalgia con appropriatezza, ripetitività, misurabilità ed equità, dall'altro di offrire un data base a disposizione per studi scientifici e riflessioni organizzative. Tale progetto può essere esteso, con modifiche minime ("geolocalizzazione" della flowchart operativa in base alle esigenze locali), a tutto il suolo nazionale.

Indirizzo per la corrispondenza

Bednarova Rym, Medico Chirurgo
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isontina
Via Vittorio Veneto, 174 - 34170 - Gorizia
Email: fabulle69@libero.it

3. Malattia tromboembolica: un audit multiprofessionale per identificare aree di inappropriatelyzza

Cadorin Laura, Rattazzi Marcello, Arcidiacono Ilaria, Buffon Maria Luisa, Buso Roberta, Carlesso Roberta, Visentin Luca

Azienda ULSS 9 Treviso

BACKGROUND In Azienda vi era la necessità di definire una metodologia uniforme per realizzare gli Audit Clinici. A questo scopo nel 2013 è stato realizzato un progetto sperimentale per l'applicazione di tale metodologia, utilizzando come ambito clinico il percorso diagnostico-terapeutico dell'ictus. Tale sperimentazione ha dimostrato che la metodologia è efficace, e nei due anni successivi sono stati avviati audit clinici per altri ambiti: la malattia tromboembolica venosa, l'infarto miocardico acuto, la gravidanza fisiologica, le gravi cerebrolesioni acquisite.

OBIETTIVI Obiettivo del progetto era definire e applicare una metodologia uniforme a livello aziendale per realizzare gli audit clinici. Gli audit sono stati condotti privilegiando i percorsi clinici sviluppati in linea con gli obiettivi di risultato annuali assegnati ai Direttori Generali dalla Regione Veneto

METODI È stato costituito un team stabile aziendale composto da metodologici del Servizio Qualità, da un medico ricercatore internista, un esperto di analisi dati, un esperto informatico e un team variabile composto da esperti clinici in base alla patologia oggetto di audit e valutatori di cartelle cliniche es. stagisti, specializzandi. La metodologia è stata applicata seguendo le fasi metodologiche proposte dal GIMBE. A scopo esemplificativo, si riportano le fasi dell'audit sulla malattia tromboembolica venosa. È stata effettuata la ricerca bibliografica e successiva valutazione critica delle linee guida mediante strumento AGREE; è stata scelta la linea guida Chest del 2012 "Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Sono state sottoposte ad audit le raccomandazioni che si riferiscono alla gestione diagnostico-terapeutica della malattia tromboembolica venosa (MTV) nel corso del ricovero ospedaliero mentre sono state escluse le raccomandazioni che si riferiscono alla gestione ambulatoriale e domiciliare. Sono stati esaminati i dati estratti da un campione significativo di cartelle di pazienti ricoverati nelle unità operative di medicina e geriatria dell'Ospedale di Treviso con diagnosi di dimissione di trombosi venosa profonda (TVP) ed embolia polmonare (EP), per un totale di 154 cartelle cliniche riferite al secondo semestre del 2013. Sono stati individuati i dati clinici da raccogliere ed è stato sviluppato un database clinico ad hoc per l'inserimento e l'elaborazione dei dati da raccogliere. Il team di progetto ha eseguito un pretest mediante l'analisi di un piccolo campione di cartelle cliniche per testare lo strumento di raccolta dati. I dati sono stati raccolti ed elaborati al fine di identificare le inappropriatelyzze sia in eccesso che in difetto e le relative azioni di miglioramento. I risultati dell'audit sono stati presentati alla Direzione Aziendale e a tutto il personale delle unità operative coinvolte

RISULTATI In sintesi, sono state riscontrate 12 raccomandazioni con bassa adesione (

LIMITI L'indagine è stata condotta in un periodo antecedente all'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali, e quindi andrà ripetuta tenendo in considerazione le nuove indicazioni terapeutiche. Il numero relativamente basso di eventi non consente di trarre conclusioni sulla gestione di situazioni particolari (quali ad esempio l'indicazione alla trombolisi)

CONCLUSIONI La Metodologia sviluppata consente di valutare in maniera efficace l'aderenza di un determinato percorso clinico alle evidenze scientifiche e si presta ad essere applicata in diversi contesti clinici o percorsi assistenziali. La creazione di un team stabile funge da supporto ai professionisti che intendono realizzare degli audit clinici. L'audit è stato effettuato nell'ambito di un progetto di formazione sul campo dell'ULSS 9 di Treviso e questo ha favorito la partecipazione dei professionisti.

Indirizzo per la corrispondenza

Buffon Maria Luisa, Infermiere
Azienda ULSS 9 Treviso
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 - 31100 - Treviso
Email: luisaclara@libero.it

4. Responsabilità professionale: le linee guida alle società scientifiche?

Donzelli Alberto, Battaglia Alessandro, Longoni Paolo

Fondazione Allineare Sanità e Salute

BACKGROUND Nel DdL sulla responsabilità professionale la Commissione Affari Sociali della Camera ha cercato di porre freno alla medicina difensiva. Il DdL Balduzzi, per ridurre la responsabilità del sanitario in caso di contenzioso, si riferiva a linee guida (LG)/buone pratiche "accreditate dalla comunità scientifica". La nuova formulazione esclude colpa grave se il sanitario si è attenuto alle buone pratiche e LG adottate dalle Società scientifiche (Ss), iscritte in apposito elenco... Tale delega formale e anomala attribuisce a un solo attore, le Ss (escludendo tutti gli altri!) la titolarità per legge di stabilire ciò cui tutti i sanitari si devono attenere per non rischiare. Ma già oggi molte LG di Ss sono condizionate (anche) da: a) punti di vista parziali, non ricomposti in una visione multidisciplinare e sostenibile b) umane logiche autoreferenziali c) relazioni finanziarie con i produttori di tecnologie sanitarie (destinate ad aumentare in modo esponenziale se molte Ss fossero titolari di tale potere, con conseguenze di fatto vincolanti per tutti i clinici). Ma anche a prescindere da tali relazioni, gli interessi degli specialisti di una disciplina oggettivamente convergono verso un'eccessiva enfasi sulle proprie prestazioni, per come sono pagati e incentivati sul lavoro e in libera professione, per percorsi di carriera, potere, prestigio... Attribuire per legge a Ss che tutelano gli interessi dei cultori delle rispettive discipline la titolarità di definire tali LG significa per il SSN abdicare alla sua titolarità e responsabilità di tutelare la salute dei cittadini assistiti e di ottimizzare a tal fine l'uso delle risorse che la Società gli assegna.

OBIETTIVI Dimostrare che le Ss esprimono punti di vista parziali, per visione monodisciplinare e condizionamenti che provengono da produttori di tecnologie sanitarie e da altre convenienze convergenti: attuale modello di remunerazione per prestazioni legate a malattie; incentivi di carriera, prestigio ecc.

METODI Illustrare con 10 esempi su condizioni di grande prevalenza/rilevanza, tratti da LG/buone pratiche adottate da importanti Ss italiane, la sistematica divergenza delle raccomandazioni rispetto al punto di vista di un SSN che voglia assicurare a tutti interventi efficaci, sicuri, a costi sostenibili dalla comunità.

RISULTATI Ss Pediatria: le LG sulla febbre legittimano di fatto interventi contro la febbre in gran parte dei casi, ed espongono in eccesso a paracetamolo o ibuprofene. Ss Nutrizione Umana: incentivano di fatto eccessi proteici nel bambino, non nei LARN, ma nelle loro pratiche traduzioni in consigli alimentari. Il CRA-Nut, poi, è ben attento a tutelare i consumi agroalimentari. Ss Ipertensione e Cardiologia: le LG per l'ipertensione non esprimono preferenze tra diuretici tiazidici e simil-tiazidici, benché clortalidone e indapamide siano più efficaci e un po' meno costosi. Ed evitano qualunque valutazione comparativa di costo-efficacia tra farmaci attivi sul RAS. Ss Gastroenterologia: nell'MRGE privilegiano approcci step down con IPP, rispetto ad approcci step up, altrettanto efficaci con uso di IPP molto minore. Ss Ginecologia: continuano a promuovere la TOS, presentando in modo sbilanciato i pro- e contro Ss Psichiatria: nella depressione evitano indicazioni su farmaci di prima linea per efficacia, sicurezza e costo-efficacia. Ss Pneumologia: promuovono spirometrie di screening non EB e basse soglie nella BPCO per iniziare terapie con LABA e LAMA. Ss Neurologia: sulle demenze esagerano stime su incidenza/prevalenza e trend temporali, danno informazioni confondenti su ruolo delle diagnosi anticipate e "diritto alla diagnosi".

LIMITI La revisione non è sistematica, ma necessariamente selettiva, per limiti di risorse dedicate e comunque di tempo per la presentazione. Le valutazioni, basate sull'ipotetico "punto di vista" di un SSN, hanno forte componente interpretativa.

CONCLUSIONI Le Ss non possono essere uniche né prime titolari di LG/raccomandazioni per i sanitari italiani, a maggior ragione per chi opera nel SSN. LG nazionali andrebbero progressivamente elaborate da un Sistema Nazionale LG, coordinato da pubblica istituzione. Inoltre: • dovrebbero aver valore di orientamento culturale più che normativo (pur potendo costituire utili riferimenti in caso di contenzioso) • i gruppi di lavoro per formularle, coordinati da una pubblica istituzione, dovrebbero comprendere esponenti delle Ss, degli ordini professionali, metodologi con esperienza di LG, esperti di valutazioni comparative di interventi sanitari, rappresentanze di pazienti, tutti tenuti a dichiarare le proprie relazioni finanziarie, inclusi dirigenti di sanità pubblica in grado di entrar nel merito di valutazioni di efficacia e costo-efficacia, e responsabilità personale verso il datore pubblico di lavoro di esplicitarne l'impatto previsto sui costi del SSN • le bozze andrebbero aperte a contributi/commenti pubblici prima di adozioni formali (come fa il NICE inglese, l'USPSTF, ecc.), che le arricchiscano e favoriscano la condivisione.

Indirizzo per la corrispondenza

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

5. Appropriatelyzza e sostenibilità tra ospedale e territorio: il caso delle statine

Giacometti Marika¹, Rigato Mariachiara², Fruttero Claudia¹, Vitale Arianna¹, Gasco Annalisa¹, Arione Roberto¹, Falco Silvio¹

¹AO Ordine Mauriziano di Torino, ²Dipartimento di Scienze e Tecnologia del Farmaco Università degli Studi di Torino

BACKGROUND Al fine di adempire agli obblighi regionali in tema di spesa per la farmaceutica territoriale (DGR n° 17-7488), le ASL TO1, TO2, la A.O.U. Città della Salute e della Scienza e la A.O. Ordine Mauriziano hanno sottoscritto un accordo interaziendale, finalizzato al contenimento della spesa farmaceutica territoriale che sembrerebbe essere condizionata ed indotta dai consigli terapeutici e dalle prescrizioni specialistiche in fase di dimissione ospedaliera o a seguito di visita ambulatoriale. Tra le categorie di medicinali "altospendenti" rientrano le statine (ATC C10AA) e dalle analisi condotte sulle SDO 2014 dell'AO OM risulta che, tra tutte le statine prescritte, nel 23% dei casi è stata consigliata la Rosuvastatina, principio attivo a brevetto non scaduto. Secondo le LG NICE 181 (agosto 2015) "Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease" è possibile ottenere un effetto terapeutico equivalente, in termini di riduzione del colesterolo, utilizzando un farmaco a brevetto scaduto quale l'Atorvastatina (a dosaggi doppi).

OBIETTIVI -Mettere in atto un sistema di monitoraggio della prescrizione di statine all'interno dell'AO OM di Torino al fine di individuare le aree a maggior rischio di inappropriatelyzza. -Progettare e mettere in atto interventi correttivi rivolti ai professionisti maggiormente coinvolti nella prescrizione di farmaci "altospendenti", in collaborazione con il territorio di riferimento.

METODI È stato condotto un primo monitoraggio retrospettivo delle prescrizioni di statine da parte delle SC/SS della A.O. OM di Torino. In particolare ci si è concentrati sulle prescrizioni di Rosuvastatina, come consumo ospedaliero e come distribuzione diretta (File F). Individuate le principali criticità sono stati organizzati incontri con i professionisti maggiormente coinvolti nelle prescrizioni a rischio di inappropriatelyzza al fine di analizzare i dati di prescrizione e riflettere sulle opzioni terapeutiche disponibili rispetto alle necessità cliniche dei pazienti, nell'ottica della sostenibilità globale del SSN. Successivamente sono stati rivalutati i primi dati preliminari relativi alla prescrizione di statine post intervento.

RISULTATI Dall'analisi dei consumi emerge che la statina maggiormente utilizzata in regime ospedaliero è il Torvast® 20mg (circa 40%) a seguire il Crestor® 10mg (circa 19%). Se si considera il distribuito alla dimissione da RO, DH e da visita ambulatoriale, la statina maggiormente dispensata risulta essere il Crestor® 10mg (circa 35%), seguita dal Torvast® 20mg, (circa 32%). A fronte di tali consumi e della tipologia di pazienti ricoverati, si è individuato nella S.C. Cardiologia la struttura da monitorare ed è stato analizzato un campione di 100 SDO relative a pazienti dimessi con prescrizione di Crestor®, per valutarne l'appropriatelyzza prescrittiva in base alla Nota 13 e quindi a carico del SSN. Alla dimissione il 68% dei pazienti aveva una prescrizione per Crestor®10mg mentre il restante 32% per Crestor® 20mg. Nel 29% dei pazienti non è segnalata una terapia con statine all'ingresso quindi si è trattata di una prima prescrizione, di conseguenza inappropriatelyzza se a carico del SSN. Dal punto di vista prettamente economico, lo shift da Rosuvastatina ad Atorvastatina permette di risparmiare, a parità di effetto terapeutico, una media di 305 euro per paziente/anno, con piccole differenze in termini di efficacia in base ai dosaggi. È stato, quindi, organizzato un incontro tra i clinici della AO OM ed il Servizio Farmaceutico dell'ASL TO1. Dopo l'intervento messo in atto sono state rivalutate, a circa 30gg dal I incontro, le prescrizioni ed è emerso che la Rosuvastatina, considerando solo la distribuzione da dimissione da RO, si è ridotta del 26% per il dosaggio da 10 mg e del 71% per quello da 20 mg. Inoltre si osserva, a fronte dello switch da farmaco brand a farmaco a brevetto scaduto, un aumento della prescrizione di Atorvastatina. Si tratta ancora di dati parziali, che verranno integrati nei prossimi mesi, e che dimostrano un primo risultato positivo in termini di appropriatelyzza prescrittiva.

LIMITI Nell'ambito di questo lavoro non è stato possibile valutare l'appropriatelyzza della prescrizione antecedente al ricovero.

CONCLUSIONI L'atorvastatina risulta la scelta più vantaggiosa in termini di costo-efficacia per il raggiungimento dei target terapeutici di riduzione di colesterolo LDL dal 31% in poi e permette un risparmio annuo a paziente di circa 305 euro. L'AO OM ha messo in atto una strategia che unisce l'analisi della letteratura, le valutazioni di efficacia clinica e degli aspetti economici, il coinvolgimento attivo dei professionisti e la collaborazione con le ASL territoriali per raggiungere l'obiettivo prefissato di razionalizzazione della spesa farmaceutica e di disinvestimento programmato, in un'ottica di valorizzazione delle risorse e di trasferimento delle evidenze scientifiche alle decisioni professionali e manageriali.

Indirizzo per la corrispondenza

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

6. Appropriatelyzza nelle patologie tiroidee: standard condivisi tra specialisti e medici di famiglia

Montanari Paolo¹, Zini Michele², Lucarelli Maurizio³, Cambielli Marco³, Spriano Paolo³

¹FADOI, ²AME, ³SNAMID

BACKGROUND La popolazione affetta da problematiche che riguardano la tiroide è in costante aumento in tutti i paesi industrializzati. Tuttavia, a fronte di vere e proprie patologie, si associano anche reperti incidentali, semplici condizioni di alterazioni morfologiche o funzionali che non sono da considerarsi malattia e situazioni che possono essere gestite, in diverse fasi, dal medico di medicina generale. Vi è una sempre maggiore richiesta di consulenze specialistiche endocrinologiche con conseguente aumento dei tempi di attesa delle prestazioni. La sola maggiore offerta di tali visite non è spesso sufficiente a risolvere il problema e prevede maggiori risorse.

OBIETTIVI Una modalità virtuosa per ridurre tali tempi di attesa potrebbe essere quella di definire e condividere i criteri di appropriatezza sia prescrittiva che gestionale tra i medici di medicina generale e gli specialisti endocrinologici in modo da definire i criteri diagnostici delle singole patologie tiroidee, l'individuazione delle indicazioni e delle modalità di invio dei pazienti a consulenza endocrinologica e quelli della successiva presa in carico da parte di una delle due figure professionali.

METODI È stato prodotto un documento di consenso AME (Associazione Medici Endocrinologici)- FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) - SNAMID (Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale) che ha ripreso un altro documento prodotto da AUSL e ASMN di Reggio E. contenente i criteri generali per la gestione clinica delle situazioni di più frequente riscontro in patologia tiroidea. Nel documento stesso è stato sottolineato che in nessun caso i criteri devono essere intesi come rigidi e cogenti e non rappresentano obblighi per l'operatore. Piuttosto, si tratta di raccomandazioni meditate e soppesate da un gruppo di lavoro multidisciplinare con l'intento di ottimizzare l'appropriatezza, ridurre i tempi di attesa e di de-medicalizzare situazioni cliniche ad eccessiva e quindi inutile intensità di cura

RISULTATI È stato così preparato un documento cartaceo che comprende i seguenti capitoli: nodulo tiroideo, ipertiroidismo conclamato, ipertiroidismo subclinico, ipotiroidismo conclamato, ipotiroidismo subclinico, tireopatie e gravidanza, criteri per la richiesta di visita endocrinologica urgente, criteri di appropriatezza per gli esami di laboratorio, bibliografia. Ciascun capitolo si compone dei seguenti paragrafi: diagnostica di primo livello ad opera del medico di medicina generale, indicazione e tempistica della visita specialistica, cenni di terapia, modalità di follow-up e presa in carico del paziente, indicazioni di esenzione ticket per patologie.

LIMITI Il documento è stato diffuso in cartaceo ma non ancora attraverso altre modalità. Non è ancora stato approntato un programma di audit sui risultati

CONCLUSIONI L'abstract vuole essere la presentazione di una prima fase di un tentativo di miglioramento dell'appropriatezza in malattie della tiroide, attraverso l'elaborazione di un documento condiviso tra medici di medicina generale e specialisti endocrinologici che possa essere di semplice e rapida consultazione e quindi anche di reale applicazione. Il risultato si dovrebbe tradurre in una migliore pratica clinica e, al tempo stesso, in una riduzione dei tempi di attesa di visita specialistica endocrinologica a iso-risorse.

Indirizzo per la corrispondenza

Montanari Paolo, Medico Chirurgo
Ospedale di Montecchio Emilia - E. Franchini - U.O. Medicina interna acuti
Via Barilla, 16 - 42027 - Montecchio Emilia
Email: paolo.montanari@ausl.re.it

7. Riorganizzazione dell'area materno-infantile: il day service in risposta alla chiusura del punto nascita

Passi Stefano¹, Minniti Davide², Audisio Luisella², Cattel Francesco³, **Boraso Flavio**²

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino, ²ASL TO3, ³AO Città della Salute Torino

BACKGROUND Secondo le disposizioni nazionali e regionali (Accordo Stato-Regioni del 16/10/2010, Patto della Salute 2014-2016 e Decreto Ministero 02/04/2015, n. 70) in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, la presenza di un punto nascita all'interno di un Presidio Sanitario è sostenuta, sul piano normativo, sia dalla necessaria presenza di un Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (D.E.A.) di primo o secondo livello, sia dal rispetto di uno standard di attività pari ad almeno 1000 parti/anno. La recente approvazione, in seno all'ASLTO3, del nuovo Atto Aziendale, ne ha costituito il presupposto su cui fondare il progetto di riorganizzazione dell'area materno infantile presso il Presidio Ospedaliero di Susa (ASLTO3) attraverso la chiusura dell'attuale punto nascita (con all'attivo circa 100 parti/aa) e la creazione di un nuovo setting di cura basato sul modello assistenziale del Day Service.

OBIETTIVI Creazione e realizzazione di un nuovo modello assistenziale in grado di rispondere al bisogno di salute materno infantile presente nella popolazione della Valle di Susa, secondario alla chiusura del Punto nascita dell'omonimo ospedale. Gli obiettivi specifici inerenti la riorganizzazione del setting di cura rispondono alla necessità di governare la domanda sanitaria (attività parto) secondo criteri Evidence Based e la logica della rete ospedaliera Hub-Spoke e migliorare la presa in carico del paziente attraverso specifici percorsi clinico-assistenziali.

METODI Fase iniziale: studio di fattibilità basata sull'analisi del contesto epidemiologico e dei volumi di attività dell'area materno infantile del Presidio Ospedaliero (giugno 2015). Fase organizzativa: creazione di un gruppo operativo a valenza multidisciplinare e definizione dei processi operativi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi prefissati e relativi crono programma (luglio-novembre 2015). Fase attuativa: realizzazione del nuovo modello organizzativo (30 novembre 2015) e monitoraggio di outcomes attraverso indicatori (di efficacia e di processo) predefiniti (entro 3 e 6 mesi dall'attuazione).

RISULTATI Nel contesto territoriale (37 comuni, 90.817 residenti di cui il 51% di sesso femminile e il 13% in età pediatrica 0-14 anni) sede del progetto di riorganizzazione, l'analisi relativa ai volumi di attività dell'area materno infantile evidenzia come l'emergenza-urgenza di natura pediatrica è rappresentata prevalentemente da codici verde (84%) che accedono nella fascia giornaliera 8-17 (69%) e rappresentati da utenti residenti nel Distretto di Susa (98%). Per quanto riguarda l'area ostetrico-ginecologica, il trend di numero parti annuo eseguiti presso il PO di Susa ha visto una netta riduzione di -68% dal 2010 (N=408) al 2015 (N=130). Dato che confrontato con l'indice di natalità per il Distretto Susa (N=654 anno 2014) mostra un'evidente tendenza alla dispersione dell'utenza gravida verso altre sedi sanitarie. Il progetto organizzativo, centrato sul modello del Day Service, si è articolato su Percorsi Assistenziali Complessi e Coordinati (PACC) in grado di implementare la continuità assistenziale del paziente sia di area ostetrico-ginecologica sia di area pediatrica. In particolare, l'area pediatrica ha visto implementare l'offerta sanitaria da 18 ore settimanali a 59 ore settimanali attraverso la realizzazione di PACC per la gestione della patologia complessa, per la gestione della post-dimissione e per il pre-ricovero chirurgico. Per l'area ostetrico-ginecologica l'offerta sanitaria è passata dalle 37 ore settimanali alle 60 ore settimanali attraverso la realizzazione di PACC per la gestione della gravidanza fisiologica, per la gestione della menopausa e per la patologia ginecologica. L'area dell'emergenza-urgenza è stata affrontata mediante la creazione di protocolli interni e l'intensificazione della rete dei trasporti verso l'ospedale spoke di riferimento, sostenuta dall'accordo siglato a livello regionale con il Dipartimento 118. A completezza del progetto è stata realizzata una campagna informativa per i residenti e un percorso specifico di formazione a tutti i sanitari del Presidio Ospedaliero. Indicatori di processo, di esito e di qualità, sono stati precedentemente definiti per misurare il reale beneficio del nuovo setting organizzativo.

LIMITI Ad oggi non sono disponibili i risultati finali in quanto attualmente in fase pilota, i cui risultati saranno disponibili da febbraio 2016.

CONCLUSIONI Il Servizio, che segue la chiusura del punto nascita avvenuta il 30 novembre 2015, permette una vera e propria attività in rete di prestazioni e la presa in carico, escluso il giorno del parto, del paziente di area materno-infantile, consentendo una pianificazione di attività e risorse; risulta, pertanto, particolarmente utile nella gestione di situazioni cliniche per le quali il ricovero è inappropriato, ma tali da richiedere una presa in carico della persona assistita, garantendo continuità e qualità assistenziale.

Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo
Università di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia – Dip. Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

8. Malattia respiratoria del sonno: ridurre gli sprechi nella gestione della ventilazione non invasiva

Scarascia Alessandro, Spagnolatti Liliana, Massobrio Monica, Romani Gabriele, Lusuardi Mirco

AUSL Reggio Emilia

BACKGROUND La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSA) è una delle patologie croniche a più alto rischio di sprechi al follow-up in termini di mancata aderenza ai trattamenti, sia dal punto di vista dei costi diretti (utilizzo incongruo dei dispositivi) sia indiretti (potenziali ricadute negative sullo stato di salute). L'OSA è una condizione in grado di determinare col tempo alterazioni patologiche soprattutto a carico dell'apparato cardiovascolare e neurologico e sulla qualità di vita. È una patologia ad elevata prevalenza, in particolare nella fascia di età 30-60 anni, interessando circa il 4% degli uomini ed il 2% delle donne. In Italia circa 2 milioni di persone presentano un quadro conclamato di OSA ma solo il 5% è trattato. Un soggetto affetto da OSA ha un rischio da 2 a 7 volte superiore di essere coinvolto in un incidente stradale e una probabilità doppia di avere un incidente sul lavoro a causa della sonnolenza diurna correlata. Uno studio italiano ha quantificato al 7% il numero di incidenti stradali dovuti ad automobilisti affetti da OSA (> 7000 nel 2014 con circa 200 morti e 12000 feriti) e stabilito il guadagno, in termini di salute ed economico (1.500.000.000 di euro circa), ottenibile con progetti sanitari mirati. Il trattamento cardine dell'OSA è l'applicazione di una pressione positiva nelle vie aeree durante il sonno in continuo con dispositivo CPAP. Dei pazienti in trattamento circa il 25% interrompe la terapia entro il primo anno e di questi solo la metà rimane aderente a lungo termine (almeno 4 ore die per almeno 5 giorni a settimana o per il 70% dei giorni dei giorni di prescrizione). L'ambulatorio dei disturbi respiratori del sonno della Struttura Operativa Complessa di Riabilitazione respiratoria dell'Ospedale di Correggio, rappresenta uno dei 2 centri di riferimento per la provincia di Reggio Emilia. Ogni anno vengono eseguiti circa 500 monitoraggi cardiorespiratori domiciliari di soggetti che se risultati positivi verranno seguiti poi in follow-up o trattati con CPAP domiciliare.

OBIETTIVI Obiettivo dello studio è quello di valutare l'aderenza alla CPAP e le problematiche che inducono il paziente a ridurne o sospendere l'utilizzo, cercare di rinforzare il messaggio trasmesso all'atto della prescrizione per migliorare la compliance, ottimizzare la terapia e ridurre gli sprechi derivanti da inappropriato utilizzo dei presidi.

METODI È stata valutata retrospettivamente l'appropriatezza e l'aderenza di trattamento a breve-medio termine dei pazienti trattati nel Distretto di Correggio (55.000 abitanti) dell'AUSL di Reggio E. Facendo riferimento al conteggio delle ore di utilizzo registrate su ogni dispositivo, abbiamo selezionato i soggetti che utilizzano il dispositivo meno di 4 ore/die invitandoli ad eseguire una valutazione medica. Al controllo sono stati raccolti i dati demografici, le comorbidità e soprattutto i dati relativi alle motivazioni che hanno indotto la riduzione/sospensione in autonomia del trattamento. Abbiamo rinforzato il messaggio trasmesso alla prescrizione del presidio, risolto la problematica alla base della scarsa aderenza o offerta una possibile soluzione e riprogrammato un controllo a breve termine (3 mesi).

RISULTATI Dei 180 pazienti in terapia domiciliare con CPAP (spesa annua circa 130.000 euro) il 30.5% (55 soggetti) utilizza il dispositivo prescritto per meno di 4 ore/die (di cui 18 non lo utilizzano affatto). Almeno 9 utilizzavano la CPAP in uso gratuito pur non avendo mai completato il percorso per il riconoscimento dell'invalidità. La motivazione riferita più frequentemente per il mancato utilizzo è legata ai disturbi otorinolaringoiatrici (naso chiuso, secchezza delle fauci) o derivanti dall'applicazione della maschera prescritta (decubito, congiuntivite). Le comorbidità più comunemente associate sono rappresentate da quelle cardiovascolari (ipertensione arteriosa, eventi ischemici progressivi) e metaboliche (diabete mellito, obesità).

LIMITI Dati preliminari, in corso fase prospettica di monitoraggio della casistica con applicazione di provvedimenti mirati al miglioramento della aderenza alla terapia o sospensione della stessa.

CONCLUSIONI Dai primi dati risulta che il controllo a breve termine dei pazienti in prescrizione domiciliare con CPAP permette di verificare l'appropriatezza prescrittiva degli ausili e il reale utilizzo degli stessi, consentendo di ridurre gli sprechi, rinforzare la comunicazione e ri-motivare il paziente all'utilizzo del dispositivo. Sarebbe utile aumentare le visite di follow up o studiare dei sistemi che permettano di stabilire tempestivamente i provvedimenti da adottare. Qualora venisse ritirato a tutti l'ausilio prescritto non utilizzato la quota di spesa sanitaria diretta riallocabile sarebbe nel nostro distretto di circa 40.000 euro l'anno su 130.000, anche se ovviamente l'obiettivo primario, in caso di prescrizione clinicamente appropriata, resta quello di privilegiare gli esiti in termini di salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Scarascia Alessandro, Medico Chirurgo
Ospedale di Correggio - San Sebastiano - U.O. Riabilitazione Cardio-Pneumologica
Via Mandriolo Superiore, 11 - 42015 - Correggio
Email: alessandro.scarascia@ausl.re.it

ABSTRACT

INDICE ALTRI

- 9. Il rischio di cadute in età evolutiva: individuazione dello strumento di valutazione, approfondimento di una procedura di prevenzione e gestione dell'evento in pediatria**
Albolino Sara, Biermann Klaus Peter, Cioni Marianna, Dagliana Giulia, Del Regno Simone, Festini Filippo, Mondini Patrizia, Savelli Angela
- 10. La mucosite orale nel paziente oncologico: studio osservazionale prospettico presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano**
Antonacci Giulia, Cerati Maria Cristina, Pancheri Maria Luisa, Lanzo Gemma, Lo Russo Ilaria, Vailati Paolo, Festinese Fabrizio, Togliardi Elena, Langella Roberto, Saibene Gabriella
- 11. Le associazioni fisse di analoghi nucleosidici-nucleotidici in terapia antiretrovirale: impiego virtuoso nel biennio 2014-2015, tra efficacia, tossicità, aderenza, gestione e costi**
Appolloni Lucia, Manfredi Roberto, Pensalfine Giulia, Cantoro Lorena, Morotti Marta, Puggioli Cristina
- 12. OncoCert - database per la Certificazione Oncologica in Alto Adige**
Armanaschi Luca, Schnapper Gabriele, Kaser Haimo, Cavallucci Magda, Sangermano Katia, Obexer Alexandra, Moskwita Andrea
- 13. La diagnostica di laboratorio dell'Heparin-Induced-Thrombocytopenia (HIT): un Audit Report**
Baldrati Luca, Vascotto Lucia, Dorizzi Romolo
- 14. Acido folico: esame di laboratorio o supplementazione?**
Baldrati Luca, Vascotto Lucia, Dorizzi Romolo M.dorizzi
- 15. Indagine multicentrica sull'analisi del benessere organizzativo nell'ULSS 5 "Ovest Vicentino"**
Barbiero Michela, Acqua Alberto, Manea Maria Giuditta, Lovato Alessandra, Peruzzo Paola, Storti Matteo
- 16. Cambiare davvero! Analisi e riorganizzazione di un reparto di Terapia Intensiva Neonatale in funzione del miglioramento della sicurezza e dell'efficacia.**
Beltramello Claudio, Bellettato Massimo, Carlini Virginia, Vedovato Stefania, Gasparin Barbara
- 17. Introduzione del modello "Stepped care" per il trattamento dei Disturbi d'Ansia**
Bergonzini Elisa, Bellei Elena, Farina Gaetano, Formicola Vitantonio, Giovini Matteo, Rebecchi Daniela, Scaglietti Lorenzo, Tedeschini Enrico, Starace Fabrizio
- 18. Il Dossier Sanitario: un modello per l'integrazione ospedale-territorio**
Bianchi Margherita, Gagliardi Anna, Bonacci Davide, Viscardi Michela, Balzarini Maria
- 19. La qualità delle analisi decentrate: cinque anni di attività di controllo dei glucometri portatili in AAS3**
Bizzaro Nicola, Cucchiario Francesco, Francescatto Paolo
- 20. Sviluppo del modello di governance "Hardware & Software" presso l'ASLTO3**
Blanc Fabrizio, Minniti Davide, Passi Stefano, Boraso Flavio

- 21. Efficienzizzazione del trattamento chirurgico per displasia della cervice uterina in regime ambulatoriale protetto. Razionalizzare, incrementando la qualità: la realtà dell'ASL TO4.**
Bogliatto Fabrizio
- 22. Farmaci Off-Label: illustrazione del percorso di valutazione ed approvazione delle terapie**
Bona Roberta, Bersia Maria Elisa, Besso Valentina, De Pasquale Elisa, Sampietro Monica, Colombardo Valentina, Marengo Giulia, Mero Paola, Sanò Mario
- 23. Promuovere i cambiamenti con il Lean Management**
Bonalumi Silvia
- 24. Modello per l'individuazione di consumi e costi standard per gli interventi con M.S.A. e M.S.A.B. S.E.S.T. 118 Piemonte**
Bono Danilo, De Angelis Roberto, Marchione Giuseppe, Rolle Cristian, Marchese Irene
- 25. Horizon Scanning di una tecnologia emergente a forte sostenibilità: l'ossigeno 93%**
Borasio Flavio, Passi Stefano, Serratto Giorgio, Parigi Olivia, Ceravolo Grazia, Cattel Francesco, Gualano Maria Rosaria, Siliquini Roberta, Minniti Davide
- 26. Analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni dell'ormone somatotropo nell'ASL di Mantova**
Boscaini Renzo, Corbari Letizia, Froidi Giancarla, Galavotti Maurizio, Raineri Sandro, Speciali Alessia
- 27. Analisi dell'appropriatezza prescrittiva delle erogazioni rendicontate in File F nell'ASL di Mantova**
Boscaini Renzo, Froidi Giancarla, Galavotti Maurizio, Maioli Stefania, Raineri Sandro, Speciali Alessia
- 28. La revisione dell'organizzazione e delle strutture attraverso l'implementazione di offerta, di accessibilità e di qualità delle strutture produce risparmio di sofferenza e risparmio economico: Esiti disaggregati di 7 anni di attività al Centro di Salute Mentale di Cesena**
Bosio Roberto
- 29. La necessità di un nuovo paradigma delle azioni di Welfare: Da un Welfare Assistenziale al Welfare di Comunità attraverso il Budget Individualizzato per la Salute nei servizi per la Salute Mentale**
Bosio Roberto
- 30. Progetto sperimentale di monitoraggio della compliance dell'assistito affetto da OSA in trattamento con CPAP, attraverso la realizzazione di un percorso assistenziale nel Distretto Sanitario di Guidonia ASL RM G**
Bracco Domenico, Salvati Stefania, Loffredo Matilde, Melillo Giuseppe, Vittoria Tourtchenko, Piovesana Vincenzo, Rossi Sofia, Stramacci Massimo, Tomasello Daniele, Proni Silvia
- 31. Monitoraggio di parametri clinici e strumentali in pazienti affetti da disturbi mentali gravi in trattamento con terapia psicofarmacologica**
Branca Francesco, Scaglia Agostina, Merli Roberto
- 32. Competenze infermieristiche avanzate al triage: morfina orale nel dolore lieve-moderato**
Calò Luigi Cristiano, Politano Rocco, Guerra Federico, Gabrielli Barbara

- 33. Carta dell'utente - Diritti e doveri del Cittadino Utente ASL di Mantova**
Capelletti Chiara, Molinari Manuela, Galavotti Maurizio
- 34. Predittori di riammissione non pianificata a trenta giorni, tra i pazienti di un servizio di Cure Domiciliari: aggiornamento e confronto 2011-2014**
Carnicelli Francesca, Comparcini Dania, Simonetti Valentina, Cicolini Giancarlo
- 35. Educazione terapeutica del paziente e dei familiari: strategia per raggiungere l'obiettivo dell'autogestione nelle patologie croniche**
Carrieri Vito
- 36. Appropriatezza del ricovero ospedaliero del paziente anziano con patologia neoplastica: ruolo dell'esame ecografico**
Carrieri Vito
- 37. Rete Regionale Sicilia: "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, Madonia Salvatore, Di Marco Vito, Russello Maurizio, Raimondo Giovanni, Scalisi Ignazio , Scifo Gaetano, Davì Antonio, Bertino Gaetano, Craxi Antonio
- 38. La valutazione di un percorso assistenziale simulando un processo HTA**
Casati Ornella, Lombardi Giulia, Bertolaia Patrizia
- 39. Percorso di formazione finalizzato allo sviluppo/miglioramento di competenze transculturali/foodskills in gruppi di donne**
Celenza Francesca, Domina Rosa, Leonelli Giovanna, Bianco Lairetta
- 40. Implementazione di uno strumento per la valutazione del contributo dei caregivers nel self-care dei pazienti con scompenso cardiaco: risultati di un'indagine conoscitiva**
Comparcini Dania, Manzotti Dario, Marchetti Mara, Simonetti Valentina, Galli Francesco, Ortolani Sandro, Cicolini Giancarlo
- 41. I disturbi del sonno nei pazienti oncologici: studio cross-sectional**
Comparcini Dania, Simonetti Valentina, Soletti Valeria, Tommei Beatrice, Bastiani Neide, Troiani Silvano, Cicolini Giancarlo
- 42. La salute delle donne un percorso appropriato per le vittime di violenza nella ASL TO3 - Regione Piemonte**
Cosola Alda, Beccaria Anna , Esposito Paola , Passi Stefano , Minniti Davide , Boraso Flavio
- 43. Rimodulazione del percorso formativo all'Evidence Based Practice del Corso di Laurea in Fisioterapia: valutazione di conoscenze, abilità e comportamenti degli studenti**
Da Roit Marco, Bozzolan Michela
- 44. Valutazione dello stato nutrizionale in ambito chirurgico ed outcome post-operatorio**
D'Annibale Sofia, Troiani Silvano, Traini Tiziana, Rasetti Carlo

- 45. Criteri per l'appropriatezza prescrittiva , la definizione di un fabbisogno standard e la riduzione dei costi. le superfici per la prevenzione e cura delle LDP.**
De Sarno Cristina, Margarita Pamela, Ermacora Eva, Lupi Tommaso, Moira Deana, De Paoli Elena, Firricieli Mauro, Picogna Michele, Boschi Tamara, Santoianni Alessandro
- 46. La febbre in terapia intensiva: conoscenze e pratica degli infermieri**
Difonzo Marcello, Colagrande Giuseppe
- 47. Unità di terapia intensiva e visite della famiglia: questioni chiuse o aperte?**
Difonzo Marcello, Colagrande Giuseppe
- 48. Missed Nursing Care in un setting chirurgico: studio osservazionale multicentrico**
Dignani Lucia, Girotti Susi, Seccia Lucia, Paoletti Marzia, Toccaceli Andrea
- 49. L'Health Literacy dei Caregivers formali: studio osservazionale multicentrico**
Dignani Lucia, Grecu Geta, Toccaceli Andrea, Girotti Susi
- 50. Fascicolo Sanitario Elettronico: alcuni profili giuridici e aspetti di privacy**
Domina Rosa, Celenza Francesca
- 51. #YouCan: promuovere la salute con messaggistica evidence-based e social network**
Donzelli Alberto, Chadenier Giulia, Rotelli Tiziana, Sacchi Silvia, Flammini Massimo, Lafranconi Alessandra
- 52. Le evidenze come strumento di contenimento della spesa sanitaria: il caso del catetere venoso periferico in ostetricia**
Finale Enrico , Fabrizio Olivero , Andrea Guala
- 53. Importanza e Training della Situation Awareness nella Formazione dei Professionisti Sanitari**
Frezza Daniele, Antoniutti Martina
- 54. Lavorare in Team in Sanità: quali vantaggi**
Frezza Daniele, Antoniutti Martina
- 55. Ruolo delle non technical skills in sanità**
Frezza Daniele, Antoniutti Martina
- 56. Una "Watchtower" per l'integrità del sistema sanitario: un indice per individuare e prevenire eventuali comportamenti non idonei all'interesse comune**
Galletti Giacomo, Sergi Alessandro, Ierardi Francesca, Bartolacci Simone, Vannucci Andrea
- 57. Il ruolo del farmacista nella prevenzione e gestione dello stravaso**
Gemma Lanzo, Togliardi Elena, Antonacci Giulia, Langella Roberto, Nurra Salvatore, Festinese Fabrizio, Saibene Gabriella
- 58. La certificazione ISO 9001 dei Distretti della ASLCN1**
Giachino Amistà Maria Teresa, Audino Patrizia, De Rosa Maria Grazia, Ferreri Enrico, Barbero Luigidomenico, Ghigo Gabriele, Gili Andrea, Pellegrino Angelo, Zammiello Giovanbattista

- 59. Gestione integrata della BPCO e creazione di un database strutturato per la verifica del percorso di cura e della adesione alle Linee Guida**
Giachino Amistà Maria Teresa, De Rosa Maria Grazia, Gili Andrea, Guerra Giuseppe, Fornara Silvia, Giorgis Giovanna, Chiozza Gloria
- 60. DIANAWEB: esempio di ricerca partecipata per il miglioramento della prognosi del tumore al seno attraverso internet.**
Gianfredi Vincenza, Villarini Milena, Lanari Chiara, Nucci Daniele, Moretti Massimo, Gargano Giuliana, Borgo Alessandra, Villarini Anna
- 61. Impiego di dispositivi per l'accesso venoso periferico in Radiologia. Valutazione "Introcan Safety® 3 (B Braun Melsungen AG)"**
Giorgetti Francesca, Montesi Lucio, Regnicoli Februa
- 62. Prevenzione delle condotte suicidarie e conoscenza infermieristica: studio osservazionale**
Girotti Susi, Perticari Camilla, Dignani Lucia, Toccaceli Andrea
- 63. Una nuova scheda integrata con il Pediatric Early Warning Score (PEWS) per la continuità assistenziale nell'emergenza pediatrica**
Giuntini Laura, Pasculli Marcello, Bianchi Monica, Montomoli Marcello, Monaco Roberto, Francesconi Luciano
- 64. Valutazione di un modello di Gestione Integrata (GI) dei pazienti (pz) diabetici di tipo II (DT2) in provincia di Reggio Emilia (RE) mediante specifici indicatori**
Greci Marina, Manicardi Valeria, Pignatti Fabio, Filippi Giordano, Gaiti Dario, Michelini Massimo, Pagliani Ugo Aldo, Sbordone Prisco, Ballottari Paola, Marchesi Cristina
- 65. Impatto dello Shared-Decision-Making (SDM) sulla durata della degenza ospedaliera e sulla spesa sanitaria**
Gualano Maria Rosaria, Passi Stefano, Minniti Davide, Bert Fabrizio, Cattel Francesco, Boraso Flavio, Siliquini Roberta
- 66. Studio sull'eterogeneità degli outcomes tra pazienti in ritmo sinusale vs. pazienti in fibrillazione atriale**
Guidotti Riccardo, Troiani Silvano, Traini Tiziana
- 67. L'empatia negli studenti del corso di laurea in infermieristica**
Hofman Anca Monica, Traini Tiziana, Troiani Silvano
- 68. Emofiltrazione per la rimozione extracorporea della CO2.**
Latini Caterina, Troiani Silvano, Bastiani Neide, Traini Tiziana
- 69. Gestione del rischio clinico in terapia intensiva neonatale: razionalizzazione del percorso di prescrizione, preparazione e conservazione della terapia farmacologica parenterale**
Lavarini Monica, Mariotti Chiara, Ficial Benjamin, Antonello Giuliana, De Felice Donatella, Di Blasio Splendor, Dosso Silvia, Sterzi Enrico, Tardivo Stefano, Maffei Elena
- 70. L'assistenza protesica e la ventiloterapia domiciliare: esempio di implementazione di monitoraggio delle prestazioni**

Maconi Mariacaterina

- 71. Evidence based Practice nella pervietà dei cateteri venosi periferici: revisione di letteratura**
Manca Francesca, Rubbi Ivan, Cremonini Valeria
- 72. Determinanti socio-demografici, clinici ed organizzativi dei ricoveri in “appoggio”.**
Marco Fusco, Paolo Piergentili, Silvia Gallo, Livio Dalla Barba, Alessandra Buja, Vincenzo Baldo
- 73. Buttonhole: la fistola arterovenosa in emodialisi**
Martoni Marzia, Troiani Silvano, Traini Tiziana, Narcisi Daniela, Fioravanti Giuseppe
- 74. La valutazione della qualità dell’assistenza infermieristica nell’azienda AUSL di Reggio Emilia, quali indicatori per quale valutazione?**
Mastrangelo Stefano, Fiori Sabrina, Riccò Roberta, De Falco Giovanna
- 75. Dalla prestazione alla presa in cura riabilitativa: fondamentali organizzativi e budget di salute in riabilitazione sanitaria territoriale**
Mastrapasqua Nunzia
- 76. L’ambulatorio mail di endocrinologia. nostra esperienza in una ASL di Torino**
Mazza Enrico, Gottero Cristina, Etzi Antonella
- 77. Integrazione multidisciplinare della figura ostetrica in una Rete di Patologia del Tratto Ano-Uro-Genitale femminile: autonomia e nuove prospettive**
Miletta Michela, Bogliatto Fabrizio
- 78. La riorganizzazione delle cure odontoiatriche in ASLTO3: un progetto di HB-HTA ad alta sostenibilità**
Minniti Davide, Passi Stefano, Angelone Lorenzo, Cattel Francesco, Siliquini Roberta, Boraso Flavio
- 79. “Appropriatezza dei percorsi assistenziali: valutazione del processo di cura dall’accettazione alla presa in carico, U.O. 1 Psicologia Clinica, area adulti, APSS di Trento”**
Montanaro Maria, Pertile Riccardo, Manzana Sara, Cesaro Anna
- 80. Percorso di miglioramento nella gestione del dolore in neuroriabilitazione**
Morreale Angela
- 81. Studio randomizzato per cluster con disegno stepped wedge per valutare i risultati dell’applicazione di un care bundle per la prevenzione delle cadute accidentali nei pazienti anziani ricoverati.**
Mosci Daniela, Chiari Paolo
- 82. Gestione in rete delle Sindromi Coronariche Acute Non ST Elevation. Applicazione di un protocollo di esecuzione in service dell’esame coronarografico nella provincia di Reggio Emilia**
Navazio Alessandro, Manari Antonio, Guiducci Vincenzo, Catellani Elisabetta, Reverzani Azio, Pantaleoni Massimo, Mazzi Giorgio, Marchesi Cristina, Nicolini Fausto, Messori Antonella
- 83. Rivalutazione dei sistemi di diagnostica radiologica disponibili in ASL TO3: l’approccio Dell’Health Technology Assessment**
Olivero Andrea, Gualano Maria Rosaria, Passi Stefano, Siliquini Roberta, Minniti Davide, Boraso Flavio

- 84. L'infermiere nell'Unità di Degenza Infermieristica presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia: un ruolo in cambiamento**
Orlandi Walter, Pioppo Manuela, Carnio Gabriella, Ruffini Fabrizio, Bernardini Ilaria, Castraberte Catia, Torroni Daniele
- 85. La famiglia al centro della cura. Un modello di supporto psico-sociale, globale e sostenibile, rivolto ai caregiver che assistono al domicilio un paziente bisognoso di cure palliative**
Pannuti Raffaella, Varani Silvia
- 86. Sviluppo e sperimentazione di una metodologia uniforme a livello aziendale per il "Morbidity & Mortality"**
Pauletto Paolo, Cadorin Laura, Buffon Maria Luisa, Buso Roberta, Scaldaferrì Luca, Valenti Pietro, Boccato Silvia, Battaglia Miriam, Oppes Lucia, Silotto Michela
- 87. Indicatori di processo e di esito nello screening ortottico prescolare della provincia di Trento**
Piffer Silvano, Bombarda Lucia, Trettel Cristina, Moretti Anna Maria
- 88. La gestione dei pazienti con glaucoma in provincia di Trento. Analisi sulla base dei dati correnti.**
Piffer Silvano, Polverino Andrea, Roni Riccardo, Romanelli Federica
- 89. Infezioni correlate all'assistenza, strumenti di prevenzione e valutazione presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia: audit clinico per l'antibiotico profilassi e studio annuale di prevalenza delle ICA**
Pioppo Manuela, De Lucia Marco, Bogni Donatella, Bernardini Ilaria, Stabile Marco, Casciarri Giovanna, Carnio Gabriella, Orlandi Walter
- 90. Il metodo della Consensus Conference per migliorare l'appropriatezza della profilassi con Palivizumab per la malattia da Virus Respiratorio Sinciziale**
Puggelli Francesco, Paolini Diana, Biermann Klaus, De Masi Salvatore, Sala Nino, Leo Maria Carmela, Pugi Alessandra, Pignotti Maria Serenella, Bellini Francesca
- 91. I dispositivi antidecubito prevengono le ulcere da pressione? Sinossi di revisioni sistematiche**
Re Luca, Lamonica Paolo, Lusignani Maura
- 92. Percorso assistenziale paziente con aneurisma/malformazione arterovenosa (o esiti) che deve sottoporsi ad angiografia cerebrale presso PS-OBI**
Regnicoli Februa, Bendelari Valentina, Di Ruscio Valentina, Joachim Sandra, De Nicola Maurizio, Giorgetti Francesca, Iorio Sofia, De Andreis Angelo, Montesi Lucio
- 93. Medicina Difensiva e contenziosi medico-legali: soluzioni e nuove tendenze**
Revelli Luca, Piras Silvia, Vargiu Giorgio, Damiani Gianfranco, Lombardi Celestino Pio, Bellantone Rocco
- 94. La disfagia nelle strutture residenziali: dalla valutazione e rilevazione dei bisogni formativi alla progettazione di istruzioni operative**
Reverberi Cristina, Vignali Maria Giulia, Losi Elisabetta, Rancati Jacopo Matteo
- 95. Necessità di associare il giudizio clinico alla classificazione NEWS per migliorare la stratificazione del rischio di deterioramento nei pazienti di Medicina Interna con sindrome coronarica acuta non**

complicata

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

- 96. Infezioni del tratto urinario associate a catetere: conoscenze ed adesione ai bundle di infermieri e studenti. Studio osservazionale cross-sectional.**
Rocchi Riccardo, Simonetti Elisabetta, Marchetti Mara
- 97. Le medicazioni avanzate: il governo clinico e organizzativo come strategia per contenere i costi ed evitare gli sprechi**
Rocco Maria Josè , Moscatelli Annalisa, Dondè Paola
- 98. Contenere i costi delle infezioni correlate all'assistenza nella zona Sud-Est dell'Azienda Sanitaria di Firenze**
Rosseti Rossella, Barchielli Chiara, Pacciani Cristina, Pelagani Elena, Nerozzi Elena, Nappini Mirella, D'angelo Alfonso, Mencucci Maristella, Adamo Cristian, Ciraolo Francesca
- 99. Progetto visual infections della stanza fuxia**
Rosseti Rossella, Barchielli Chiara, Pacciani Cristina, Pelagani Elena, Nerozzi Elena, Nappini Mirella, D'angelo Alfonso, Mencucci Maristella, Adamo Cristian, Ciraolo Francesca
- 100. Adozione del Day Service nella ASL Taranto: analisi dati anni 2011-2015**
Rossi Stefano, Bailardi Francesco, Arnese Alessia, Basile Nicola, D'elia Roberto, Viola Luigi , De Marco Giorgio
- 101. Analisi della gestione della terapia farmacologica e riduzione del rischio clinico con l'ausilio del sistema informatizzato Bustermed nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI)**
Sartori Anna, Tonolli Chiara, Miolo Giorgia, Marini Paola, Tardivo Stefano, Lavarini Monica, Manfrè Silvia, Maffei Elena
- 102. Uso ed Abuso di Benzodiazepine: Corsi ECM**
Signoretta Vincenzo, Bianconi Lina, Ragni Pietro, Finelli Chiara, Fantozzi Fulvio, Santamaria Vincenzo, Zanichelli Simona, Orlandini Danilo, Formentini Paolo
- 103. Livello di conoscenza degli studenti in Infermieristica sulla corretta gestione dei dispositivi vascolari periferici: studio trasversale**
Simonetti Valentina, Dania Comparcini, Davide Miniscalco, Elisa Floridi, Silvano Troiani, Giancarlo Cicolini
- 104. Qualità di vita dei pazienti portatori di stomia: studio osservazionale**
Simonetti Valentina, Comparcini Dania, Nardi Serena, Villa Paolo, Troiani Silvano, Brunetti Cristina, Cicolini Giuncarlo
- 105. Associazione tra variabili anamnestiche e induzione del travaglio ed espletamento del parto in gestanti a termine di gravidanza con Rottura Prematura delle Membrane**
Simonetti Valentina, Di Matteo Cinzia, Comparcini Dania, De Giorgio Sara, Cicolini Giancarlo
- 106. Proposta di un Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) di tipo divulgativo – educativo rivolto alla Popolazione per il riconoscimento precoce dei sintomi premonitori delle Malattie del Corpo Vitreo e della Retina.**

Stroili Manuela, Pastore Marco, Bigarella Patrizia, Tognetto Daniele

107. Audit sull'impatto della Malattia Diabetica nell'attività di ricovero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste e proposta di uno Strumento di formazione del Paziente diabetico per la prevenzione dell'aggravamento della malattia e dell'insorgenza delle complicanze più frequenti o gravi.

Stroili Manuela, Spangaro Franco, De Monte Ariella, Gandolfi Chiara

108. Utilizzo della Nursing Competence Scale (NCS) in ambito dialitico

Sturba Marzia Serafina, Troiani Silvano, Manocchi Katia, Traini Tiziana

109. Miglioramento delle pratiche di monitoraggio delle alterazioni metaboliche: applicazione della metodica dell'Audit Clinico

Tedeschini Enrico, Bergonzini Elisa, Bellei Elena, Farina Gaetano, Formicola Vitoantonio, Ferrara Maria, Starace Fabrizio

110. L'esposizione al rischio biologico correlata al tirocinio clinico

Traini Tiziana, Fanesi Giulia, Amadio Mariella, Troiani Silvano

111. La salute dei migranti

Traini Tiziana, Troiani Silvano, Warnakulasuriya M. Shanaka Minon F., Mielli Lucia

112. La gestione della disfagia post-ictus in stroke unit

Troiani Silvano, Traini Tiziana, Agostini Orlando

113. Ipotesi di un percorso formativo dello studente infermiere nel blocco operatorio

Troiani Silvano, Traini Tiziana, De Marzi Marzia, Floridi Elisa

114. Conciliare semplicità organizzativa ed igiene delle produzioni nella microimpresa alimentare: una survey in Piemonte

Vercellino Davide, D'Errico Valeria, Barzanti Paola, Nicolandi Luca, Caputo Marcello, Negro Mauro, Cravero Mauro, Corgiat Loia Gianfranco, Ru Giuseppe

115. Insegnare PubMed: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

Vidale Claudia, Dal Bò Ornella, Arnoldo Luca

116. Dice che era un bell'uomo e veniva, veniva dal mare... parlava un'altra lingua...: la gestione dell'assistenza sanitaria per i pazienti stranieri presso l'AO Ordine Mauriziano di Torino.

Vitale Arianna, Giacometti Marika, Cavalla Antonio, Martinetto Isabella Silvia, Arione Roberto, Falco Silvio

117. Il trattamento delle tachiaritmie sopraventricolari tramite ablazione transcateretere a radiofrequenza (TC-RF). Esperienza e risultati del Servizio di Elettrofisiologia del Dipartimento Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste.

Zecchin Massimo, Stroili Manuela, Bianco Elisabetta, Sinagra Gianfranco

9. Il rischio di cadute in età evolutiva: individuazione dello strumento di valutazione, approfondimento di una procedura di prevenzione e gestione dell'evento in pediatria

Albolino Sara¹, Biermann Klaus Peter², Cioni Marianna², Dagliana Giulia¹, Del Regno Simone², Festini Filippo³, Mondini Patrizia², Savelli Angela²

¹Gestione Rischio Clinico - Regione Toscana, ²Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, ³Università degli Studi di Firenze

BACKGROUND La prevenzione delle cadute è un elemento essenziale per la sicurezza delle cure al paziente. Nel paziente pediatrico la caduta è l'incidente più osservato (62,6%) con prevalenza nella fascia di età 1-3 anni (41,5%), verificandosi prevalentemente come caduta dal letto (29,7%) con esiti traumatici della testa e prognosi fino a 5 giorni (90,2%). Non esistono al momento attuale scale per la valutazione del rischio cadute validate per il contesto linguistico-culturale Italiano in pediatria.

OBIETTIVI • Elaborazione e implementazione di una pratica di sicurezza del paziente in età evolutiva • Validazione linguistico-culturale di una scala di valutazione del rischio

METODI Il gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare (GLAM) dell'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) Meyer ha deciso di adottare la Humpty Dumpty Fall Scale (HDFS) del Miami Children's Hospital, unica scala di valutazione del rischio validata negli USA. Il GLAM era composto da infermieri e operatori socio-sanitari di tutti i reparti di degenza, dal Clinical Risk Manager e dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda, nonché da rappresentanti del volontariato e delle associazioni degli utenti. Il GLAM ha elaborato, utilizzando il metodo FAIAU (Finding, Appraising, Integrating, Adapting, Upgrading), un protocollo aziendale finalizzato a fornire un piano per la prevenzione delle cadute attraverso un sistema di rilevazione del rischio individuale, una valutazione standardizzata della sicurezza di ambienti e presidi e una complessiva raccolta degli eventi accaduti secondo il sistema dell'Incident Reporting della Gestione del Rischio clinico della Regione Toscana (GRC). La fase DIE (Dissemination, Implementation, Evaluation) è stata svolta attraverso la pubblicazione del protocollo sulla Intranet aziendale, una formazione a cascata con la formazione in aula dei formatori on the job, la realizzazione di 48 meeting educazionali nei reparti e la valutazione dell'adesione alla buona pratica attraverso l'analisi di più di 600 cartelle cliniche in tre periodi diversi. In collaborazione con il GRC, la Struttura Semplice Ricerca Infermieristica dell'AOU Meyer e il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università Di Firenze è stato condotto uno studio che ha come obiettivo primario la creazione di una versione italiana della HDFS per mezzo della validazione linguistico-culturale; l'obiettivo secondario è la stima della sensibilità, specificità, PPV, NPV e curva ROC del nuovo strumento in italiano. Lo studio è stato sviluppato in 3 fasi, la fase 1 ha coinvolto vari team di traduzione, composto da 7 traduttori ed il Principal Investigator, la fase 2 un panel di 40 infermieri e 100 bambini ricoverati presso l'AOU Meyer (campione di convenienza), mentre la fase 3 vede coinvolto un numero minimo di 1500 bambini ricoverati al Meyer e nelle pediatrie di 2° livello del Sistema Sanitario della Regione Toscana.

RISULTATI A distanza di 18 mesi dall'introduzione del protocollo, la media aziendale all'adesione alla buona pratica è di 60% con un range da 44 a 100% (0% prima dell'introduzione). Lo studio ha fornito la versione italiana validata della HDFS, denominata HDFS-Ita. È stata dimostrata la comprensibilità, la validità, la concordanza degli intervaluatori e la consistenza interna della HDFS-Ita. I risultati dell'analisi della validità, effettuata con il Content Validity Index, sono compresi fra 1 e 0,8 per ICVI e 0,92 per SCVI. Per quando riguarda la concordanza, il K di Cohen è risultata pari a 0,965. l'Alfa di Cronbach è pari a 0.736, se vengono eliminati gli item con bassa consistenza interna. I calcoli relativi a sensibilità, specificità, valore predittivo negativo e positivo, LR+ ed LR- e Curva ROC della HDFS-ITA sono in fase di elaborazione.

LIMITI La presenza di alcuni item sembra influire negativamente sulla consistenza interna della scala in modo tale da rendere necessaria una modifica del cut-off rispetto all'originale americano per bilanciare la bassa specificità del test nel contesto sperimentato.

CONCLUSIONI L'introduzione nella pratica clinica di uno strumento specifico è stato accettato bene dagli operatori che lo utilizzano per la valutazione di un rischio di salute e l'attuazione di specifici protocolli di prevenzione. Lo studio fornisce uno strumento di valutazione del rischio validato per il contesto pediatrico e garantisce l'adesione e l'implementazione a livello regionale della specifica pratica per la sicurezza del paziente pediatrico.

Indirizzo per la corrispondenza

Biermann Klaus Peter, Infermiere
Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer - Direzione Infermieristica
Viale Gaetano Pieraccini, 24 - 50139 - Firenze
Email: k.biermann@meyer.it

10. La mucosite orale nel paziente oncologico: studio osservazionale prospettico presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

Antonacci Giulia, Cerati Maria Cristina, Pancheri Maria Luisa, Lanzo Gemma, Lo Russo Ilaria, Vailati Paolo, Festinese Fabrizio, Togliardi Elena, Langella Roberto, Saibene Gabriella

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

BACKGROUND La Mucosite Orale (MO) è la complicanza più comune della terapia antitumorale che impatta non solo sulla qualità di vita dei pazienti ma anche sull'efficacia del trattamento antitumorale che subisce spesso ritardi e riduzioni di dose con l'inevitabile compromissione della risposta terapeutica. Attualmente solo l'educazione del paziente ad una scrupolosa igiene orale, la crioterapia per i farmaci ad emivita breve e l'utilizzo di collutori specifici privi di alcool sono in grado di prevenirla o contrastarla. Negli ultimi anni, lo sviluppo di nuovi farmaci biologici ha portato all'aumento dei casi di MO con manifestazioni cliniche e sintomatologia differente di non facile gestione. Da qui è nata l'esigenza di una più ampia conoscenza del fenomeno attraverso un sistema di segnalazione dei casi di MO e dei trattamenti prescritti.

OBIETTIVI Rilevare le modalità di trattamento e i provvedimenti intrapresi nei pazienti con MO di grado moderato-grave (=G2) secondaria a terapie antitumorali, afferenti alle Unità Operative di degenza, Day-Hospital e ambulatori della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale tumori di Milano. Individuare i soggetti a rischio e le terapie che comportano MO severe da determinare l'interruzione e riduzione di dose.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale prospettico da febbraio a ottobre 2014 che ha coinvolto i soggetti con MO di grado = 2 (scala WHO) secondaria a terapie antitumorali per diversi tipi di tumori. Per la registrazione dei dati: grado di MO, dolore, stadio della patologia tumorale e terapia è stata utilizzata una scheda raccolta dati (case report form o CRF). Tutti i dati raccolti in CRF sono stati inseriti e analizzati in Excel®.

RISULTATI Sono stati valutati 150 soggetti di cui 70 uomini (46,67%) e 80 donne (53,33%). L'età mediana è stata di 56 anni (range 17-89 anni). Su 150 soggetti osservati 108 hanno presentato MO di grado G2 (72%), 36 di grado G3 (24%) e 6 di grado G4 (4%). Il dolore rappresenta il sintomo principale e si manifesta nella quasi totalità dei casi (92%) così distribuito: il 25,3% riferisce dolore lieve; il 32% dolore moderato e il 34,7% dolore severo. I dati hanno evidenziato un maggior numero di MO nei soggetti con NPL (neoplasia) alla mammella (25,33%) e al distretto testa collo (36%). Percentuali nettamente più basse di MO sono state osservate nei Linfomi, nelle NPL del tratto genitourinario e dell'apparato gastro-intestinale. Su 150 soggetti arruolati, il 14,67% ha dovuto ridurre o rinviare la dose di farmaco a causa della MO. Tra i trattamenti locali consigliati ai pazienti per la gestione della MO il prodotto prevalentemente utilizzato è il Bicarbonato di sodio, in soluzione al 4% o in polvere diluito in acqua, per l'igiene orale all'inizio del trattamento antitumorale. Tuttavia per alcuni pazienti il Bicarbonato non è sufficiente per contrastare la MO indotta da determinati farmaci e nel 63% dei casi è stata prescritta una formulazione galenica con Bicarbonato e Benzidamina prodotta dalla Farmacia della Fondazione. Il 31% dei pazienti hanno utilizzato altre soluzioni sconsigliate come Corsodyl®, Tantum verde® e Listerine®, per la presenza di alcool, e altri di dubbia efficacia quali ad esempio il Curasept® e gel ad azione protettiva (Bioextra®, Alovex®, Mucosyte®, Gengigel®).

LIMITI Per alcune NPL il dato sulla MO potrebbe essere sottostimato per un duplice motivo: la numerosità delle Unità Operative coinvolte e dal fatto che la MO si presenta 3-4 giorni dopo la terapia quando il paziente è a casa ed è quindi difficilmente valutabile se non in occasione di visite ambulatoriali non programmate tra un ciclo e l'altro.

CONCLUSIONI Lo studio osservazionale svolto presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori è servito a sensibilizzare tutto il personale sanitario a rilevare e segnalare i casi di MO e a verificare se i trattamenti utilizzati per contrastarla sono in linea con le indicazioni internazionali. La condivisione del progetto con le diverse Unità Operative e la realizzazione di un percorso metodologico comune ha favorito il riconoscimento del fenomeno e il monitoraggio continuo dei pazienti durante tutto il percorso di cura. La letteratura scientifica riporta numerosi articoli sulla mucosite e le terapie correlate a tale fenomeno. La conoscenza dei farmaci responsabili non è sufficiente è indispensabile individuare i soggetti a rischio e conoscere i protocolli terapeutici, che differiscono non solo per tipo di farmaco ma anche per dose e frequenza. Nel nostro centro la MO è stata osservata prevalentemente nei soggetti con NPL del distretto testa-collo e della mammella con determinati regimi terapeutici e rappresentano insieme oltre la metà del campione osservato. Pertanto le strategie future devono prevedere una valutazione del rischio prima ancora che la terapia venga avviata e supporto al paziente durante tutto il trattamento per il riconoscimento precoce dei primi sintomi e l'utilizzo di trattamenti di provata efficacia.

Indirizzo per la corrispondenza

Antonacci Giulia, Infermiere
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - S.C. Pediatria Oncologica
Via Giacomo Venezian, 1 - 20133 - Milano
Email: giulia.antonacci@istitutotumori.mi.it

11. Le associazioni fisse di analoghi nucleosidici-nucleotidici in terapia antiretrovirale: impiego virtuoso nel biennio 2014-2015, tra efficacia, tossicità, aderenza, gestione e costi

Appolloni Lucia, Manfredi Roberto, Pensalfine Giulia, Cantoro Lorena, Morotti Marta, Puggioli Cristina

Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

BACKGROUND I derivati nucleos(t)idici inibitori della trascrittasi inversa del virus HIV rappresentano da 30 anni il “backbone” delle terapie antiretrovirali. In cui la svolta più significativa è stata segnata dall'introduzione nel 1995 delle triplici terapie ad elevata attività (highly active antiretroviral therapy o HAART), composte inizialmente da due analoghi nucleos(t)idici e da un terzo farmaco appartenente ad altre classi. In particolare le associazioni fisse di analoghi nucleos(t)idici emtricitabina/tenofovir (E/T) e lamivudina/abacavir (L/A) hanno rappresentato e rappresentano tuttora le combinazioni di più largo impiego [Manfredi R, AIDS Patients Care STDs 2008;22:279-90].

OBIETTIVI La distribuzione diretta dei farmaci antiretrovirali ad opera della nostra Farmacia Ospedaliera permette di aggiornare prospetticamente il database di tutti i pazienti (p) trattati per infezione da HIV nel nostro Policlinico, di seguire eventuali cambi di terapie e le loro motivazioni, di monitorare eventuali eventi avversi e di seguire la spesa farmaceutica nel tempo.

METODI Dall'incrocio dei dati informatizzati di distribuzione diretta dei farmaci antiretrovirali con i dati clinico-terapeutici di oltre 1300 p HIV-positivi, è stato possibile seguire prospetticamente nel tempo i correlati relativi all'uso dei farmaci antiretrovirali di più largo impiego nel corso del biennio 2014-2015.

RISULTATI Focalizzando l'attenzione sui soli farmaci nucleos(t)idici in combinazione fissa, l'associazione E/T è stata prescritta a 543 p nel 2014 (40%), e a 507 p nel 2015 (37,6%). La combinazione fissa L/A è stata invece somministrata a 374 p nel 2014 (27,5%), e a 424 p nel 2015 (31,4%). La maggior parte dei p trattati con E/T sono naive, mentre prevalgono i p nelle linee terapeutiche successive tra coloro che hanno ricevuto L/A. Non si riscontrano differenze statisticamente significative per quanto concerne età, sesso e situazione dell'infezione da HIV, sulla base dei parametri virologici ed immunologici di comune rilievo (livelli di viremia plasmatica di HIV e conta dei T-linfociti CD4+), e dei parametri clinici (segni e sintomi HIV-correlati). Le motivazioni connesse alla progressiva riduzione d'uso della combinazione fissa E/T rispetto a L/A è riconducibile nella stragrande maggioranza dei casi alla prevenzione o al trattamento delle più comuni tossicità a lungo termine connesse all'uso di tenofovir: alterazioni del filtrato glomerulare e segni di danno tubulare per quanto riguarda il coinvolgimento renale, e comparsa di alterazioni dei marker del metabolismo e del rimaneggiamento osseo in senso osteopenico od osteoporotico, confermati dal dato strumentale di densitometria ossea (DEXA), sul versante della tossicità ossea. Il nostro atteggiamento prescrittivo ha determinato inoltre una contrazione dei costi complessivi associati all'uso di E/T negli anni 2014-2015, a cui ha fatto riscontro un incremento di prescrizione di L/A (associazione che risulta però del 15% meno costosa rispetto ad E/T).

LIMITI Il maggior limite del nostro studio è la provenienza della casistica da un singolo centro, che non permette di confrontare atteggiamenti prescrittivi di medici appartenenti a strutture diverse.

CONCLUSIONI I dati presentati mostrano come un'attenzione coordinata tra attività clinica e Farmacia Ospedaliera possa garantire elevati livelli di efficacia viro-immunologica della HAART a lungo termine, minimizzare e prevenire gli eventi avversi farmaco-relati attesi dall'impiego di alcune combinazioni fisse di farmaci nucleo(t)idici, ed ottimizzare nel contempo la gestione delle risorse disponibili. I due backbone nucleos(t)idici non differiscono tra loro per quanto riguarda l'efficacia viro-immunologica e la compliance dei p, in quanto ambedue sono costituiti da una singola compressa a monosomministrazione giornaliera. La nota tossicità a lungo termine della combinazione E/T a livello renale ed osseo, anche sulla base del progressivo invecchiamento della popolazione HIV-positiva e della continua azione pro-infiammatoria esercitata dal virus stesso e da patologie concomitanti (es. infezione da HCV e comorbidità dismetaboliche), ha portato ad una modifica dell'atteggiamento prescrittivo in senso proattivo volto alla diminuzione del danno renale ed osseo, e permettendo allo stesso tempo un notevole contenimento della spesa. In uno scenario in continua evoluzione, che sarà segnato dall'introduzione di nuovi antiretrovirali di diverse classi, di nuove combinazioni fisse tra derivati nucleos(t)idici ed altri antiretrovirali, e dalla generizzazione di alcuni farmaci nucleos(t)idici, la collaborazione tra clinico e Farmacia Ospedaliera sarà uno strumento che permetterà di raggiungere l'obiettivo di trattare i pazienti con il migliore regime antiretrovirale senza trascurare la sostenibilità economica.

Indirizzo per la corrispondenza

Manfredi Roberto, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi - U.O. Malattie Infettive
Via Albertoni, 15 - 40138 - Bologna
Email: roberto.manfredi@unibo.it

12. OncoCert - database per la Certificazione Oncologica in Alto Adige

Armanaschi Luca, Schnapper Gabriele, Kaser Haimo, Cavallucci Magda, Sangermano Katia, Obexer Alexandra, Moskwita Andrea

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

BACKGROUND La diagnosi di una malattia tumorale viene vissuta come una minaccia esistenziale per le persone colpite. Con la delibera di Giunta Provinciale n. 131/2013 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha avviato il progetto di certificazione per la chirurgia oncologica, che prevede la creazione di reti cliniche per assicurare elevati standard di qualità nella cura di pazienti oncologici. In Alto Adige i morti per cancro sono circa 1400 all'anno. La conformazione geografica della Provincia Autonoma di Bolzano (territorio di montagna, tempi di percorrenza lunghi) ha reso necessario l'implementazione di nuove strategie organizzative, per permettere ai medici dislocati nelle varie strutture ospedaliere di discutere i casi clinici senza doversi spostare dal proprio luogo di lavoro.

OBIETTIVI La creazione di una rete oncologica aziendale tra i diversi ospedali provinciali è stata sviluppata anche attraverso l'introduzione di incontri settimanali tra i diversi professionisti in modalità di videoconferenza (tumorboard aziendali), specifici per patologia e supportati da un software web-based. Il collegamento in videoconferenza è presente in ogni ospedale. Ciò permette una discussione multidisciplinare di ciascun caso clinico tra tutti gli operatori coinvolti direttamente nelle loro sedi di lavoro.

METODI A supporto dei tumorboard aziendali è stato creato un software web-based aziendale interamente bilingue italiano/tedesco (OncoCert) dedicato alle patologie oncologiche oggetto di certificazione. In esso confluiscono tutti i dati del paziente, dalla diagnosi alla terapia, l'esito del tumorboard e il follow up ed è accessibile a tutti i professionisti coinvolti. Il software è composto dai seguenti moduli: dati anagrafici, anamnesi, diagnostica, istologia, tumorboard, terapia, follow up. Per la sua realizzazione sono stati attivati dei gruppi di lavoro composti da almeno un chirurgo, un oncologo, un patologo, un radioterapista, un radiologo e da altri professionisti specifici per singola patologia. Durante i diversi incontri sono stati definiti tutti i dati da raccogliere, tra cui anche gli indicatori necessari per ottenere la certificazione di qualità ISO e la certificazione clinica. Dopo la realizzazione del prototipo sono stati eseguiti cicli di feedback ripetuti, prima di implementare il software in modo definitivo. Nel 2014 è stata introdotta la firma digitale sia in forma singola che multipla. Tramite l'utilizzo di un PIN personale il moderatore del tumorboard firma elettronicamente, nell'apposito modulo, l'esito di ciascun caso dopo la sua discussione. Questo permette, successivamente alla conclusione del tumorboard, la firma digitale contemporanea di tutti i casi da parte degli altri partecipanti.

RISULTATI Ad oggi il software è operativo con firma digitale per i tumori del tratto gastrointestinale e ORL, mentre è operativo, ma ancora senza firma digitale per i tumori della mammella, del pancreas e del fegato. È in corso lo sviluppo del software per i tumori urologici. Nel 2016 è previsto l'integrazione informatica del software web-based con i dati di laboratorio, radiologia e anatomia patologica. È prevista inoltre l'introduzione della figura del data manager, con il compito di inserimento, controllo ed elaborazione dei dati, lasciando ai clinici il controllo della completezza dei dati inseriti e la presentazione dei risultati.

LIMITI Trattandosi di un dossier sanitario, la visualizzazione dei dati presenti nel software da parte di strutture esterne all'azienda è limitata per motivi di privacy. È necessario quindi un consenso specifico da chiedere da volta in volta al paziente. In assenza di un data manager, l'inserimento dei dati viene chiesto ai vari professionisti medici, gravandoli di un'ulteriore carico di lavoro burocratico.

CONCLUSIONI Con l'avvio di questo progetto è avvenuto anche un cambiamento culturale tra i professionisti. È stato introdotto un confronto costante, con cadenza settimanale, tra professionisti, nonostante alcune resistenze. Per il software "OncoCert" sono ancora previsti due passi ambiziosi: il riconoscimento come "medical device" (CE), e lo scambio di informazioni e dati per la cura di pazienti oncologici con altri paesi, quali l'Austria (ELGA), la Germania (Efa) e la Svizzera (Evita), importanti per una provincia di confine come la nostra.

Indirizzo per la corrispondenza

Kaser Haimo, Personale amministrativo
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige - Direzione Sanitaria
Via Cassa di Risparmio, 4 - 39100 - Bolzano
Email: haimo.kaser@sabes.it

13. La diagnostica di laboratorio dell'Heparin-Induced-Thrombocytopenia (HIT): un Audit Report

Baldrati Luca, Vascotto Lucia, Dorizzi Romolo

DAMetLab, Laboratorio Unico della Romagna

BACKGROUND La trombocitopenia indotta da eparina (HIT) insorge in pazienti trattati con eparina non frazionata o a basso peso molecolare. E' causata da anticorpi IgG diretti contro il complesso PF4 e polianioni, come l'eparina. L'attivazione piastrinica e la formazione di trombina favoriscono il tromboembolismo venoso e/o arterioso con percentuale elevata di lesioni severe come mortalità e amputazioni. L'incidenza nei pazienti a maggior rischio, chirurgia ortopedica e cardiocirurgia, arriva al 5%. Il percorso diagnostico appropriato prevede che il Clinico, a fronte di una piastrinopenia insorta in pazienti a rischio, valuti attentamente la probabilità pre-test di malattia mediante l'utilizzo dello Score Clinico 4T (1st T: trombocitopenia, 2nd T: time of thrombocytopenia, 3rd T: thrombosis, 4th T: exclusion of other causes of thrombocytopenia). L'accuratezza diagnostica (sensibilità e specificità, VPP e VPN, LR+ e Ir-) dell'esame Anticorpi IgG anti PF4, quando richiesto appropriatamente, cioè in tempi " clinicamente utili", consente di confermare il sospetto diagnostico di HIT e modificare la terapia. Nel 2014, dopo 4 anni dall'introduzione della diagnostica di Laboratorio dell'HIT in Area vasta Romagna si è avviata, su proposta dei clinici a seguito di alcune criticità, un'azione di miglioramento gestita con lo strumento dell'Audit Clinico.

OBIETTIVI Valutare l'efficacia dell'Audit Clinico come strumento di Governo Clinico in Medicina di Laboratorio di un esame a bassa numerosità ma di elevato valore informativo, se inserito in un percorso Clinico Assistenziale appropriato.

METODI Nel 2014 i laboratoristi e i clinici di Area Vasta Romagna hanno costituito un gruppo di lavoro che, dopo una prima riunione preliminare hanno dato vita per e-mail, dato l'alto numero di partecipanti, a un intenso confronto che ha portato a: • condivisione di raccomandazioni EBLM (Medicina di Laboratorio basate sulle prove di efficacia) • individuazione di indicatori "forti e misurabili" di processo (conta piastrine "basale", invio del Modulo Score-Clinico di probabilità clinica) e di appropriatezza (esami eseguiti se score a medio-alto rischio di HIT) • analisi retrospettiva dei dati di attività 2010-2014, secondo gli indicatori individuati, che ne ha evidenziato le criticità • revisione del Modulo di Score Clinico e definizione delle modalità operative: richieste accompagnate dal Modulo ed esecuzione del Test rapido nei Laboratori a Risposta Rapida dei Presidi Ospedalieri dell'AVR solo in pazienti a rischio medio-alto • verifica dei dati del periodo Settembre 2014-Giugno 2015, sempre secondo gli indicatori precedentemente individuati, dopo l'attuazione del nuovo percorso Clinico Assistenziale.

RISULTATI Confrontati i dati del periodo 2010-2014 con il periodo Settembre 2014-Giugno 2015, i campioni accompagnati dal Modulo sono passati dal 67% (77/116) al 77% (26/34). I Moduli con score basso da 21 su 77 (27%) a 2 su 26 (8%) ed i Moduli con score medio-alto da 56 su 77 (73%) a 24 su 26 (92%) di cui 5 risultati positivi.

LIMITI I dati di un esame a bassa numerosità (solo 34 richieste in 9 mesi) potrebbero essere ancora più significativi per la valutazione dell'efficienza di un percorso Clinico Assistenziale se associati ad altri dati di attività come numero dei pazienti (e relativa spesa) sottoposti a profilassi eparinica e numero di pazienti ad alto rischio di HIT.

CONCLUSIONI La condivisione con i clinici e l'applicazione di raccomandazioni EBLM ha consentito un miglioramento del percorso diagnostico dell'HIT. La disponibilità e la promozione del Modulo 4T ha migliorato l'appropriatezza prescrittiva: per un solo paziente a basso rischio è stato richiesto due volte l'esame che non è stato eseguito. Rispetto ai dati epidemiologici della letteratura il numero degli esami eseguiti è basso (solo 34 pazienti in 9 mesi). Le richieste provenienti dai quattro principali ambiti aziendali (Rimini, Ravenna, Forlì e Cesena) sono risultate disomogenee anche in pazienti a rischio elevato (solo 3 richieste in 9 mesi dalle UO di Ortopedia/Traumatologia), suggerendo che l'HIT non è adeguatamente conosciuta e sospettata dai clinici "underdiagnosis"? Il Laboratorio unico della Romagna (bacino di utenza di più di 1 milione di abitanti) possiede una banca dati che permette di raccogliere una casistica significativa anche per esami a bassa numerosità e consente, d'intesa con i Clinici, importanti verifiche della diagnostica di laboratorio. Un Audit Report è stato inviato ai clinici coinvolti ("feedback").

Indirizzo per la corrispondenza

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

14. Acido folico: esame di laboratorio o supplementazione?

Baldrati Luca, Vascotto Lucia, Dorizzi Romolo M.dorizzi

DAMetLab, Laboratorio Unico della Romagna

BACKGROUND L'acido folico è una vitamina B (9) essenziale per il globulo rosso presente in natura principalmente nelle verdure a foglia verde, nei cereali e fagioli. La carenza causa anemia megaloblastica ed è associata ad aumento del rischio di difetti neonatali del tubo neurale che in studi osservazionali sono stati diminuiti con supplementazione di acido folico prima e durante la gravidanza. Nel 1998 il Food and Nutrition Board ha raccomandato una nuova RDA (Assunzione raccomandata di nutrienti) per l'acido folico e l'FDA ha raccomandato l'integrazione con acido folico di alimenti come cereali, farine e prodotti da forno. La fortificazione è risultata efficace e la prevalenza di carenza di folati (valutata misurando la concentrazione nel siero) è scesa nelle donne in età fertile dal 20,6% nel 1988-1994 al 0,8% nel 2005-2006 e l'incidenza di difetti del tubo neurale si è ridotta dal 1995 al 2006 da 10,8 a 6,9 per 10.000 gravidanze. La concentrazione di acido folico misurata dai Laboratori della Mayo Clinic nel periodo 2008-2010 ha dimostrato una carenza di acido folico nello 0,5% dei 24177 esami eseguiti. Studi più recenti hanno confermato che la carenza di folati è diventata molto rara in paesi con fortificazione obbligatoria come Canada e Australia. L'Ontario Health Technology Advisory Committee ha concluso nel Giugno 2013, che la determinazione dell'acido folico non è raccomandata nella popolazione generale ed è raccomandato a casi selezionati di anemia megaloblastica in soggetti con sospetto clinico di malassorbimento da patologie gastrointestinali o malnutrizione da qualsiasi causa.

OBIETTIVI La fortificazione in Italia è raccomandata ma non "mandatoria". Scopo dello studio è: -valutare l'incidenza della carenza di folati in Romagna (circa 1.000.000 di abitanti) e quali raccomandazioni "evidence based" adottare per una richiesta appropriata della determinazione -valutarne l'utilità clinica, in termini di "value", rispetto ad una strategia di fortificazione e supplementazione, considerato che si tratta di un esame a elevato costo (10 euro secondo il Nomenclatore Tariffario) e molto richiesto.

METODI Sono stati raccolti dal LIS del Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna (DnLab, Noemalife, Bologna) i risultati della determinazione dell'Acido Folico sierico inferiori a 8,6 nmoli/L (limite inferiore di riferimento) relativi agli anni 2012, 2013, 2014 e 2015 (primi 9 mesi).

RISULTATI Nel 2012 sono stati eseguiti 18084 esami [1984 (11,6%) inferiori a 8,6 nmoli/L], nel 2013 18044 [3000 (10,7%) inferiori a 8,6 nmoli/L], nel 2014 31308 [2604 (8,3%) inferiori a 8,6 nmoli/L] e nel 2015 24582 [2034 (8,3%) risultati inferiori a 8,6 nmoli/L]. Dei 24582 esami eseguiti nel 2015 9139 sono stati eseguiti in maschi e 15443 in femmine; l'85,1% di queste con più di 40 anni e solo il 13% in età fertile (15-40 anni) con una incidenza di carenza fra queste ultime del 6,1 %.

LIMITI Non è disponibile una stima del costo di un'eventuale fortificazione alimentare regolamentata. Non conosciamo la spesa della supplementazione con preparati vitaminici.

CONCLUSIONI La carenza di acido folico nella popolazione generale è diminuita dall'11,6% del 2012 al 8,3% del 2015. A differenza dei paesi dove la fortificazione alimentare è stata regolamentata, in Romagna la carenza di acido folico, anche se diminuita, rimane significativa. Questo fenomeno è riconducibile a soggetti che sviluppano una carenza per ridotto apporto alimentare o per mancata supplementazione in condizioni di aumentato fabbisogno (ad esempio gravidanza o malassorbimento da patologie gastrointestinali o malnutrizione), che possono essere rivelate o, almeno sospettate, dall'anamnesi. L'esame rimane di provata efficacia per confermare la diagnosi di anemia da carenza di folati in caso di riscontro di anemia megaloblastica e in assenza di carenza di Vitamina B12; mentre negli altri casi è possibile ricorrere alla supplementazione anche senza conoscere la concentrazione dell'acido folico sierico. Nel 2014 in Romagna sono stati eseguiti 31380 determinazioni pari a un costo, secondo Nomenclatore Tariffario, di 313800 Euro. La riduzione degli esami e una strategia di fortificazione alimentare potrebbero portare ad un risparmio di risorse aumentando il "value" di un esame di laboratorio inserito spesso nel pannello di esami di "screening" o "controllo" in soggetti non a rischio di malattia.

Indirizzo per la corrispondenza

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

15. Indagine multicentrica sull'analisi del benessere organizzativo nell'ULSS 5 "Ovest Vicentino"

Barbiero Michela, Acqua Alberto, Manea Maria Giuditta, Lovato Alessandra, Peruzzo Paola, Storti Matteo

ULSS n. 5 Ovest Vicentino

BACKGROUND Studiare un contesto organizzativo richiede l'assunzione di differenti punti di vista. Negli ultimi anni gli studi organizzativi hanno fatto emergere la natura molteplice dei propri contesti di lavoro, contribuendo alla nascita di un vero e proprio settore di studio definito workplace studies. Questo tipo di contributi ha permesso di valutare i singoli setting di lavoro, di osservarne da vicino la consistenza in termini di job description ed in termini di processi situati. In particolare gli studi sui luoghi di lavoro ad caratterizzati da funzioni pluri-specialistiche ad alta complessità, come le aziende sanitarie, hanno messo in evidenza che c'è una gamma molteplice di azioni che si compiono nelle organizzazioni stesse. Al loro interno si erogano prestazioni di alta tecnologia e servizi rivolti al cittadino ma non sempre vi è un'attenta consapevolezza del benessere dei propri lavoratori.

OBIETTIVI L'obiettivo principale di questa indagine è stato quello di valutare il benessere organizzativo di un'azienda ULSS nel nord est d'Italia. L'obiettivo secondario è stato quello di proporre degli interventi finalizzati al continuo miglioramento delle condizioni lavorative dei propri lavoratori.

METODI Il presente è uno studio trasversale multicentrico condotto tra maggio e luglio 2015. Per la conduzione della ricerca sono stati effettuati degli incontri con il personale al fine di supportare l'adesione a tale studio. È stato somministrato un questionario self-report già validato dalla letteratura e raccomandato per fornire elementi di azioni di miglioramento del contesto lavorativo. Sono stati inclusi tutti i lavoratori dell'ULSS 5 "Ovest Vicentino" per un totale di 2213 persone. La compilazione del questionario veniva svolta in forma anonima e per via telematica. I dati sono stati elaborati inizialmente dal servizio informatico e successivamente da un gruppo di lavoro multidisciplinare. L'elaborazione statistica è stata effettuata con Microsoft Office Excel 2003.

RISULTATI Sono stati raccolti 1227 questionari (55,5%) dell'intero campione. Il 77% sono femmine ed il 41% con un'età anagrafica compresa tra i 41-50anni. La categoria più rappresentativa è la fascia D-DS. Dall'elaborazione dei dati risulta che in tutte le strutture e per tutti i livelli, ai primi posti come elementi essenziali per il benessere organizzativo vi siano la valorizzazione del personale, l'assegnazione delle risorse, la chiarezza delle informazioni e la formazione. Tra i fattori che meno contribuiscono al benessere organizzativo si collocano la flessibilità dell'orario di lavoro, la confortevolezza e la sicurezza degli ambienti di lavoro.

LIMITI Per quanto l'indagine abbia utilizzato un questionario validato e rispondente ai criteri ministeriali, la valutazione del benessere organizzativo rimane altamente legata alla percezione soggettiva di ogni persona (tipo qualitativo). La valutazione soggettiva andrebbe integrata con dati oggettivi (triangolazione) ottenibili dalla GRS su malattie, infortuni, domanda di trasferimento, assenteismo, segnalazioni da parte dell'URP ecc. Un'azione migliorativa potrebbe essere: l'adozione di focus group per reparti o categorie di lavoratori ed intervista in profondità a persone chiave.

CONCLUSIONI L'azione migliorativa dovrebbe articolarsi su tre livelli: sulla cultura organizzativa e sul management, a livello di gruppo (reparto, servizio o categoria di lavoratori) e a livello del singolo attraverso la formazione, la costituzione di gruppi di supporto e di autoformazione (es. Debriefing e Gruppi Balint) e la creazione dello sportello di ascolto.

Indirizzo per la corrispondenza

Storti Matteo, Infermiere
Azienda ULSS 5 Ovest Vicentino - U.O.S. Formazione
Via Trento, 4 - 36071 - Arzignano
Email: p.storti@libero.it

16. Cambiare davvero! Analisi e riorganizzazione di un reparto di Terapia Intensiva Neonatale in funzione del miglioramento della sicurezza e dell'efficacia.

Beltramello Claudio¹, Bellettato Massimo², Carlini Virginia², Vedovato Stefania², Gasparin Barbara²

¹Libero professionista, ²Ospedale di Vicenza

BACKGROUND Le Terapie Intensive sono le U.O. di maggior rischio per i pazienti insieme alle Sale Operatorie. Le Terapie Intensive Neonatali (T.I.N.) presentano delle ulteriori complessità per il rischio dei pazienti. La T.I.N. dell'Ospedale di Vicenza (III livello) ha voluto affrontare un processo di revisione dei propri processi clinici ed organizzativi per garantire il massimo di sicurezza ai propri pazienti nonché per migliorare ulteriormente l'efficacia. L'implementation science dimostra che le ricadute dei corsi di formazione "classici" in aula sono molto poco significative in funzione del cambiamento. Per tale motivo si è deciso di attuare un intervento innovativo per una modifica reale di processi e comportamenti. La T.I.N. di Vicenza ha 15 P.L. con 10 medici e 18 infermieri.

OBIETTIVI 1) Migliorare la sicurezza e l'efficacia in T.I.N. attraverso un'analisi e modifica dei processi clinici e organizzativi. 2) Sperimentare una nuova modalità di intervento di consulenza/formazione che facilitasse un reale cambiamento dei processi clinici ed organizzativi in funzione delle criticità evidenziate.

METODI 1. È stato sviluppato insieme ad un facilitatore esperto di Clinical Governance un framework di analisi che include i seguenti ambiti: A) Prerequisiti per la sicurezza (percezione del rischio; cartella clinica; comunicazione; riunioni; propensione al cambiamento; coinvolgimento dei genitori; tecnologie; spazi e logistica; formazione e nuovi inserimenti; protocolli e procedure; organizzazione del lavoro). B) Ambiti di maggiore rischio (infezioni; identificazione di paziente e procedura; gestione della terapia; alimentazione enterale; gestione esami; marsupio terapia; procedure pericolose quali cateterismi centrali, pericardiocentesi, drenaggio pneumotorace, fibroscopie, ecc.; gestione emergenze). C) Strumenti specifici di clinical risk management (uso di checklist; analisi reattiva e incident reporting; analisi proattiva; consensi informati; appropriatezza clinica). D) Processi clinici a cavallo con altre U.O. (interventi chirurgici; emergenze in sala parto). 2. Il facilitatore ha speso 4 intere giornate seguendo il lavoro di medici e infermieri in tutte le fasi (giro visite, terapie, gestione emergenze, passaggi di consegne, gestione delle apparecchiature, ecc.) 3. In gruppi di lavoro medico-infermieristici (tre turni che hanno coinvolto tutti i professionisti dell'U.O. per due giornate) guidati dal facilitatore sono state analizzate le criticità e sono state condivise soluzioni seguendo l'ordine logico del framework proposto. 4 Il facilitatore ha elaborato un documento di sintesi di tutte le criticità e le proposte di soluzione emerse dai gruppi di lavoro. 5 Il facilitatore è tornato nell'U.O. per qualche giornata in modo da favorire l'inizio dei cambiamenti in funzione di quanto condiviso.

RISULTATI La nuova modalità di formazione è stata valutata come eccellente dall'equipe della T.I.N. e del tutto integrata e coerente con i problemi reali e quotidiani. L'elevato senso di ownership delle proposte di miglioramento condivise ha consentito una drastica riduzione della resistenza al cambiamento che normalmente accompagna ogni tentativo di migliorare i processi in Sanità. Ciascuno dei più di 50 ambiti di miglioramento identificati è stato specificamente assegnato ad un medico e/o ad un infermiere che è divenuto quindi il facilitatore per quello specifico aspetto. Tale "responsabilizzazione allargata" ha consentito un'ulteriore riduzione dei tempi di cambiamento. Il processo di analisi e cambiamento ha reso necessaria una misurazione sistematica dei processi e degli esiti, elevando il livello di consapevolezza clinica ed organizzativa dell'equipe. Ad un anno di distanza, circa il 70% delle modifiche proposte sono entrate nella routine di lavoro ed il processo di miglioramento è ancora in corso.

LIMITI Replicabilità: Direttore, Coordinatore, Servizio per la Formazione e Alta Direzione devono avere una apertura mentale che non è sempre frequente. Paradosso del "già migliore": riescono ad affrontare un processo di questo tipo quelle U.O. che già si collocano nella fascia più elevata di qualità, dove la comunicazione già funziona bene e non c'è una struttura gerarchica ingessata. Tempo: il facilitatore deve dedicare molte ore ad un'unica U.O. Misurazione: manca una specifica misurazione di alcuni indicatori ante e post.

CONCLUSIONI Tele approccio di facilitazione che prevede di "entrare letteralmente" nei processi dell'U.O. e condividere con tutti i professionisti gli ambiti di miglioramento è vincente in funzione di un cambiamento reale e duraturo per la sicurezza dei pazienti e l'efficacia degli interventi clinici.

Indirizzo per la corrispondenza

Beltramello Claudio, Medico Chirurgo
Libero Professionista
Email: claudio@clappy.it

17. Introduzione del modello “Stepped care” per il trattamento dei Disturbi d'Ansia

Bergonzini Elisa, Bellei Elena, Farina Gaetano, Formicola Vitantonio, Giovini Matteo, Rebecchi Daniela, Scaglietti Lorenzo, Tedeschini Enrico, Starace Fabrizio

Azienda USL Modena

BACKGROUND I disturbi d'ansia sono molto comuni e la loro prevalenza globale nei paesi occidentali è stimata intorno al 10.4% (7.0-15.5%); insieme ai disturbi depressivi, impegnano una quota rilevante di risorse dei servizi sanitari che devono essere adeguatamente razionalizzate. Per tale ragione è importante l'introduzione di interventi psicologici che siano, al contempo, efficaci e cost-effective. Il modello Stepped care per il trattamento dell'ansia, ampiamente diffuso nei servizi psicologici nord europei, consiste in un percorso di intervento validato che prevede, in linea con il principio LIFT (Less Intensive First Treatment), l'offerta di un intervento poco invasivo (consulenziale-educativo) nella aspettativa che il paziente migliori la propria condizione mentre è sottoposto ad un trattamento a bassa intensità. Solo se necessario per il perdurare dei sintomi viene offerto un trattamento più oneroso, sia per i pazienti che per i servizi. Il modello Stepped care si pone in alternativa ad interventi immediati altamente specialistici; prevede 4 steps successivi. Step 1: Counselling individuale; Step 2: Psicoterapia di gruppo; Step 3: Psicoterapia individuale breve; Step 4: Psicoterapia individuale protratta. È un trattamento “auto-correttivo” in quanto i risultati e le decisioni sono monitorati sistematicamente attraverso la somministrazione di specifiche scale di misura di esito. Il modello Stepped care razionalizza l'erogazione dei servizi, fornisce al maggior numero di persone un primo intervento “time and cost saving”, ottimizza le risorse investite e offre trattamenti ad alta intensità solo a pazienti che realmente li necessitano. È stato applicato presso il Servizio di Psicologia Clinica del DSM-DP dell'Azienda USL di Modena.

OBIETTIVI Obiettivo dello studio è la valutazione della appropriatezza e dell'efficacia del modello Stepped care per il trattamento dei disturbi d'ansia, e il confronto dei dati con il trattamento psicologico usuale.

METODI Il progetto di introduzione della Stepped care è iniziato con la presentazione del modello ai MMG, agli psichiatri del CSM e ai medici del Sert da parte del Responsabile di struttura complessa del Settore e del Responsabile della Psicologia Clinica aziendale. Successivamente, sono stati organizzati eventi formativi per gli psicologi strutturati e per i loro specializzandi, comprensivi di sistematica supervisione di alta qualità dei casi, obbligatori per tutti coloro che applicano il modello (Linea Guida NICE CG113). Il prodotto stepped care è stato inserito nel sistema informativo aziendale della Psicologia Clinica per il costante monitoraggio dei dati di accesso ed esito del trattamento. La corretta applicazione del modello in tutte le sue fasi è stata monitorata dal gruppo di Governo Clinico Dipartimentale.

RISULTATI Dal 2014 sono stati inviati dai MMG e psichiatri del CSM 77 pazienti, con diagnosi Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) o Disturbo da Attacchi di Panico (DAP), che hanno effettuato un trattamento Stepped care. Ad oggi, 32 pazienti hanno concluso il primo step: 27 con esito favorevole e 5 inviati al secondo step, trattamento di gruppo per l'agorafobia. Il numero medio complessivo di colloqui psicologici è 3,60. I pazienti, con le medesime diagnosi, che hanno svolto trattamenti usuali sono stati 109, di cui 63 sono stati dimessi con remissione dei sintomi, dopo aver effettuato mediamente 13,17 colloqui psicologici. Al confronto con il trattamento usuale, la Stepped care permette: 1. maggior efficacia dell'intervento (84% vs 58%); 2. riduzione significativa del numero di interventi per ogni paziente (3,60 vs 13,17).

LIMITI Un ostacolo alla diffusione del modello Stepped care è la non omogenea conoscenza del modello fra i MMG e psichiatri dei CSM territoriali che limita l'invio dei pazienti e il loro accesso al servizio.

CONCLUSIONI Il modello Stepped care per il trattamento dei disturbi d'ansia costituisce un esempio di come si possano conciliare, anche nell'ambito della salute mentale, trattamenti validati, efficaci e cost-effective. Il modello è appropriato in quanto agevola l'invio di pazienti con sintomatologia specifica al trattamento indicato dalla linea guida, è efficace e riduce il rischio di overtreatment dei pazienti che necessitano interventi meno intensivi.

Indirizzo per la corrispondenza

Bergonzini Elisa, Psicologo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Policlinico - Dipartimento Salute Mentale
Via del Pozzo, 71 - 41124 - Modena
Email: e.bergonzini@ausl.mo.it

18. Il dossier sanitario: un modello per l'integrazione ospedale-territorio

Bianchi Margherita, Gagliardi Anna, Bonacci Davide, Viscardi Michela, Balzarini Maria

ASL Verbano Cusio Ossola

BACKGROUND Il PSSR 2007-10 della Regione Piemonte nel Programma SIRSE (Sistema Integrato Regionale di Sanità Elettronica) prevedeva la semplificazione dell'accesso per i cittadini alle prestazioni sanitarie e alla relativa documentazione, l'integrazione delle attività ospedaliere e dei servizi sul territorio (continuità assistenziale, PDTA integrati sanitari e socio-sanitari), in un ambito di garanzia della sicurezza e dell'affidabilità complessiva del sistema. Concetto poi rafforzato dalla Regione con i Programmi Operativi del 2013-15 nei quali, in riferimento al D. Lgs. N. 179/12, si chiedeva la costituzione del Dossier e del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico). Sulla base di queste premesse è iniziato il processo di informatizzazione dei PDTA dell'ASL VCO utilizzando quale progetto pilota il PDTA Frattura di Femore nel Paziente Anziano già presente e monitorato.

OBIETTIVI Obiettivo generale del progetto è l'informatizzazione dei PDTA aziendali individuando le modalità di inserimento all'interno della cartella clinica elettronica degli indicatori di processo e consentendo quindi la costituzione del Dossier Sanitario del paziente nonché del FSE. Gli obiettivi aziendali specifici sono: 1. L'inserimento delle informazioni nella cartella clinica elettronica contestualmente al verificarsi delle azioni (es. trattamento del dolore, trasfusione di emocomponenti, redazione del registro operatorio) 2. Il miglioramento della qualità del dato clinico (leggibilità, riproducibilità, rintracciabilità) 3. L'estrapolazione di statistiche sulla base di Query predefinite 4. La standardizzazione del processo di raccolta dati (report periodici) 5. L'elaborazione di dati con l'uso di rappresentazioni grafiche e tabelle Pivot per una rapida ed efficace comparazione degli indicatori di performance 6. La rilevazione dell'applicazione degli standard concordati rispetto ai benchmark aziendali/regionali/nazionali 7. La facilitazione delle valutazioni degli indicatori durante gli Audit clinico-organizzativi come previsto dalle schede annuali di Budget

METODI La metodologia per la realizzazione del PDTA elettronico ha previsto l'individuazione, da parte di un gruppo di lavoro dedicato, dei principali macro step clinico-organizzativi di seguito specificati (trasdotti in una serie di indicatori in formato elettronico): a. Selezione dei pazienti (soggetti con frattura femore di età > a 65 anni) b. Gestione clinica-organizzativa dei pazienti nel Pronto Soccorso (PS) c. Monitoraggio dei tempi di attesa pre-intervento (entro le 48 h dal ricovero come da PNE) d. Gestione clinica-organizzativa dei pazienti nel reparto di degenza e. Monitoraggio delle modalità di dimissioni e dell'appropriatezza della scelta del setting f. Monitoraggio della mortalità a 30 giorni dal ricovero (come da PNE)

RISULTATI La valutazione dei risultati del primo semestre 2015 per singolo indicatore di processo/esito del PDTA Frattura di Femore nell'Anziano ha evidenziato uno scollamento tra quanto verificato di routine dalla documentazione cartacea e quanto tracciato elettronicamente e quindi estratto dai database dei Software. Questo riscontro ha indotto a focalizzare l'attenzione sull'utilizzo esclusivo della Cartella Clinica Elettronica, investendo ulteriori risorse tecniche e professionali per sostenerne la fruizione da parte degli operatori aziendali e per indurre i fornitori dei Software a rispettare gli accordi previsti per la realizzazione del Dossier Sanitario che andrà ad alimentare il FSE.

LIMITI Attualmente i dati raccolti dalla cartella clinica elettronica risentono di alcuni bias (schede multiple riferite allo stesso caso/consulenza, errori nel formato "data-ora", richieste tracciate come refertate a chiusura del verbale di PS senza riscontro del testo, assemblaggio di tutte le informazioni in un'unica scheda Excel, discrepanze tra popolazione selezionata in base al software di estrazione) da risolvere nell'ambito della standardizzazione del modello di inserimento-estrapolazione degli indicatori di processo, previsto entro il termine del 31 gennaio 2015.

CONCLUSIONI L'utilizzo della Cartella Clinica Elettronica Integrata e la definizione dei PDTA informatizzati consente già ad oggi nell'ASL VCO, la raccolta e la rintracciabilità di dati amministrativi e clinico-assistenziali dei diversi episodi sanitari e socio-sanitari quali, ad esempio: il Verbale di Pronto Soccorso, il Diario Clinico Integrato, i Referti Diagnostici (es. di Lab. Analisi, Anatomia Patologica, Radiologia), i Referti delle Consulenze interne e delle Visite Specialistiche Ambulatoriali, le Schede di Valutazione Infermieristiche (es. Conley, BRASS, Dolore), il Progetto di Riabilitazione Individuale, la Lettera di Dimissione medica ed infermieristica, andando a costituire il Dossier Sanitario del cittadino che alimenta il FSE. Tutto questo, unito alle integrazioni informatiche messe in atto, dà il via ad una effettiva integrazione sanitaria Ospedale-Territorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Bianchi Margherita, Medico Chirurgo
ASL VCO - Direzione Generale
Via Mazzini, 117 - 28887 - Omegna
Email: margherita.bianchi@aslvc.it

19. La qualità delle analisi decentrate: cinque anni di attività di controllo dei glucometri portatili in AAS 3

Bizzaro Nicola, Cucchiario Francesco, Francescato Paolo

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli (AAS3)

BACKGROUND La misurazione della glicemia mediante glucometri portatili nel monitoraggio nel paziente diabetico è affidata al personale infermieristico sia a livello ospedaliero che territoriale, mentre la verifica del corretto funzionamento strumentale è competenza del Laboratorio (ISO 15189). Tuttavia la strumentazione utilizzata in point-of-care testing sfugge spesso ai programmi di controllo di qualità dei laboratori ospedalieri proprio perché gli esami sono affidati ed eseguiti da personale sanitario esterno al laboratorio. Nel settembre 2010 l'Azienda Servizi Sanitari n. 3 (ASS3) "Alto Friuli" ha adottato una procedura sul controllo di qualità dei glucometri portatili in ambito ospedaliero ed estesa ai servizi distrettuali e alle strutture territoriali convenzionate (case di riposo, carceri, ecc)

OBIETTIVI Censire i glucometri presenti in azienda con registrazione del numero di serie e della loro collocazione, verificando periodicamente (ogni 6 mesi) il corretto funzionamento e l'accuratezza analitica dei risultati onde evitare potenziali errori diagnostici e terapeutici. Effettuare contestualmente il controllo delle strisce reagenti e delle scadenze delle confezioni in uso, per una corretta verifica della validità complessiva del sistema analitico. La procedura è stata diffusa a tutte le unità operative ospedaliere e del territorio ed è stata attivata nell'ambito del percorso di accreditamento secondo gli standard Joint Commission International

METODI L'intervento è stato attuato dalla direzione e dal personale tecnico del Laboratorio di Patologia Clinica degli Ospedali di Tolmezzo e di Gemona del Friuli. Sono stati censiti e catalogati tutti i glucometri presenti nelle strutture ospedaliere e territoriali. Con frequenza semestrale i tecnici di laboratorio hanno provveduto a testare la funzionalità degli apparecchi e dei relativi reagenti e a verificare l'accuratezza dei risultati. In particolare, quest'ultima è stata valutata confrontando l'esito fornito dall'apparecchio portatile con quello fornito dalla strumentazione di laboratorio, sia per valori normali che patologici. È stato considerato come accettabile uno scostamento, in maniera indipendente per entrambi i valori, non superiore al 15%. Nel caso di valore alterato in uno dei due controlli, l'esame è stato ripetuto utilizzando una nuova striscia reagente; se anche questo secondo controllo risultava non accettabile, il test veniva ripetuto con una striscia reagente prelevata da una nuova confezione; se il test risultava nuovamente non conforme, il glucometro veniva ritirato e sostituito. L'elaborazione dei dati è stata effettuata dal personale del Laboratorio e i report con i risultati della verifica elaborati in occasione di ogni controllo semestrale sono stati diffusi a tutte le strutture operative interessate

RISULTATI Dall'adozione della procedura (settembre 2010) sui 234 glucometri in dotazione sono stati effettuati complessivamente 1.455 controlli. In 1.441 (99%) di questi, gli strumenti si sono dimostrati ben funzionanti e sono stati approvati. In 10 casi (0.7%) i glucometri sono stati sostituiti per malfunzionamento e in 4 casi (0.3%) sono stati ritirati perché presentavano uno scostamento >15% dal valore atteso con uno dei due plasmi controllo. Questa evenienza tuttavia si è verificata solo in occasione della prima serie di controlli nel 2010 e 3 glucometri su 4 erano utilizzati nelle strutture convenzionate. La verifica contestuale delle strisce reattive ha evidenziato che su 754 confezioni esaminate, 736 (97.6%) erano correttamente funzionanti e 18 sono state sostituite perché non funzionanti o scadute (14 su 18 nel corso dei primi tre controlli; 17 su 18 erano utilizzate nei servizi territoriali o nelle strutture convenzionate). La netta maggior prevalenza di situazioni critiche nelle strutture periferiche e in particolare di quelle non a gestione diretta, evidenziata soprattutto all'inizio del progetto, ha indotto le strutture private convenzionate a dotarsi progressivamente di strumentazione e reagenti analoghi a quelli in uso negli ospedali

LIMITI Non sono stati evidenziati limiti del presente progetto

CONCLUSIONI Il progetto si è dimostrato molto efficace, evidenziando da una parte l'ottima performance dei glucometri in uso e dall'altra alcune situazioni che hanno dato avvio ad interventi specifici quali ad esempio l'introduzione di procedure sulla corretta conservazione dei reagenti e la verifica della loro applicazione. Il completo coinvolgimento delle strutture territoriali e convenzionate si è dimostrato estremamente utile nell'armonizzare comportamenti e risultati in tutto l'ambito aziendale. Inoltre, il progetto ha sicuramente contribuito allo sviluppo di una cultura orientata al controllo e alla sicurezza del paziente in tutte le sedi della azienda sanitaria

Indirizzo per la corrispondenza

Bizzarro Nicola, Medico Chirurgo
Ospedale di Tolmezzo - Sant'Antonio Abate - U.O. Laboratorio di Patologia Clinica
Via Morgagni, 18 - 33028 - Tolmezzo
Email: nicola.bizzaro@aa3.sanita.fvg.it

20. Sviluppo del modello di governance “Hardware & Software” presso l’ASLTO3

Blanc Fabrizio¹, Minniti Davide¹, Passi Stefano², Boraso Flavio¹

¹ASLTO3, ²Università degli Studi di Torino

BACKGROUND Il Patto per la Salute 2014-2016, il D.M. n.70 del 2 Aprile 2015 e le DGR n. 1-600 del 19 Novembre 2014 e n. 1-924 del 23 Gennaio 2015 della Regione Piemonte, che hanno ridefinito l’assetto ospedaliero/territoriale del prossimo triennio, hanno posto le basi per la riorganizzazione delle AASSRR. Nel processo di riorganizzazione dell’ASLTO3, processo che ha visto la necessità di rispettare criteri numerici predefiniti, si è ritenuto che il nuovo atto aziendale fosse non solo uno strumento, ma anche un concreto e valido supporto metodologico ai fini della riprogettazione e reingegnerizzazione aziendale, verso la definizione di un modello innovativo di governance. Il contesto, sul quale ricade il processo riorganizzativo aziendale, è rappresentato dall’ASLTO3, la più grande del Piemonte, che nasce da un recente accorpamento di due aziende e, per tale motivo, caratterizzata da intrinseche difficoltà all’integrazione.

OBIETTIVI Implementare un modello innovativo di pianificazione aziendale, contestuale alla definizione dell’Atto Aziendale, come supporto metodologico direzionale per raggiungere l’obiettivo di attuazione della governance.

METODI Fase organizzativa: creazione di un gruppo tecnico multidisciplinare a valenza aziendale e definizione dei processi operativi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi prefissati e relativi cronoprogramma. Fase attuativa: studio e mappatura degli attuali organigrammi aziendali, identificazione di aree organizzative a forte criticità, analisi delle proposte progettuali di area ospedaliera e territoriale e successivo confronto con le indicazioni regionali, realizzazione del nuovo modello organizzativo.

RISULTATI Il modello si basa sul concetto “Hardware e Software”, in cui i processi di cura si attivano in modo trasversale tra Dipartimenti e Distretti da un lato e la gestione per processi ed intensità di cura dall’altro, in cui il Dipartimento/Distretto è il contesto ottimale per lo svolgimento delle principali funzioni gestionali secondo la logica della gradualità e trasversalità delle cure. Il riordino della rete Ospedaliera, elemento centrale del nuovo modello, si caratterizza per: • integrazione in rete ed integrazione con gli Ospedali Sovrazonali; • riorganizzazione delle aree di degenza per intensità di cure; • implementazione della Week and Day Surgery e della chirurgia ambulatoriale in aree specifiche di Day Care e di Day Service; • appropriatezza clinica ed organizzativa. Anche in ambito territoriale si è provveduto a ridisegnare completamente il sistema attraverso una razionalizzazione dei distretti e un modello di governo trasversale ed omogeneo delle attività territoriali, attraverso la definizione di Strutture Semplici a forte valenza gestionale. Nella vision del nuovo modello, proposto e realizzato con l’Atto Aziendale, l’ospedale, così come i Distretti (forti), costituiscono il fulcro (hardware) dell’attività aziendale e in cui il direttore ne è garante della produttività delle strutture in esso presenti nonché responsabile dell’attività di comparto, mentre i dipartimenti, con valenza trasversale, le strutture semplici con funzioni territoriali e la medicina di base, acquisiscono e rispondono a funzioni di governo clinico (software) sul territorio dell’Azienda per quanto concerne le attività ospedaliere e territoriali in un’ottica di integrazione tra ospedale e territorio per la continuità delle cure.

LIMITI Ad oggi il modello aziendale, che ha ricevuto il consenso della Regione Piemonte, è in fase di attuazione nell’attuale triennio di Direzione Generale. I dati relativi all’impatto organizzativo, in termini di efficacia ed efficienza, del nuovo modello sono in fase di monitoraggio.

CONCLUSIONI L’Atto Aziendale costituisce il più importante supporto metodologico direzionale per raggiungere l’obiettivo di implementazione della governance e la realizzazione di obiettivi sanitari nazionali e regionali. Il grado di intensità clinico assistenziale, infatti, ne costituisce elemento centrale nella definizione del setting di cura più appropriato definito in base alle migliori evidenze disponibili, così come gli strumenti di governance, indispensabili ed utilizzati per realizzare questo nuovo modello organizzativo, rispondono alla necessità di gestire i pazienti secondo la logica dei percorsi di cura.

Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo
Università di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia – Dip. Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

21. Efficientizzazione del trattamento chirurgico per displasia della cervice uterina in regime ambulatoriale protetto. Razionalizzare, incrementando la qualità: la realtà dell'ASL TO4.

Bogliatto Fabrizio

ASLTO4

BACKGROUND Le displasie della cervice uterina colpiscono ogni anno in Italia circa 350.000 donne. Il trattamento elettivo comprovato dalle evidenze scientifiche è la LEEP (Large Electrical Excisional Procedure), che consiste nella escissione mediante radiofrequenza. Il nostro Sistema Sanitario, sempre in misura maggiore, deve scontrarsi con l'assoluta necessità di razionalizzare risorse umane ed economiche, nel rispetto degli standard qualitativi assistenziali da garantire al paziente. Il tasso occupazionale delle sale operatorie consente la rilevazione di una criticità organizzativo-gestionale importante. Le realtà aziendali piemontesi e nazionali tentano, sempre più, di trovare soluzioni riorganizzative degli interventi eseguibili in regime di day surgery, al fine di semplificare la situazione gestionale ed operativa. Nella realtà aziendale dell'ASL TO4, dall'esperienza del gruppo multiprofessionale della Rete di patologia del Tratto Ano-Uro-Genitale femminile, nasce una soluzione sperimentale, all'estero già ampiamente utilizzata e supportata dalle evidenze scientifiche: eseguire la procedura chirurgica di LEEP, per le donne colpite da displasia cervicale, in regime ambulatoriale protetto in accordo con le linee guida USA circa la definizione degli Ambulatory Surgery Centers. In particolare, tale tipo di approccio garantisce una miglior gestione clinico-terapeutica rispetto alla esecuzione ambulatoriale non protetta, priva di tracciabilità e controllo.

OBIETTIVI L'obiettivo di questo studio è quello di descrivere l'organizzazione della metodica di LEEP in regime ambulatoriale protetto ed analizzare gli outcomes clinico-assistenziali delle donne trattate, per valutare se tale modalità operativa è un esempio di ottimizzazione delle risorse, in tema di governo clinico, che però non inficia la qualità assistenziale erogata, bensì la incrementa. Rispetto al trattamento ambulatoriale semplice viene incrementata la gestione clinico-terapeutica in termini di protezione dalle infezioni e dalle complicanze post operatorie, rispetto al trattamento in regime di day-surgery vengono drasticamente ridotti i costi di gestione in termini di ospedalizzazione e occupazione letti.

METODI Dal 10/2014 al 10/2015 sono state trattate, con tale modalità, 160 donne affette da lesioni intraepiteliali di alto grado del collo dell'utero presso la Rete di Patologia del Tratto Ano-Uro-Genitale femminile dell'ASLTO4 del Piemonte. La procedura, definita tramite PDTA, prevede un duplice accesso. Il primo accesso valutativo alla struttura consta di compilazione del diario clinico anamnestico, rivalutazione colposcopica a conferma della diagnosi, decisione del tipo di trattamento in maniera collegiale fra i colleghi colposcopisti, esecuzione di esami ematologici con parametri coagulativi per escludere rischio di sanguinamento accidentale intraoperatorio. Il secondo accesso, in accordo con le linee guida degli Ambulatory Surgery Center, prevede l'esecuzione dell'intervento. Tale procedura viene eseguita in sala ambulatoria dedicata con anestesista disponibile al piano. L'accesso alla sala operatoria prevede il rispetto delle norme di sicurezza per la prevenzione delle infezioni ospedaliere come per gli interventi di chirurgia elettiva.

RISULTATI La gestione in regime ambulatoriale protetto ha permesso di ridurre le infezioni post operatorie, generalmente stimate nel 8-10% dei casi trattati. In particolare solo 3 casi su 160 hanno manifestato nei primi trenta giorni dall'intervento una cervico-vaginite. Il trattamento adiuvante post operatorio con ovuli di Clorexidina 0.1% ha permesso una riduzione del processo infettivo garantendo altresì una buona restituito ad integrum. Il sanguinamento intraoperatorio non ha mai richiesto l'utilizzo di punti di sutura. In soli 2 casi è stato necessario procedere alla rivalutazione con apposizione di garze emostatiche a circa 10 giorni dall'intervento per sanguinamento post caduta di escara. Le colposcopie eseguite a 45 giorni dall'intervento sono state tutte significative. Non vi sono state retrazioni cicatriziali anomale. Nel corso dell'intervento non è mai stata richiesta la presenza dell'anestesista né l'aiuto aggiuntivo di altri colleghi ginecologi. Il tempo di esecuzione è stato sempre inferiore ai 15 minuti. L'indice di soddisfazione delle utenti tramite questionario di valutazione è stato elevato.

LIMITI L'applicabilità di tale metodica operativo-assistenziale ha dei vincoli legati alla struttura operativa: è necessario prevedere spazi dedicati, personale di sala operatoria dedicato, sala operatoria dedicata.

CONCLUSIONI Tale nuova modalità operativa dovrebbe far riflettere circa la notevole potenzialità di risultato, ancora ampiamente inespressa: i risultati in termini di attività operatoria, di gestione delle infezioni, di riduzione delle giornate di ricovero, del tasso di occupazione letti, di compliance delle pazienti, a fronte di una tracciabilità completa e di una gestione economica trasparente confermano l'elevato standard qualitativo.

Indirizzo per la corrispondenza

Bogliatto Fabrizio, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale TO4
Via Po, 11 - 10034 - Chivasso
Email: qadosh2011@gmail.com

22. Farmaci off-label: illustrazione del percorso di valutazione ed approvazione delle terapie

Bona Roberta, Bersia Maria Elisa, Besso Valentina, De Pasquale Elisa, Sampietro Monica, Colombardo Valentina, Marengo Giulia, Mero Paola, Sanò Mario

Asl AT

BACKGROUND Nel febbraio 2007 l'ASL AT ha istituito la Commissione Farmaceutica Interna (CFI) come da indicazioni regionali (DGR n. 76-4318 del 13/11/2006). La Commissione è costituita da clinici di varie branche specialistiche e farmacisti che si riuniscono mensilmente. La CFI ha il compito di promuovere l'informazione sui farmaci, monitorare i comportamenti prescrittivi, ottimizzare la continuità terapeutica tra ospedale e territorio. In questo abstract viene descritta l'attività di presa in carico dei pazienti ai quali è stata prescritta una terapia al di fuori delle indicazioni autorizzate in scheda tecnica (off label).

OBIETTIVI 1. Definizione del percorso assistenziale specifico per ciascun paziente, residente presso l'ASL AT, a cui viene prescritta una terapia off label da Medici Specialisti operanti presso o al di fuori dell'ASL. 2. Monitoraggio clinico delle terapie off label dal punto di vista della farmacovigilanza a supporto della scarsità di dati di efficacia e sicurezza. 3. Monitoraggio economico dell'andamento delle prescrizioni di farmaci off label.

METODI Il Medico che ha in carico il paziente inoltra alla CFI una richiesta di autorizzazione della terapia off label, corredata di relazione clinica dove specifica l'assenza di valida alternativa terapeutica on label, la disponibilità di studi clinici favorevoli su pubblicazioni scientifiche accreditate ed eventuali approvazioni da parte di altre strutture. La segreteria scientifica della Commissione verifica la completezza delle informazioni fornite dal medico prescrittore ed eventualmente richiede integrazioni. Inoltre si occupa della ricerca bibliografica, estrapola le principali evidenze ed effettua l'analisi dei costi da presentare in sede di Commissione. Durante la riunione viene discusso ogni caso e viene espresso parere favorevole/non favorevole all'autorizzazione della terapia sulla base delle informazioni cliniche presentate e della letteratura scientifica a supporto della richiesta. La segreteria scientifica verbalizza le decisioni prese e le diffonde per conoscenza a tutti i partecipanti alla Commissione, registra su supporto informatico i dati anagrafici, clinici e terapeutici di ciascun caso discusso per monitorare il percorso del paziente e per svolgere valutazioni farmacoepidemiologiche. Inoltre informa il medico richiedente riguardo l'autorizzazione al trattamento off label il quale a sua volta istruisce il paziente sulla pratica off label, acquisendo il consenso informato al trattamento, e lo indirizzando al ritiro del farmaco presso la Farmacia Ospedaliera dell'ASL AT. Secondo le indicazioni della Regione Piemonte, il Servizio Farmaceutico Territoriale registrata su File F ogni terapia off label autorizzata ed erogata e monitora la spesa sostenuta con cadenza semestrale. Inoltre, al fine di evidenziare eventuali pazienti che non hanno seguito il percorso predisposto e di ricondurli alla procedura corretta, il Servizio Farmaceutico Territoriale incrocia i dati anagrafici dei pazienti, ai quali è stata autorizzata una terapia off label, con il database delle ricette farmaceutiche spedite in regime di convenzionata per l'ASL AT.

RISULTATI Dal 2012 al 2014 la CFI ha valutato 138 casi relativi a: - antipsicotici per pazienti pediatrici per una durata di terapia superiore a quella prevista da scheda tecnica: 49 autorizzazioni (percorso codificato in collaborazione con la Neuropsichiatria Infantile); - EBPM per la profilassi e il trattamento del tromboembolismo venoso in pazienti oncologici, donne in gravidanza e per durata di terapia superiore a quella prevista da scheda tecnica: 35 autorizzazioni; - farmaci ospedalieri per pazienti di pertinenza oncologica e infettivologica: 12 autorizzazioni; - farmaci di classe C/Cnn, in assenza di una valida alternativa terapeutica rimborsata: 22 autorizzazioni; - singoli casi selezionati: 9 autorizzazioni; - 11 casi non autorizzati.

LIMITI Al momento non è ancora prevista una relazione clinica sugli esiti del trattamento autorizzato da parte del Medico Specialista o di Medicina Generale che ha inoltrato la richiesta. Questo ulteriore passaggio consentirebbe di avere un riscontro sull'effettiva efficacia e sicurezza della terapia autorizzata e potrebbe essere molto utile per la valutazione di futuri casi analoghi.

CONCLUSIONI Il lavoro svolto dalla CFI, sulla presa in carico di pazienti con prescrizioni off label, ha portato alla definizione di una procedura condivisa, che si è dimostrata essere ben riproducibile per ogni nuovo caso. Il metodo seguito per la realizzazione di questo percorso è necessario per garantire un'elevata e uniforme qualità delle prestazioni e per un confronto costruttivo con gli specialisti e i MMG.

Indirizzo per la corrispondenza

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

23. Promuovere i cambiamenti con il Lean Management

Bonalumi Silvia

Humanitas Research Hospital

BACKGROUND Da pochi anni in Italia nelle organizzazioni sanitarie sono state avviate alcune esperienze per applicare il sistema Lean, denominato Lean Healthcare, in un momento in cui viene chiesto un ripensamento globale del sistema sanitario tale che si possano localizzare sprechi trovando il modo di eliminarli o ridurli dando valore a quello che c'è e che è possibile recuperare. Applicare tecniche cliniche assieme a tecniche gestionali potrebbe essere una buona ricetta per raggiungere migliori risultati in termini di qualità. Il documento prodotto dal NHS (National Health Service, United Kingdom) dal titolo "Lean Thinking for the HHS" (Jones e Mitchell, 2010) evidenzia che il Sistema Lean può davvero migliorare il Sistema Sanitario qualora qualsiasi processo di miglioramento venga davvero condiviso da tutte le persone coinvolte dal cambiamento stesso. La Lean offre una serie di principi e di strumenti che se usati congiuntamente in modo pianificato, rigoroso e coordinato possono liberare il reale potenziale dell'organizzazione. Questo potrebbe essere una leva importante per aiutare il cambio di paradigma in Sanità.

OBIETTIVI Questo lavoro presenta tre progetti, promossi da un Coordinatore Infermieristico di Humanitas Research Hospital (Rozzano), condotti utilizzando strumenti di metodologia Lean, dimostrando che questa filosofia, quando è sostenuta da un cambiamento culturale voluto e perseguito, riesce a coinvolgere tutti gli attori di una organizzazione grande o piccola; questi riescono ad essere promotori di qualità clinica-assistenziale, offrendola con efficacia/ efficienza/ razionalizzazione delle risorse e aiutano ad evidenziare il successo di una organizzazione. Anche il middle management, in questo caso il Coordinatore Infermieristico, se possiede questa leadership consapevole e matura, in prima persona può sostenere una strategia complessiva, aiutando l'Azienda a conseguire benefici piccoli e grandi a medio e lungo termine.

METODI I tre progetti considerati avevano rispettivamente come scopo di ottimizzare: 1. la presa in carico del paziente proveniente da Pronto Soccorso in degenza; 2. l'utilizzo e la somministrazione degli antibiotici di seconda linea; 3. l'utilizzo di materiale di consumo dedicato al paziente in isolamento da germe multi resistente. Per tutti i progetti, in fase di analisi, è stata utilizzata la Root Cause Analysis che ha permesso di studiare tutte le potenziali cause dei problemi rilevati. Per ciò che concerne gli strumenti utilizzati in fase di implementazione, la scelta è stata quella di impiegare: - Checklist operative (Lavoro Standard); - Adozione di meccanismi Pull; - Le 5S; - Kanban; - Sistemi di Visual Management.

RISULTATI - Presa in carico del paziente da Pronto Soccorso Si è evidenziata: una netta diminuzione dei tempi di attesa per posto letto dei pazienti in Pronto Soccorso; una più efficace/efficiente presa in carico del paziente in degenza (idonea allocazione ed identificazione precoce dei presidi necessari). - Utilizzo e somministrazione degli antibiotici di seconda linea Si è evidenziata: una riduzione delle scorte non necessarie presenti in degenza; una migliore gestione della terapia antibiotica azzerando i ritardi o le mancate somministrazioni dovute all'assenza del farmaco. - Utilizzo di materiale di consumo dedicato al paziente in isolamento Si è ottenuta: una riduzione del tempo "non a valore" (dedicato al riordino e alla pulizia delle superfici) per la componente OSS; un risparmio economico stimato di circa 11.000€/anno per assenza di spreco di materiale di consumo.

LIMITI L'unico vero limite evidenziato nell'implementazione dei progetti, è la resistenza al cambiamento da parte degli operatori, superata grazie all'evidenza dei risultati ottenuti.

CONCLUSIONI Si sono presentati tre progetti promossi da un Coordinatore Infermieristico di Humanitas Research Hospital (Rozzano) costituiti secondo la metodologia Lean. Si è dimostrato come applicando le tecniche gestionali della filosofia Lean si riesca a focalizzarsi sul miglioramento di un processo organizzativo o assistenziale dall'inizio alla fine. Si sono aiutati tutti gli attori clinico assistenziali della realtà lavorativa coinvolta a vedere e a capire dove esisteva un problema, si sono create procedure standardizzate per evitare errori, favorire un risparmio di tempo e un recupero di risorse anche economiche. Un progetto specialmente ha dimostrato il miglioramento della presa in carico dei pazienti da ricoverare provenienti da Pronto Soccorso. Questo lavoro ha dimostrato che dove c'è un'attività non necessaria o uno spreco sia per eccesso di scorte, di produzione inutile, di movimentazione di persone e di cose, di attese è possibile ridisegnare il modo di lavorare e se questo viene fatto con la condivisione di tutti questo diventa un "successo"; "successo" che permarrà nel tempo. Come citato da Italo Calvino (1985): alla turbolenza e alla complessità si risponde con leggerezza organizzativa che privilegia l'intelligenza, la creatività e le idee si accosta anche la filosofia Lean di Taiichi Ohno che incitava nel formare le persone valorizzando il loro ingegno.

Indirizzo per la corrispondenza

Bonalumi Silvia, Infermiere
Istituto Clinico Humanitas
Via Alessandro Manzoni, 56 - 20089 - Rozzano
Email: silvia.bonalumi@humanitas.it

24. Modello per l'individuazione di consumi e costi standard per gli interventi con M.S.A. E M.S.A.B. S.E.S.T. 118 PIEMONTE

Bono Danilo¹, De Angelis Roberto¹, Marchione Giuseppe¹, Rolle Cristian¹, Marchese Irene²

¹A.O. Città della Salute e della Scienza Torino, ²Azienda Ospedaliera di Alessandria

BACKGROUND Al fine di garantire una gestione univoca dei trattamenti pre-ospedalieri, il Dipartimento Interaziendale S.E.S.T. 118 Piemonte ha definito una dotazione farmacologica, di presidi e di attrezzature, contenuta in apposite Check List differenziate per Mezzi di Soccorso, comune ed armonizzata a livello regionale sotto l'aspetto qualitativo, e, sotto l'aspetto quantitativo, determinata dalla fascia di appartenenza legata alla numerosità di interventi effettuati nell'anno precedente. All'inizio di ogni turno lavorativo, viene compilata una Check List utile a valutare la presenza di tutto il materiale sanitario necessario per affrontare in sicurezza gli interventi ed al termine di ogni missione, si provvede a rifornire la dotazione originaria, senza dare evidenza quantitativa del consumato. È possibile, quindi, ottenere solamente un riscontro circa il quantitativo di farmaci, presidi ed altri beni richiesti da ogni Mezzo di Soccorso, senza poter operare una verifica relativa all'appropriatezza di impiego degli stessi.

OBIETTIVI La presente analisi si pone l'obiettivo di definire un modello pratico volto alla formulazione di ipotesi di standard di consumo e di costo correlato, per quanto riguarda il materiale sanitario e non, utilizzato dai Mezzi di Soccorso sugli interventi. In questa prima fase ci si è limitati a valutare i M.S.A. e M.S.A.B., sui quali l'utilizzo di materiale sanitario è maggiore, in virtù della composizione degli equipaggi e dei provvedimenti terapeutici adottati. Inizialmente si è verificato se esistevano o meno scostamenti di consumo e di costo tra le varie postazioni e se fossero determinati da una maggiore incidenza di interventi a maggior gravità (Codice Rosso e Codice Giallo) rispetto a quelli differibili (Codice Verde e Codice Bianco) oppure se, indipendentemente dalla gravità, si mantenesse una forte variabilità tra le postazioni. Si è individuato un consumo standard, sia di materiale sanitario, dipendente dal Codice di intervento, sia di materiale non sanitario che, correlato con il numero delle missioni svolte, consentisse di misurare gli eventuali scostamenti rispetto ai livelli di benchmark assunti.

METODI I dati relativi ai consumi effettivi sono stati estrapolati dagli ordini effettuati centralmente nel corso dell'anno di riferimento, e sono stati suddivisi per le seguenti macrocategorie: - Materiale sanitario: farmaci, presidi chirurgici, soluzione fisiologica, reagenti, ossigeno, ebola, defibrillatori; - Materiale non sanitario: guardaroba, borse e zaini, materiale di convivenza e di pulizia, attrezzature e manutenzione, stampati, altri beni. Sulla base dei costi unitari del materiale sanitario, si è individuato uno standard di consumo per ogni intervento, suddiviso per Codice di gravità, che ha permesso di definire dei benchmark di costo. A ciascun mezzo è stata imputata anche una quota di materiale non sanitario, suddivisibile in una parte "fissa", giustificata con l'esistenza stessa della Postazione di Soccorso, pari a quanto sostenuto dalla postazione con il minor costo, ed una parte da ripartire sulla base del numero di missioni effettuate. È stata, infine, individuata una fascia di scostamento consumo effettivo-teorico di $\pm 20\%$, ritenuta una variazione accettabile, in riferimento alla spesa complessiva sostenuta singolarmente dai mezzi.

RISULTATI Si è provveduto a confrontare i valori teorici ottenuti con gli importi dei consumi effettivi, individuando gli scostamenti in percentuale ed è emersa una situazione alquanto variegata. I maggiori consumi effettivi non sempre corrispondevano ad una maggiore gravità delle missioni, che, invece, avrebbero dovuto comportare un maggior utilizzo di farmaci e presidi e, di contro, una maggior prevalenza di codici a minor gravità, non determinava sempre un minor consumo effettivo. Tali differenze permanevano anche seguito dell'applicazione dei costi teorici a consumi standardizzati per codice di intervento. È emerso che su un campione di 72 M.S.A. ed M.S.A.B., n. 1 aveva uno scostamento oltre -40% , n. 6 compreso tra -20% e -40% , n. 30 entro $\pm 20\%$, n. 8 tra $+20\%$ e $+40\%$, n. 15 tra $+50\%$ e $+60\%$, n. 10 tra $+60\%$ e $+90\%$ ed, infine, n. 2 tra $+125\%$ e $+160\%$.

LIMITI I limiti del modello costruito possono essere rappresentati da eventuali variabili non considerate, che potrebbero determinare la variabilità di consumi tra le postazioni.

CONCLUSIONI Le code dell'intervallo di variabilità hanno posto in evidenza la necessità di approfondire ulteriormente questo studio, procedendo ad un rilievo a campione del materiale effettivamente utilizzato su un numero significativo di interventi per codice gravità, in un arco di tempo prestabilito, per Mezzi di Soccorso delle quattro Centrali Operative. I due estremi, infatti, potrebbero costituire due opposti problemi: un sottoutilizzo di materiale sanitario e non da un lato, ed un sovrautilizzo dall'altro, essendo emerse situazioni ragionevolmente confrontabili, comprese però nella fascia di tollerabilità.

Indirizzo per la corrispondenza

Marchese Irene, Personale amministrativo
Azienda Ospedaliera di Alessandria
Via Venezia, 16 – 15121 - Alessandria
Email: irene_marchese@libero.it

25. Horizon scanning di una tecnologia emergente a forte sostenibilità: l'ossigeno 93%

Boraso Flavio¹, Passi Stefano², Serratto Giorgio¹, Parigi Olivia¹, Ceravolo Grazia¹, Cattel Francesco³, Gualano Maria Rosaria², Siliquini Roberta², Minniti Davide¹

¹ASL TO3, ²Università degli Studi di Torino, ³A.O. Città della Salute Torino

BACKGROUND In ogni modello organizzativo sanitario i farmaci costituiscono una delle voci di spesa sanitaria più rilevante. Con l'introduzione nella Farmacopea Ufficiale Europea della monografia riguardante l'Ossigeno (O₂)93%, è possibile somministrare ai pazienti tale gas medicinale, in alternativa al tradizionale O₂99%. L'O₂93% può essere prodotto in loco utilizzando impianti di generazione centralizzati di ossigeno. In Italia, anche in ragione della comodità dell'approvvigionamento di ossigeno tramite le fonti convenzionali (liquido in contenitore criogenico, gassoso in bombole) e del ridotto interesse rivolto al mercato sanitario dalle case produttrici, tale tecnologia non ha ancora raggiunto una concreta diffusione. Tuttavia la pressante esigenza di riduzione dei costi del SSN sta ora indirizzando le ASL e AO ad esplorare tali soluzioni tecniche in vista dei consistenti risparmi che potrebbero garantire, in un'ottica di Horizon Scanning (HS). L'ASLTO3 della Regione Piemonte ha deciso di sperimentare, prima in Italia, l'impianto per la produzione di O₂93% presso l'Ospedale di Venaria, che veniva approvvigionato unicamente con pacchi bombola, posizionati all'esterno della esistente piccola centrale, presentando peraltro evidenti problemi di sicurezza.

OBIETTIVI Sperimentare e misurare il possibile impatto di questa tecnologia emergente in termini di efficacia clinica, efficienza e sicurezza mediante l'approccio HS.

METODI A giugno 2015 è stato realizzato il primo impianto italiano per la produzione di Ossigeno 93%, in conformità alle norme ISO. Da luglio è iniziata la sperimentazione, attraverso un Trial Clinico Controllato Randomizzato (RCT), in collaborazione con il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica dell'Università di Torino, della durata di dodici mesi. Durante lo studio pilota effettuato della durata di 2 mesi, su pazienti afferenti al reparto di Medicina Generale, è stato somministrato in modo randomizzato rispettivamente O₂93% e O₂99%. Sono stati definiti outcomes di efficacia clinica (riduzione del flusso l/min, Sat.O₂%, Emogasanalisi (EGA) T0-ingresso/T1-dimissione) e di sicurezza gestionale (qualità chimica, anomalie/interruzioni dell'impianto). I dati ottenuti saranno oggetto di una valutazione costo-efficacia e costo-efficienza, oltre che di una verifica della sicurezza della tecnologia al fine di produrre specifico mini-report.

RISULTATI L'andamento clinico tra i casi e i controlli dimostra, dai dati dello studio pilota, una sovrapposizione dell'efficacia clinica (Gruppo O₂93%: 95% flusso l/min, 91% Sat.O₂ in range, 92% EGA T1 in range; Gruppo O₂99%: 97% flusso l/min, 90% Sat.O₂, 93% in range, EGA T1 in range). Ad oggi, non si sono rilevate alterazioni chimiche né interruzione dell'erogazione del concentratore. Il nuovo impianto (del costo di 39.000€) ha determinato un risparmio, già nel primo anno, pari a 15.000 € (a fronte dell'attuale spesa di 55.000 €/aa per i 18.000 m³ di O₂ a al 99%) e di 50.000 € per gli anni successivi, oltre ad un incremento del 60% nella disponibilità di O₂ (32.000 m³). Anche la sicurezza viene costantemente assicurata attraverso il monitoraggio di apparecchiature affidabili e di elevato livello: il processo è controllato in remoto nei parametri principali e viene monitorata la concentrazione di ossigeno in continuo con due livelli di allarme, una soglia di avviso al 91% e il blocco automatico del sistema al raggiungimento del 90%. Inoltre tutti questi parametri sono memorizzati con un campionamento al secondo e conservati nella memoria del sistema. L'adozione della tecnologia è stata preceduta da una attenta analisi dei rischi sulla base della quale è stato previsto un sistema procedurale di controllo della qualità dell'ossigeno erogato e la contemporanea definizione di protocolli per assicurare il regolare funzionamento del sistema e per fronteggiare eventuali emergenze.

LIMITI - Resistenze da parte delle Farmacie che "diventano" responsabili del farmaco prodotto (ossigeno93% – galenico) - Anestesisti (utilizzo in sala operatoria/Rianimazione) - Organizzativi (necessario governo interno per garantire la sicurezza) - Forti resistenze da parte delle ditte fornitrici di Ossigeno 99%

CONCLUSIONI Questo studio rappresenta la prima esperienza nazionale di applicazione del concentratore di O₂ 93%, i cui risultati saranno diffusi attraverso uno specifico mini-report. Il processo di HS adottato ha individuato quale tecnologia emergente con un impatto sul Servizio Sanitario Nazionale non solo in termini clinici, ma anche gestionali ed economici, con risparmi su larga scala che sono nell'ordine dei 20 milioni di €/aa se assimilati alla sola Regione Piemonte. L'autoproduzione di Ossigeno 93% potrà rappresentare il futuro dell'approvvigionamento dell'ossigeno in sanità, in particolare nei periodi di crisi e di riduzione della crescita, in cui la necessità di garantire appropriatezza e sicurezza deve essere fortemente ancorata alla sostenibilità economica.

Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo
Università di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia – Dip. Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

26. Analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni dell'ormone somatotropo nell'Asl di Mantova

Boscaini Renzo, Corbari Letizia, Froidi Giancarla, Galavotti Maurizio, Raineri Sandro, Speciali Alessia

ASL Mantova

BACKGROUND Al fine di evitare che un uso incontrollato di farmaci contenenti GH potesse determinare situazioni di pericolo per la salute pubblica e spreco di risorse, la loro prescrizione in regime di SSN è regolamentata con D.M. del novembre 1993 e la Nota AIFA 39 definisce le condizioni in cui è appropriata la prescrizione di GH. Essa stabilisce criteri di trattamento diversificati in base alle fasce di età dei pazienti (età neonatale, evolutiva, di transizione e adulta) e allarga la possibilità di prescrizione anche a pazienti nati piccoli per l'età gestazionale (SGA) e a bambini con livelli di secrezione di GH nella norma, ma con parametri clinico-auxologici alterati. Tali criteri sono formalizzati nel Piano Terapeutico specifico per la prescrizione in SSN dei farmaci a base di GH.

OBIETTIVI Obiettivo prioritario del lavoro è monitorare l'appropriatezza delle terapie a base di ormone somatotropo valutando la regolarità della prescrizione di GH nel territorio mantovano in termini di rispetto della Nota 39, attraverso l'analisi ed il controllo dei dati di consumo.

METODI Sono stati analizzati i dati di prescrizione di GH in regime di SSN dell'anno 2014, confrontandoli coi Piani Terapeutici gestiti a livello di ASL. Per l'analisi dei dati di prescrizione sono stati utilizzati i due flussi di rendicontazione delle dispensazioni di farmaci, ovvero il FUR (Flusso Unico Rendicontazione) per le erogazioni di GH attraverso le farmacie del territorio (compreso quelle effettuate in DPC - distribuzione per conto) ed il File F (tipologia 6 e 13) per la distribuzione diretta per il tramite degli Erogatori del territorio o dell'Area Assistenza Farmaceutica. Il controllo dei PT è stato condotto avvalendosi dell'applicativo PTWeb, software in uso presso l'ASL di Mantova dal 2009 per la gestione informatizzata delle schede di diagnosi e piano terapeutico.

RISULTATI Dall'analisi dei dati di prescrizione è emerso che i pazienti mantovani che hanno utilizzato farmaci a base di GH nell'anno 2014 sono stati 123, l'8% in più rispetto al 2013 con 27 pazienti di nuova diagnosi e 18 che hanno sospeso la terapia. Dei 123 pazienti, 61 hanno ritirato la specialità presso l'Azienda Ospedaliera del territorio in distribuzione diretta, mentre 62 presso le farmacie convenzionate. Il 59% dei 123 pazienti mantovani è seguito dall'A.O. Poma di Mantova (73 pazienti) ed il restante 41% da specialisti di strutture pubbliche o private accreditate fuori provincia con una netta prevalenza (27 pazienti) di presidi fuori Regione. L'incidenza di pazienti trattati con GH nell'intera ASL di Mantova è stata di 0,26 pazienti ogni 1000 ass.li pesati, con significativi scostamenti al di sopra di tale valore in alcuni distretti. Il 63,4% del totale dei pazienti trattati sono di sesso maschile e la fascia d'età più frequente è quella evolutiva, sia per i maschi che per le femmine. Nell'età evolutiva la patologia più frequente per la quale i pazienti sono in trattamento con GH è la bassa statura da deficit di GH (93 pazienti su 102 totali pari al 91%) seguita dalla Sindrome di Turner (4 pazienti su 102, pari al 4%), così come nell'età di transizione, sebbene con un numero di pazienti decisamente più basso. Nell'età adulta la patologia più frequente tra i pazienti in terapia con ormone della crescita è sempre il deficit di GH, ma dovuto ad ipopituitarismo idiopatico, post traumatico, neoplasie sellari e soprasellari. Dall'incrocio del data base delle erogazioni con quello dei Piani Terapeutici, al fine di verificare per ogni paziente la presenza della scheda di diagnosi e piano terapeutico che autorizza l'erogazione di GH in regime di SSR, è emersa una sostanziale regolarità per 121 pazienti, mentre per 2 pazienti il PT presente nel database dell'ASL è risultato scaduto. Questi ultimi 2 pazienti sono seguiti da strutture fuori Regione e con ogni probabilità il PT consegnato al proprio Medico di famiglia non è stato trasmesso alla nostra ASL.

LIMITI La presenza di PT scaduti a carico di pazienti seguiti fuori dal nostro territorio evidenzia come criticità la fase del passaggio dei PT compilati da strutture fuori provincia verso l'ASL.

CONCLUSIONI L'elevata percentuale di pazienti con prescrizioni supportate da PT e dunque per indicazioni previste da AIFA garantisce appropriatezza delle terapie. L'aderenza ai criteri imposti dalla compilazione adeguata e rigorosa del PT e del Registro Nazionale non si configura, in questo contesto, come con un mero strumento burocratico che appesantisce il bisogno di cura del paziente, ma come uno strumento funzionale a limitare un uso improprio del farmaco e garantire una corretta allocazione delle risorse

Indirizzo per la corrispondenza

Galavotti Maurizio,
ATS della Val Padana - Sede territoriale della provincia di Mantova - Direzione Sanitaria
Via dei Toscani, 1 - 46100 - Mantova
Email: maurizio.galavotti@aslmn.it

27. Analisi dell'appropriatezza prescrittiva delle erogazioni rendicontate in file F nell'Asl di Mantova

Boscaini Renzo, Froldi Giancarla, Galavotti Maurizio, Maioli Stefania, Raineri Sandro, Speciali Alessia

ASL Mantova

BACKGROUND Il File F rappresenta un sistema di compensazione economica interregionale di farmaci somministrati in regime di assistenza diversa dal ricovero. Pensato inizialmente come strumento di compensazione dei farmaci non rimborsati tramite le tariffe di ricovero e ambulatoriali è stato poi usato anche per la gestione dei costi legati a prestazioni in ambiti regionali diversi da quelli di residenza. Nel tempo le regioni con specifica normativa hanno declinato le proprie modalità applicative. In Regione Lombardia il File F viene utilizzato come strumento di compensazione finanziaria, ma soprattutto come sistema di monitoraggio nonché controllo dell'appropriatezza prescrittiva e di finanziamento. L'introduzione nel 2005 da parte di AIFA dei registri di farmaci sottoposti a monitoraggio per specialità di recente commercializzazione o per i quali siano state estese le indicazioni terapeutiche rappresenta uno strumento avanzato di governo dell'appropriatezza prescrittiva.

OBIETTIVI Obiettivo prioritario del lavoro è valutare il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva relativa ai farmaci erogati e rendicontati in File F, analizzando la serie storica delle dati deducibili dai controlli delle dispensazioni presso le strutture ospedaliere del territorio dell'ASL di Mantova

METODI Sono stati analizzati i dati desunti dalle cartelle cliniche di pazienti in terapia con farmaci ad alto costo (oncologici, oftalmologici, anti HCV) rendicontati in File F nelle tipologie 1, 2, 3, 5, 6 e 18 estratte dai flussi mensilmente validati da Regione Lombardia. Le cartelle cliniche sono state visionate durante visite ispettive andando a verificare: •) presenza, ove richiesta, della scheda di monitoraggio AIFA; •) corretta compilazione della scheda AIFA; •) rispetto delle indicazioni previste dalla scheda tecnica; •) congruità dei prezzi e tra quanto rendicontato in File F e quanto riportato in cartella; •) corretta applicazione del protocollo terapeutico e del relativo schema posologico. La cadenza delle visite ispettive è stata stabilita secondo un calendario condiviso con gli erogatori pubblico e privati accreditati (1 e 5) del territorio. Il periodo preso in esame per l'analisi è il quinquennio 2010-2014.

RISULTATI Nel periodo 2010-2014 complessivamente sono state analizzate le cartelle cliniche di 22.797 pazienti per un totale di 55.564 records e 10.269 schede AIFA. A fronte di un numero pressoché costante di cartelle esaminate (4.559 media anno) e di relative erogazioni (11.113 media anno) è sensibilmente aumentata la quantità di schede AIFA passate da 1.350 nel 2010 a 2.678 nel 2014. Parallelamente, nel periodo, gli importi non corrisposti alle strutture per erogazioni non appropriate (pari allo 0,64% dei record totali) sono significativamente diminuiti. Nel dettaglio, l'andamento inversamente proporzionale tra numero di schede AIFA verificate e record irregolari è analogo sia per la struttura pubblica che per quelle private accreditate, anche se la percentuale di erogazioni inappropriate è superiore per gli erogatori privati (0,82%) rispetto a quello pubblico (0,56%).

LIMITI Nel periodo oggetto dell'analisi si è assistito al passaggio della gestione delle schede di monitoraggio dalla piattaforma CINECA a quella AIFA con conseguenti disagi nella raccolta dei dati derivanti dalle schede per lo più compilate in forma cartacea; la mancata compilazione on-line ha comportato una riduzione del controllo operato dai vincoli imposti dal gestionale in base alle indicazioni terapeutiche previste.

CONCLUSIONI Secondo la normativa vigente, la rimborsabilità dei farmaci rendicontati in File F è vincolata al rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate e le schede di monitoraggio AIFA guidano la scelta dei pazienti eleggibili al trattamento, stabiliscono lo schema terapeutico riducendo la possibilità di eventuali usi off label. Poiché le schede richiedono un costante follow-up del paziente, esse si configurano anche come uno strumento per la definizione del profilo rischio/beneficio dei farmaci. Nel tempo il numero di farmaci inseriti nei Registri di monitoraggio AIFA è aumentato e, come dimostrato dall'analisi dei dati condotta, ciò si è tradotto in una diminuzione degli usi impropri dei medicinali rendicontati in File F. La regolarità delle verifiche da parte dell'ASL e nel contempo l'allargamento dell'uso di uno strumento innovativo come le schede AIFA, che hanno rappresentato una rivoluzione metodologica nella rimborsabilità dei farmaci da parte del SSN, hanno permesso un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed un efficientamento dell'allocazione delle risorse economiche.

Indirizzo per la corrispondenza

Galavotti Maurizio,
ATS della Val Padana - Sede territoriale della provincia di Mantova - Direzione Sanitaria
Via dei Toscani, 1 - 46100 - Mantova
Email: maurizio.galavotti@aslmn.it

28. La necessità di un nuovo paradigma delle azioni di Welfare: Da un Welfare Assistenziale al Welfare di Comunità attraverso il Budget Individualizzato per la Salute nei servizi per la Salute Mentale

Bosio Roberto

AUSL della Romagna

BACKGROUND I cambiamenti economici del mondo reale hanno determinato la necessità di individuare azioni sostenibili per garantire il mantenimento di azioni di Welfare. Azioni di diversi Enti dello stato a sostegno delle popolazioni con fragilità dello stato di salute mentale, in considerazione dei determinanti di salute che abbracciano non solo alle personali abilità di coping con le proprie percezioni e comportamenti, ma anche l'influenza delle risorse e dei luoghi del vivere, obbligano ad interazioni organizzate, responsabili e definite azioni sinergiche che permettano il recupero del capitale umano a prescindere dall'intensità e livello delle risorse personali. La sostenibilità delle azioni coordinate riconoscendo ed implementando percorsi verso l'autonomia partecipata attivamente e non subita in ottica prettamente assistenziale. In tal modo si implementa l'uscita dal livello del Voucher assistenziale a tempo indefinito verso un impegno a termine per il raggiungimento degli obiettivi condivisi con l'utente e i diversi attori del sistema.

OBIETTIVI Superamento dell'autoreferenzialità e della sovrapposizione di competenze fra attori del bene per i cittadini. Partecipazione attiva delle persone al superamento della propria difficoltà di via, attraverso progetti personalizzati con rilevazione dei tempi, degli esiti, della esclusione e di sinergiche attivazione monitorate e qualitativamente valutate.

METODI Definizione di progetti personalizzati attraverso le Unità di Valutazione multi disciplinari composte da servizi sociali degli EELL, servizi specialistici, utenti e familiari, privato sociale accreditato profit e non profit che consideri abilità e risorse della persona e della comunità. Definizione congiunta delle risorse economiche necessarie alla persona per raggiungere gli esiti voluti, monitoraggio della spesa e documentazione della stessa come supporto di gestione budgetaria di tutti gli attori coinvolti. Costruzione degli strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione esiti definiti.

RISULTATI Definizione del diritto di cittadinanza, inclusione sociale, autonomia di vita e creazione di nuove offerte nel territorio di opportunità di impresa. Ridistribuzione di competenza ed azioni in modo strutturato, integrato e condiviso. Miglioramento della relazione e conoscenza fra persone, professionisti, territorio.

LIMITI Necessità di avvio di una ottica di coprogettazione e condivisione economica non sempre accettata dai diversi attori a tutela della propria specificità organizzativa e economica. interiorizzazione della necessità della corresponsabilizzazione piuttosto che della delega.

CONCLUSIONI Un welfare di Comunità crea nel territorio un valore aggiunto che riconoscendo le possibilità del capitale umano attraverso la analisi delle individuali sostenibili azioni ed obiettivi, costruire reti di produzione di bene essere e rispetta l'utente che diviene protagonista di se stesso attraverso la consulenza, aiuto e accompagnamento dei professionisti specifici in una personalizzazione che diviene essa stessa terapeutica e partecipativa sostenibile e temporalmente definita. In tal modo anche il sistema di aiuto alle persone in difficoltà rimane sostenibile e meno dipendente alle limitate risorse economiche di ogni singolo attore grazie alla coprogettazione e alla co partecipazione economica condivisa e distribuita a seconda di necessità e competenze. Non ultimo esito la analisi dei bisogni espressi individuali e la risposta agli stessi riconoscendo la unicità dell'essere di ogni persona.

Indirizzo per la corrispondenza

Bosio Roberto, Medico Chirurgo
Azienda USL della Romagna - Azienda USL di Cesena - Dipartimento Salute Mentale
Piazza Leonardo Sciascia, 111 int. 2 - 47522 - Cesena
Email: roberto.bosio@auslromagna.it

29. La revisione dell'organizzazione e delle strutture attraverso l'implementazione di offerta, di accessibilità e di qualità delle strutture produce risparmio di sofferenza e risparmio economico: Esiti disaggregati di 7 anni di attività al Centro di Salute Mentale di Cesena

Bosio Roberto

AUSL della Romagna

BACKGROUND In coerenza alla legge 833 di Riforma Sanitaria, nell'ottica degli interventi a favore del cittadino si è avviato un percorso di revisione della struttura e degli obiettivi del CSM di Cesena, ponendo al centro il prendersi cura dei luoghi di cura come strumento di riconoscimento della dignità della persona utente, della dignità dell'operatore e della terapeuticità intrinseca di luoghi di cura confortevoli ed orientati alla bellezza come uno dei fattori favorenti una efficace azione di confidenza, fiducia ed adesione ai progetti d'aiuto alla soluzione della sofferenza. Prendersi cura della sofferenza con progetti personalizzati e offerta di cura multidimensionale basata sul riconoscimento delle risorse piuttosto che delle abilità mancanti.

OBIETTIVI Il CSM di Cesena, in logica aziendale, si è strutturato al fine di implementare l'accessibilità con una nuova distribuzione territoriale dei luoghi di accesso dell'utenza, superamento del ricorso all'ospitalità privata, adeguamento allo standard regionale delle persone inserite in Strutture Residenziali Accreditate, recupero di sofferenze nascoste, attivazione di uno stile di lavoro basato sull'ascolto e condivisione dei progetti di cura individualizzati con l'utente, favorendo azioni di integrazione sociosanitaria con i partners sociali degli EELL, dei MMG e di altre agenzie del territorio in una ottica di Community secondo principi della Recovery coerenti all'approccio bio-psico-sociale.

METODI Percorsi di discussione del progetto di riorganizzazione a livello di Direzione Aziendale, accettazione e deliberazione del Progetto, avvio nel 2009 con conclusione delle azioni nel 2012. Azioni di governance e coinvolgimento dei partners oltre che percorsi di formazione specifica. Rilevazione annuale epidemiologica degli esiti di accesso, spesa, tempi d'attesa, utilizzo ricorso ai ricoveri in ospedali privata, tassi di occupazione dei Centri Diurni e dei posti letto del CSM. Produzione di Procedure di servizio e di integrazione con NPJA, MMG, DCA, Unità di Valutazione Multidisciplinare, utenti in cura,

RISULTATI Netta diminuzione della spesa, aumento considerevole delle persone in cura, implementazione del lavoro di equipe e di integrazione, turno over degli utenti in cura costantemente migliorato nella descrizione dallo stato al momento zero (2008) al 2014. Innesco di un pensiero di evoluzione e superamento della cronicità, alfabetizzazione del territorio con progettualità condivisa nelle scuole e negli asili, lavori di gruppo con pensionati, bambini e utenti del CSM quale strumento per l'inclusione e per la partecipazione al bene sociale. Stretta relazione con i Distretti per una cultura dell'ascolto e del rispetto. Bilancio economico e rapporto costi/benefici nettamente a favore dell'azienda sanitaria Avvio della distribuzione diretta di farmaci per tutta la popolazione con fragilità psichica. I dati descritti anno per anno sono raccolti nel rapporto epidemiologico che si presenta. Avvio di percorsi di Budget di salute con impegno professionale ed economico condiviso fra SSN, EEL, Utenti.

LIMITI Mantenimento dei risultati ottenuti, resistenza al cambiamento e necessità di continua tensione alla tutela del progetto. Difficoltà nell'investimento delle risorse economiche risparmiate in ulteriori progetti di implementazione della qualità dei servizi. Scarsa interiorizzazione del modello da parte di alcuni professionisti con tentativi da parte di altre scuole di pensiero in salute mentale di restaurare stili non aderenti alle indicazioni e suggerimenti dello stato dell'arte e della stessa OMS. Difficoltà nel superamento delle rigidità del sistema di cura a favore della flessibilità e diversificazione degli interventi individualizzati. Non ottimale riconoscimento degli esiti da parte della associazione dei famigliari.

CONCLUSIONI La revisione della organizzazione attraverso un modello Hub and Spoke complesso con Punti di Accesso Facilitati distribuiti sul territorio ognuno con propria specifica microequipe multiprofessionale e la contemporanea gestione diretta da parte del servizio di Centri Diurni e posti letto in ambienti confortevoli a dimensione domestica e umanizzanti, ha prodotto esiti economici positivi ma soprattutto occasioni di guarigione e miglioramento della qualità della vita delle persone. Un servizio di salute mentale orientato al proprio sviluppo riverbera sulle persone in cura per il loro personale sviluppo, dicendo azione a volano sinergica verso nuove autonomie di vita e integrazione con accettazione positiva anche del territorio di vita quotidiana. Un processo ed un percorso di orientamento automaticamente implementato da se stesso con modificazione anche dell'espressione della sofferenza a favore del riconoscimento precoce da cui una minore sofferenza ma anche minore impegno di risorse economiche.

Indirizzo per la corrispondenza

Bosio Roberto, Medico Chirurgo
Azienda USL della Romagna - Azienda USL di Cesena - Dipartimento Salute Mentale
Piazza Leonardo Sciascia, 111 int. 2 - 47522 - Cesena
Email: roberto.bosio@auslromagna.it

30. Progetto sperimentale di monitoraggio della compliance dell'assistito affetto da OSA in trattamento con CPAP, attraverso la realizzazione di un percorso assistenziale nel Distretto Sanitario di Guidonia ASL RM G

Bracco Domenico, Salvati Stefania, Loffredo Matilde, Melillo Giuseppe, Vittoria Tourtchenko, Piovesana Vincenzo, Rossi Sofia, Stramacci Massimo, Tomasello Daniele, Proni Silvia

Asl Roma G

BACKGROUND il Gold standard terapeutico per l'OSA è la ventilazione meccanica a pressione positiva con CPAP. Il SSN fornisce il dispositivo ed il relativo materiale di consumo secondo i criteri stabiliti dal DM 321/2001 art 4, attraverso l'assistenza protesica. L'incidenza e la prevalenza dell'OSA nel Distretto Sanitario di Guidonia hanno reso necessario avviare un percorso assistenziale per la gestione globale del paziente al fine di evitare sprechi e identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low value, che riducono l'efficacia dell'assistenza

OBIETTIVI conseguire un adeguato controllo della compliance dei pazienti OSA in terapia con supporto ventilatorio non invasivo individuando i pazienti che non ne fanno un uso corretto, sostenendoli con consulenze tecnico-specialistiche; Attivazione di un percorso diagnostico-domiciliare sperimentale al fine di limitare la mobilità dei pazienti fuori dal territorio di appartenenza; Riduzione dei tempi d'attesa per il monitoraggio cardio-respiratorio (MCR); Riduzione dei costi dovuti alla sua incidenza sociale, all'ospedalizzazione e all'individuazione dei pazienti che rifiutano il trattamento.

METODI Il percorso clinico-assistenziale-progetto della durata di due anni- prevede tre fasi: diagnostica, terapeutica e follow-up. Fase Diagnostica: il Distretto Sanitario di Guidonia si è avvalso della collaborazione dell'Azienda Vitalaire, che ha fornito un servizio tecnico di support-programme, comprensivo della formazione degli specialisti del Distretto e addestramento all'uso del polisonnografo, la fornitura di strumenti diagnostici, la fornitura dei presidi CPAP, la gestione domiciliare globale dell'assistito. Dal Novembre 2014 è operativo un team multidisciplinare al fine di valutare sia gli assistiti a cui è stata già prescritta terapia CPAP sia tutti i pazienti con sospetta OSA. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti preliminarmente ad un colloquio, scheda clinica, somministrazione di questionari (TEST di Berlino/ESS), e ove necessario alla polissonnografia domiciliare al fine di valutare la gravità dell'OSA e l'appropriatezza prescrittiva. Agli assistiti che presentano elevati valori di AHI, RDI, BMI e patologie associate, viene autorizzato e fornito il dispositivo CPAP, l'indicazione ad effettuare un follow-up semestrale, con rivalutazione polissonnografica e verifica della compliance e/o modificazioni delle comorbidità. Il team ha anche il compito di evidenziare eventuali patologie ORL, pneumologiche o neurologiche, che possono giovare di trattamenti alternativi alla CPAP, o che possono rappresentare una controindicazione all'uso della stessa. Gli assistiti ammessi al trattamento vengono invitati inoltre a seguire altri percorsi terapeutici (studio e cura dei disturbi del comportamento alimentare, interventi chirurgici correttivi etc etc), mentre quelli che non soddisfino i criteri per l'assegnazione del presidio CPAP dovranno essere rivalutati nel tempo. Fase terapeutica: fornitura agli assistiti del dispositivo. Fase di Follow-up: entro i primi 40 gg viene fornita una consulenza infermieristica e tecnica telefonica, per verificare l'andamento della terapia e dare un rinforzo educativo; il monitoraggio dell'utilizzo del dispositivo viene effettuato a 40 gg, a 6 mesi ed ad otto mesi con invio di un report annuale. Dopo i primi 6 mesi viene effettuata la polissonnografia di controllo al proprio domicilio. I dati risultanti da questa attività vengono inseriti in un portale informatico Sleep Suite, a cui accede il team.

RISULTATI: creazione di un team medico composto da più specialisti, di cui due pneumologi ed un otorino in grado di fare diagnosi clinico-strumentale. I pazienti assistiti dal 01/11/2015 al 30/11/2015 sono stati 68, di cui in trattamento 54; tre pazienti con prescrizione di CPAP necessitavano di interventi chirurgici correttivi risolutivi. Sono stati individuati tre pazienti con picchi ipertensivi notturni, durante holter pressori, risultati poi affetti da OSA. Dopo sei mesi dal trattamento a 11 pazienti (17%) è stata interrotta la ventiloterapia per scarsa o totale collaborazione al trattamento. Tempi di attesa per eseguire la polissonnografia: massimo 30 giorni. Grazie al progetto si è sviluppato una maggiore cultura dell'OSA da parte degli operatori sanitari del territorio comportando un vantaggio per l'utenza, con una forte riduzione della mobilità passiva. Attraverso il percorso clinico assistenziale è stato possibile verificare la congruità della compliance in tutti i pazienti con benefici sanitari e riscontri economici riducendo la spesa complessiva preventivata di circa il 13%.

LIMITI Periodo di studio limitato, Durata del progetto

CONCLUSIONI I risultati sono fortemente indicativi rispetto al breve periodo di osservazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Loffredo Matilde, Medico Chirurgo
Distretto di Guidonia - U.O.S. Medicina Legale
Via F.lli Gualandi, 35 - 00012 - Guidonia Montecelio
Email: matilde.loffredo@aslromag.it

31. Monitoraggio di parametri clinici e strumentali in pazienti affetti da disturbi mentali gravi in trattamento con terapia psicofarmacologica

Branca Francesco, Scaglia Agostina, Merli Roberto

ASL Biella

BACKGROUND Da recenti dati di letteratura emerge che i pazienti affetti da disturbi mentali gravi (Psicosi Schizofrenica, Disturbi dell'Umore) hanno una riduzione di aspettativa di vita di almeno 10-25 anni rispetto alla popolazione generale. L'eccesso di mortalità è dovuto a molteplici fattori legati alle caratteristiche dei pazienti (scorretti stili di vita,effetti collaterali dei farmaci psicotropi,difficoltà nell'accesso alle cure primarie e specialistiche) ma anche al persistere di un'atteggiamento stigmatizzante degli operatori sanitari e della popolazione. Le principali patologie in comorbidità con i gravi disturbi mentali risultano essere: malattie dismetaboliche,dislipidemiche,cardio-vascolari,endocrine,obesità. Da queste premesse abbiamo avviato presso il nostro Servizio una collaborazione continuativa con una collega internista per inquadrare le problematiche di salute fisica inerenti ai pazienti afferenti presso l'ambulatorio.

OBIETTIVI Valutazione dei rischi cardiovascolari,metabolici,endocrini e del potenziale allungamento del QT al fine di prevenire eventuali eventi avversi e sorvegliare l'insorgenza di effetti collaterali molto frequenti(diabete,obesità,dislipidemia) con l'utilizzo di alcune molecole psicotrope.

METODI Sono stati arruolati 51 soggetti (27 di sesso maschile e 24 di sesso femminile) di età compresa tra 20 e 75 anni (età media 41,8),in trattamento psicofarmacologico. Sono stati sottoposti ad una prima visita internistica, ECG,misurazione peso, circonferenza vita, BMI, pressione arteriosa. Alcuni pazienti inoltre sono stati sottoposti a ECG seriati in funzione delle modificazioni della posologia dei farmaci implicati nell'allungamento del QT. Un esiguo numero di pazienti hanno necessitato di ulteriori accertamenti specialistici con invio presso Strutture di Alta specializzazione.

RISULTATI in corso il monitoraggio dei parametri sopra elencati.

LIMITI Difficoltà nell'effettuare switch a molecole alternative allorchè gli effetti collaterali sopra riportati si sono resi evidenti. Difficoltosa compliance alle terapie di pertinenza internistica in soggetti con politerapie. Coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle strategie di intervento e gestioni dei pazienti a loro carico.

CONCLUSIONI Maggiore accuratezza nella gestione di problematiche inerenti alla salute fisica dei soggetti in cura presso il Servizio Psichiatrico Ambulatoriale.

Indirizzo per la corrispondenza

Scaglia Agostina, Medico Chirurgo
Ospedale degli Infermi di Biella - U.O. Diabetologia
Via Caraccio, 5 - 13900 - Biella
Email: agostina.scaglia@alice.it

32. Competenze Infermieristiche Avanzate al Triage: morfina orale nel dolore lieve-moderato

Calò Luigi Cristiano, Politano Rocco, Guerra Federico, Gabrielli Barbara

AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona

BACKGROUND I dipartimenti di emergenza rappresentano il punto di riferimento per il cittadino, che necessita di soccorso sanitario tempestivo e professionale. Indipendentemente dalla causa dell'accesso nei pronto soccorso, spesso la sintomatologia predominante accusata dagli utenti è il dolore, che può essere classificato e diversificato in molteplici schemi, con conseguenti approcci differenti. L'infermiere si adopera per l'ideale e corretta valutazione e gestione dei malati secondo le normative vigenti, quali ad esempio: Legge 15 marzo 2010 n38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla gestione del dolore" e il Codice Deontologico: Articolo 34 "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari." L'insieme delle normative, in combinazione con le competenze di base ed avanzate delle professionalità e la formulazione di protocolli operativi condivisi, permette di garantire l'assistenza immediata ai malati che afferiscono presso i DEA con patologie dolorose classificabili con bassa priorità di accesso. La gestione immediata ad opera dell'Infermiere di triage, trasforma l'attesa "passiva" in attesa "attiva", migliorando la percezione di "presa in carico" del malato da parte della struttura.

OBIETTIVI Il Pronto Soccorso degli Ospedali Riuniti di Ancona dal 2010 ha avviato un protocollo operativo infermieristico per la gestione precoce al triage delle seguenti patologie: cervicobrachialgia, lombalgia, otaglia, odontalgia, traumatismi isolati degli arti attraverso la somministrazione del farmaco "ORAMORPH", morfina per uso orale (1fl 10mg/5cc fisiologica) ai soggetti con un dolore moderato/forte (NRS-numerical rating scale = 4/10). Il farmaco garantisce rapidità d'azione, sicurezza per il malato (si dispone di antidoto), sicurezza per l'operatore che non deve maneggiare aghi, né allontanarsi dal Triage. L'obiettivo del protocollo è ridurre di 2 punti "NRS" il dolore dei malati in attesa di valutazione medica.

METODI Dapprima vi è stata la formazione del personale riguardo le caratteristiche del farmaco, il protocollo operativo e la scheda di gestione; quindi, dopo avvio del protocollo, vi è stata la verifica dell'efficacia attraverso la revisione dei moduli compilate. La scheda racchiude l'elenco delle patologie incluse ed escluse dal protocollo, le condizioni in cui dimezzare il dosaggio del farmaco, la scala NRS numerata da 1 a 10, dove il malato a tempo T0 e dopo almeno 20' a T1 identificherà l'intensità del dolore e uno spazio per gli eventi avversi che si sono presentati dopo l'assunzione della terapia.

RISULTATI Dal 23 ottobre 2010 al 30 aprile 2014 sono stati reclutati 380 pazienti, di età media 42 ± 15 anni. La maggior parte lamentava dolore a seguito di traumatismi (39.2 %) e lombosciatalgia (31.8%), minori i casi di odonto-otalgia (22.8%). Il punteggio medio della scala NRS prima della somministrazione dell'analgesico è stato pari a 8.4 ± 1.4 , l'80% dei casi mostrava punteggio=8. La scala NRS, rivalutata dopo un intervallo di tempo medio pari a 37.7 ± 19.1 minuti, è risultata pari a 6.6 ± 2.3 , con una riduzione media assoluta di 1.8 ± 1.9 punti. In particolare, il 50.5% della popolazione ha ottenuto una riduzione assoluta del punteggio NRS di almeno 2 punti e il 51.3% di almeno il 20% rispetto al valore iniziale. L'analisi di efficacia ha rilevato una differenza statisticamente significativa nella risposta al farmaco tra i maschi e le femmine, con una risposta positiva più frequentemente associata al sesso femminile, sia in termini di riduzione assoluta che percentuale della scala NRS (RR 1.34; 95% CI 1.08-1.68). L'efficacia del farmaco varia anche in base alla genesi del dolore, dimostrandosi migliore nei soggetti con traumatismo od odontalgia ($p=0.012$). Gli effetti collaterali sono stati rari: 17soggetti (4.5%)hanno lamentato sonnolenza(7 soggetti) o nausea e vomito(6 soggetti). Globalmente non è stata notata alcuna associazione tra eventi avversi ed età, sesso, problematica, dose, livello NRS all'ingresso o minuti intercorsi. I medesimi risultati in termini di efficacia ed effetti collaterali si sono ottenuti escludendo i pochi casi di soggetti trattati con metà dose di morfina(5 mg).

LIMITI Numero limitato di casi

CONCLUSIONI Dall'analisi dei dati, il trattamento delle sindromi dolorose con intensità moderata/forte (NRS=4/10), è possibile considerare la morfina orale al triage come un farmaco efficace. Il trattamento immediato permette di trasformare l'attesa in pronto soccorso da passiva ad attiva, migliorando le percezioni generali del malato nei confronti della propria gestione. Inoltre il farmaco ha dimostrato una pressoché totale sicurezza, con una minima percentuale di effetti collaterali, tra cui effetti attesi, come sonnolenza e alterazioni dello stato cognitivo, oltre all'assenza di eventi avversi "maggiori".

Indirizzo per la corrispondenza

Calò Luigi Cristiano, Infermiere
A.O.U. Osp. Riuniti Umberto I G.M. Lancisi G. Salesi - U.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: inf.calo@hotmail.it

33. CARTA DELL'UTENTE - Diritti e doveri del Cittadino Utente ASL di Mantova

Capelletti Chiara, Molinari Manuela, Galavotti Maurizio

ASL Mantova

BACKGROUND L'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Mantova, con la propria "Carta dei Servizi", di seguito "CARTA", ha assunto, dal settembre 2015, una serie di obblighi - rispetto ai servizi erogati - che pongono al centro la persona con i suoi diritti e doveri. Secondo tale prospettiva l'ASL di Mantova, nell'ambito del "Piano delle Performance 2015", ha elaborato per i servizi dell'area sanitaria e socio-sanitaria, delle Linee Guida atte a regolamentare, supportare e uniformare le attività di front-office. Questo processo, trasversale a tutti i Centri di responsabilità delle aree coinvolte, ha condotto alla definizione e diffusione della "CARTA DELL'UTENTE - DIRITTI E DOVERI DEL CITTADINO UTENTE ASL di MANTOVA". La "CARTA" è uno strumento maggiormente diffuso nelle aziende ospedaliere in quanto le prestazioni fornite sono più complesse, durature nel tempo e con alti livelli di delicatezza rispetto a privacy e a patologia, pur tuttavia l'ASL di Mantova ha deciso - all'interno di un numero limitato di aziende sanitarie territoriali - di dotarsi di tale strumento per facilitare i rapporti con la comunità considerato che anche le ASL, in particolare nel Sistema Lombardo, erogano prestazioni.

OBIETTIVI La "CARTA", ha pertanto lo scopo di superare la valenza strettamente informativa e giungere alla definizione di un patto con il Cittadino che orienti i comportamenti degli operatori e degli utenti, ma anche dei parenti, in qualunque fase di accesso ai servizi. Lo strumento sottolinea quindi l'importanza dei diritti riconosciuti al cittadino a cui corrispondono dei doveri che lo stesso deve riconoscere alla Struttura erogante e al contempo evidenzia come gli operatori aziendali abbiano, a loro volta, diritti e doveri nella relazione con l'utenza

METODI La "CARTA" è il risultato di un Gruppo di Lavoro aziendale che ha condiviso la stesura di ciascun articolo procedendo poi alla sua diffusione capillare all'interno di tutti i servizi di front-office. Dopo aver esplicitato finalità e principali riferimenti legislativi il documento si struttura in due sezioni principali, chiamati Titolo I "I diritti" (principi generali, diritto alla dignità e all'assistenza, diritto all'informazione, diritto al consenso informato, diritto alla riservatezza, diritto all'accessibilità e alla puntualità, diritto alla tutela e diritto al decoro) e Titolo II "I doveri" (principi generali, responsabilità, dovere all'accessibilità e puntualità, collaborazione, rispetto del personale dell'Azienda e dovere al decoro). Al fine di favorire e sostenere l'empowerment del cittadino, in ogni luogo dell'ASL di Mantova, che ha accesso al pubblico, è stata affissa la "LOCANDINA CARTA DELL'UTENTE - DIRITTI E DOVERI DEL CITTADINO UTENTE" che stimola l'utente a prendere visione della versione integrale della "CARTA"; nella stessa locandina viene inoltre fornito un indirizzo e-mail (scrivi@aslmn.it) attraverso il quale velocizzare il rapporto informativo tra Azienda e cittadino. La versione completa della "CARTA" è pubblicata in una pagina ad hoc della sezione "Tutela del cittadino" reperibile nella home-page del sito aziendale (www.aslmn.it). La "CARTA" è stata infine condivisa all'interno del "Forum degli URP" (Gruppo che unisce gli Uffici Relazioni con il Pubblico di ASL Mantova e degli Enti Erogatori privati accreditati e a contratto), i cui soggetti hanno dimostrato interesse ad adottarla in futuro adeguandola alle proprie Strutture

RISULTATI L'efficacia dello strumento sarà valutata dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'ASL di Mantova attraverso l'analisi quantitativa/qualitativa dei contatti registrati all'indirizzo e-mail creato ad hoc e in base al numero di reclami, che facciano specifico riferimento alla conflittualità tra operatori e cittadini, ipotizzandone una riduzione rispetto all'annualità precedente (< 5 - 10 %).

LIMITI Parte dell'utenza dell'ASL di Mantova potrebbe avere, per età avanzata e limitate competenze linguistiche, difficoltà ad accedere agli strumenti informatici previsti dalla "CARTA".

CONCLUSIONI La divulgazione della "CARTA" e la disponibilità di strumenti che ne permettano di verificarne l'utilizzo e la comprensione costituiscono la premessa per un maggior coinvolgimento del cittadino nello sviluppo di tale strumento e nella ricerca di una collaborazione più attiva nella programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali

Indirizzo per la corrispondenza

Galavotti Maurizio,
ATS della Val Padana - Sede territoriale della provincia di Mantova - Direzione Sanitaria
Via dei Toscani, 1 - 46100 - Mantova
Email: maurizio.galavotti@aslmn.it

34. Predittori di riammissione non pianificata a trenta giorni, tra i pazienti di un servizio di Cure Domiciliari: aggiornamento e confronto 2011-2014

Carnicelli Francesca¹, Comparcini Dania², Simonetti Valentina, Cicolini Giancarlo³

¹ASUR Marche Area Vasta n° 5, ²AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona, ³Università G. D'Annunzio

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. In particolare, i pazienti anziani ospedalizzati presentano un alto livello di disabilità e comorbidità ed un maggior rischio di ricoveri ospedalieri. L'entità del fenomeno "riammissioni non programmate in ospedale entro 30 giorni da un ricovero indice", è rilevante: le riammissioni sono dannose per i pazienti e le famiglie, costose per il SSN ed espongono il paziente a rischi aggiuntivi. Ad oggi, numerose ricerche hanno indagato i fattori di rischio che possono determinare la riammissione ospedaliera degli assistiti a livello territoriale per individuare indici predittivi 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 in Cure Domiciliari, individuare i fattori predittivi di riammissione in ospedale entro 30 giorni dal ricovero e confrontare i risultati dell'anno 2014 con gli analoghi raccolti nel 2011.

METODI Lo studio, osservazionale retrospettivo multicentrico, è stato condotto consultando le Schede di Dimissione Ospedaliera, i dati reperibili nelle cartelle e nei software del Servizio di Cure Domiciliari e dei Presidi Ospedalieri (Area Vasta n.5 Marche) dei pazienti: >60 anni, con un'ammissione in regime di ricovero non pianificato presso i Presidi Ospedalieri territorialmente competenti nell'anno 2014. Sono stati individuati 2624 ricoveri per 1707 pazienti assistiti dalle Cure Domiciliari; 1077 rispondevano ai criteri di inclusione e sono stati suddivisi in 2 gruppi: riammessi entro 30 giorni (n=218) e non riammessi entro 30 giorni (n=859). Sono state analizzate: le riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione; le Unità Operative e la durata del ricovero; i dati sociodemografici; lo stato di dipendenza; la tipologia di Assistenza Domiciliare; le comorbidità riferite alle patologie indicate in letteratura 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 eseguita un'analisi multivariata. I dati statisticamente significativi sono stati confrontati con gli stessi raccolti nell'anno 2011.

RISULTATI I pazienti riammessi dopo 30 giorni dal ricovero indice, nell'anno 2011 sono il 57.9 %, nel 2014 il 20.2%. Nell'anno 2014, si evidenzia una maggiore numerosità campionaria, con maggioranza di persone nella fascia d'età 80-89 anni (media 81.3±1.1), donne, sposate, con un titolo di studio. Tra i fattori associabili con la riammissione, in entrambi gli anni, si evidenziano: degenza del ricovero indice >3 giorni, afferenza al Dipartimento Medico, mancanza di autosufficienza, presenza di 2.6 (±1.0) patologie concomitanti con prevalenza di diabete, insufficienza cardiaca congestizia, fibrillazione atriale. I dati divergono sulla tipologia di assistenza domiciliare, nel 2011 prevaleva la Domiciliare Integrata, nel 2014 invece la Domiciliare Prestazionale. Nel 2014, a differenza del 2011, fattori predittivi di riammissione a 30 giorni sono: fascia d'età 60-69 anni [OR 2.14(1.36-3.36)], l'Assistenza Domiciliare Integrata [OR 1.35(1.00-1.83)], ricovero indice nel Dipartimento Medico [OR 1.87 (1.35-2.58)], l'insufficienza cardiaca congestizia [OR 2.09 (1.51-2.90)], malattia renale cronica [OR 1.70(1.21-2.38)], accidenti cerebrovascolari [OR 1.62(1.15-2.28)] e le fratture [OR 2.36(1.66-3.34)]. I fattori protettivi sono: l'assenza di comorbidità [OR 0.52(0.32-0.85)].

LIMITI Il numero di documentazione incompleta ha determinato una riduzione della numerosità campionaria. Tuttavia è stato evidenziato un miglioramento nel 2014 rispetto al 2011, in merito alla corretta compilazione della documentazione da parte degli operatori sanitari.

CONCLUSIONI Lo studio ha permesso di evidenziare, soprattutto nell'anno 2014, un valore percentuale di pazienti riammessi in ospedale a trenta giorni, più basso rispetto al cut-off del 32.7% indicato in letteratura. Un basso tasso di riammissione ospedaliera è un importante indicatore della qualità delle cure. La difficoltà di individuare fattori predittivi di riammissione, si è evidenziata nel confronto dei dati elaborati negli anni di riferimento. Sono emerse differenze sia nei fattori predittivi, che protettivi rispetto alle riammissioni. Nel 2014 i risultati sono stati, però, più aderenti alla letteratura, suggerendo che, la maggior conoscenza dei fattori predittivi potrebbe aver favorito azioni preventive e correttive per diminuire le riammissioni non pianificate, garantendo una maggiore qualità di cura, il miglioramento della continuità ospedale - territorio e la riduzione dei costi.

Indirizzo per la corrispondenza

Carnicelli Francesca, Infermiere
Ospedale di Ascoli Piceno - C. e G. Mazzoni
Via degli Iris, 6 - 63100 - Ascoli Piceno
Email: francesca.carnicelli@sanita.marche.it

35. Appropriatelyzza del ricovero ospedaliero del paziente anziano con patologia neoplastica: ruolo dell'esame ecografico

Carrieri Vito

ASL Brindisi

BACKGROUND Le patologie neoplastiche sono in continuo incremento nei pazienti di età superiore a 65 anni. I reparti ospedalieri di Pronto Soccorso (PS) spesso hanno notevoli difficoltà nell'identificare il reparto più appropriato per il ricovero di pazienti con neoplasia nota o con sospetta patologia neoplastica, sia a causa della carenza di posti letto sia soprattutto per la carenza di prestazioni diagnostiche appropriate facilmente effettuabili al momento del ricovero. Queste problematiche hanno spesso come conseguenza un incremento dei tempi di degenza, a volte in reparti non appropriati, un incremento dei costi e talvolta, se il paziente viene sottoposto a prestazioni non appropriate, un incremento dei rischi per l'anziano fragile con neoplasia.

OBIETTIVI Obiettivo del progetto è quello di suggerire un percorso assistenziale in cui sia previsto, sia nei PS sia nei reparti di degenza, l'utilizzo dell'ecografia (US, UltraSonografia) come tecnica diagnostica preliminare, eseguita precocemente da medici esperti, sia nei pazienti anziani con neoplasia nota sia in tutte le situazioni cliniche in cui sia stata formulata l'ipotesi diagnostica di neoplasia. Nell'anziano infatti, sia a causa della frequente coesistenza di molteplici patologie associate sia a causa della nota condizione di "fragilità", è indispensabile un percorso assistenziale rapido, con metodi possibilmente non invasivi, di facile implementazione e di costi contenuti al fine di raggiungere l'obiettivo dell'appropriatelyzza del ricovero e dell'iter diagnostico e terapeutico, migliorando la sicurezza e la qualità dell'assistenza.

METODI L'US è stato inserita come prima indagine diagnostica strumentale da eseguire sia presso i PS sia nel primo giorno di ricovero presso i reparti ospedalieri di degenza, in tutti i pazienti di età superiore ai 65 anni, affetti da neoplasia nota oppure in cui è stata formulata l'ipotesi diagnostica di neoplasia. Sono stati inseriti nel progetto 200 pazienti: -A) 100 pazienti di età superiore ai 65 anni, affetti da neoplasia nota primitiva o secondaria, già ricoverati precedentemente in altri reparti (oncologia, ematologia, chirurgia, urologia, ginecologia, ecc) e giunti al PS per sintomi non necessariamente correlati alla neoplasia nota. -B) 100 pazienti in cui il medico del PS ha formulato l'ipotesi diagnostica di sospetta neoplasia. In tutti i pazienti è stata effettuata l'US dell'addome e della pelvi, sia presso il PS al momento dell'accettazione, sia presso il reparto entro 12 ore dal ricovero. I due gruppi di 100 pazienti ciascuno sono stati confrontati con altri due gruppi di 100 pazienti ciascuno, omogenei per classi di età, in cui non è stata effettuata precocemente l'US, né al PS né nel reparto di ricovero.

RISULTATI L'US eseguita precocemente ha permesso di identificare nel primo gruppo di 100 pazienti con neoplasia primitiva o metastatica nota (65 donne, 35 uomini, età 65-98), tre sottogruppi: 1A) 30 pazienti con grave compromissione delle condizioni cliniche con neoplasie in stato avanzato, con necessità di essere sottoposti solo a terapia palliativa, analgesica, nutrizionale, ecc. L'US eseguita dal PS ha permesso di trasferire in tempi brevi i pazienti in reparti di Lungodegenza, in Hospice o a domicilio con dimissione protetta ADI, Assistenza Domiciliare Integrata. 2A) 20 pazienti con neoplasia che richiedeva adeguata stadiazione ed idonea terapia. L'US eseguita in PS ha permesso di selezionare il reparto idoneo ed indirizzare correttamente il successivo iter diagnostico strumentale. 3A) 50 pazienti che, essendo già stati sottoposti a terapia oncologica, erano affetti da molteplici patologie non oncologiche, tuttavia spesso correlate alla neoplasia o alla chemioterapia e pertanto meritevoli di ricovero ed adeguato iter diagnostico e terapeutico. L'US eseguita in PS o dal medico di reparto ha contribuito a ridurre i tempi di degenza per monitoraggio della neoplasia e per diagnosticare altre patologie associate. Nel secondo gruppo di 100 pazienti in cui il medico di PS aveva formulato l'ipotesi di patologia neoplastica, l'US eseguita in PS ha permesso di selezionare il reparto più appropriato per il ricovero e successivamente l'US eseguita entro 12 ore dal medico di reparto ha permesso di prescrivere il percorso diagnostico terapeutico più appropriato. Questi risultati, confrontati con altri due gruppi di 100 pazienti ciascuno in cui non è stata effettuata precocemente l'US né dal PS né dal medico di reparto, hanno evidenziato che la degenza media è stata per tutti i pazienti in cui non è stata eseguita US, superiore (4-16 giorni, media 10) e che i trasferimenti nei reparti appropriati sono stati effettuati da 4 a 10 giorni dopo.

LIMITI Il progetto ha come limiti la necessità di disporre di un numero adeguato di ecografi e di medici esperti in ecografia.

CONCLUSIONI I risultati hanno confermato che l'US eseguita precocemente, sia in PS sia dal medico di reparto, consente di impostare l'appropriato iter diagnostico e terapeutico, riducendo tempi di degenza e costi ed incrementando la sicurezza dei pazienti anziani "fragili" neoplastici.

Indirizzo per la corrispondenza

Carrieri Vito, Medico Chirurgo
Stabilimento Ospedaliero Di Summa - Perrino - U.O. Degenza - Geriatria
S.S. 7 per Mesagne - 72100 - Brindisi
Email: vito.carrieri@asl.brindisi.it

36. Educazione terapeutica del paziente e dei familiari: strategia per raggiungere l'obiettivo dell'autogestione nelle patologie croniche

Carrieri Vito

ASL Brindisi

BACKGROUND L'età media e le patologie croniche sono in costante incremento e pertanto l'ospedalizzazione frequente dei pazienti anziani con pluripatologie croniche, spesso riacutizzate per carente assistenza domiciliare, è una delle cause dell'incremento della spesa sanitaria. L'educazione terapeutica dei pazienti e dei familiari è stata da tempo proposta come metodo formativo per consentire a coloro che sono affetti da patologie croniche (scompenso cardiaco, diabete mellito, broncopatia cronica, ipertensione arteriosa, insufficienza renale, epatopatie croniche, ecc) di conoscere adeguatamente la propria patologia e di apprendere le più semplici attività pratiche che consentono di affrontare la gestione quotidiana della terapia farmacologica (assunzione della terapia orale, utilizzo degli inalatori, somministrazione di insulina, ecc), del monitoraggio di alcuni parametri funzionali (automisurazione di glicemia, glicosuria, pressione arteriosa, ecc), dell'applicazione di adeguati comportamenti igienico dietetici. Inoltre è stato dimostrato che la migliore conoscenza della propria patologia cronica, dei sintomi di complicanze riconosciute precocemente dal paziente e dai familiari, consente a familiari e paziente di comunicare in modo più efficace con gli operatori sanitari, sia quelli preposti all'assistenza domiciliare sia quelli di Pronto Soccorso, 118, reparti ospedalieri. Sono da tempo utilizzati brevi ed efficaci programmi didattici per fornire a pazienti e familiari una adeguata informazione e formazione relativa a conoscenze, competenze pratiche ed abilità relazionali correlati a specifiche patologie in cui l'apprendimento dell'autogestione permette di ridurre il rischio di complicanze, il numero di chiamate in emergenza, il numero di ricoveri ospedalieri ripetuti, gli errori nell'assunzione dei farmaci, il ricorso ad elevato numero di consulenze specialistiche.

OBIETTIVI Obiettivo dell'esperienza didattica dei pazienti anziani affetti da patologie croniche e dei loro familiari, realizzata mediante un breve programma formativo, è quello di evidenziare se l'educazione del paziente e dei familiari, definita anche "educazione terapeutica" poiché può essere considerata parte integrante della terapia, consente di ridurre il numero di complicanze, il numero di ricoveri ospedalieri ripetuti, il numero di decessi, gli errori nell'assunzione dei farmaci, le incomprensioni nel rapporto relazionale tra paziente-familiari e medico-infermiere.

METODI Sono stati selezionati 4 gruppi di pazienti di età superiore a 65 anni affetti da 4 patologie croniche: scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva, epatopatia cronica e cirrosi epatica, diabete mellito. Ogni gruppo, costituito da 10 pazienti omogenei per livello culturale, è stato convocato in ospedale insieme con un familiare che potesse assumersi il ruolo di caregiver. Un medico ed un infermiere esperto hanno effettuato un breve corso di 4 ore relativo ad alcuni argomenti fondamentali: conoscere la malattia e le sue complicanze, identificare i segni e sintomi dell'insorgenza di complicanze, autogestire il monitoraggio della patologia, autogestire la terapia della malattia, adottare idonei stili di vita ed adeguati comportamenti dietetici, colloquiare con gli operatori sanitari. Questi 4 gruppi di pazienti e familiari sono stati confrontati con altri 4 gruppi, omogenei per età e per livello culturale e per caratteristiche del familiare caregiver, di pazienti affetti dalle 4 patologie, ai quali non è stata effettuata la formazione.

RISULTATI I risultati sono stati analizzati dopo un anno di osservazione confrontando i gruppi di pazienti. I parametri considerati sono stati: numero di ricoveri ospedalieri e di complicanze gravi, numero di decessi, numero di errori gravi nell'autogestione della terapia domiciliare, numero di pazienti che hanno cambiato il medico di famiglia. In tutti i gruppi di pazienti e familiari sottoposti al programma didattico, indipendentemente dalle patologie croniche considerate, si è verificato un numero inferiore di eventi rispetto ai 4 gruppi di pazienti e familiari che non avevano usufruito della formazione. I pazienti diabetici hanno avuto un numero inferiore di eventi gravi quali amputazioni e coma. I cirrotici hanno avuto meno scompensi ascitici. I bronchitici cronici hanno avuto meno ricoveri ospedalieri per riacutizzazione ed insufficienza respiratoria. I pazienti con scompenso cardiaco hanno avuto meno ricoveri per aritmie, scompenso idroelettrolitico, insufficienza cardiorespiratoria. La mortalità è stata inferiore in tutti i gruppi in cui era stata effettuata l'educazione del paziente e familiari. 3 pazienti in cui non era stata effettuata formazione hanno cambiato medico di famiglia.

LIMITI L'educazione del paziente e dei familiari non può essere effettuata agevolmente a causa della mancanza di tempo da parte degli operatori sanitari e della scarsa disponibilità di spazi adeguati

CONCLUSIONI Programmi formativi orientati su paziente e familiari sono strategia adeguata per coinvolgere cittadini e pazienti nelle decisioni che riguardano la propria salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Carrieri Vito, Medico Chirurgo
Stabilimento Ospedaliero Di Summa - Perrino - U.O. Degenza - Geriatria
S.S. 7 per Mesagne - 72100 - Brindisi
Email: vito.carrieri@asl.brindisi.it

37. Rete Regionale Sicilia: “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 Fabio¹, Madonia Salvatore², Di Marco Vito³, Russello Maurizio⁴, Raimondo Giovanni⁵, Scalisi Ignazio⁶, Scifo Gaetano⁷, Davì Antonio⁷, Bertino Gaetano⁸, Craxi Antonio³

¹Ospedale Buccheri La Ferla Palermo, ²Ospedale Cervello Palermo, ³Policlinico di Palermo, ⁴ARNAS Catania, ⁵Policlinico di Messina, ⁶Ospedale “Vittorio Emanuele II” di Castelvetro, ⁷Libero professionista, ⁸Policlinico Catania

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.registrohcvsicilia.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, la prescrivibilità era quella stabilita dai criteri AIFA. I 41 centri inseriti nel portale gestiscono in maniera condivisa le diagnosi e le terapie il tutto è monitorato sul web in maniera centralizzata e sono misurate l’appropriatezza (rispetto al documento tecnico), gli esiti (alla fine della terapia ed al follow-up, previsto anche per anni successivi alla fine della terapia in modo da valutare la storia naturale 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), inoltre un modello di agende elettroniche mette in comunicazione tutti i centri consentendo di trasferire i pazienti in centri prescrittori.

RISULTATI Tra marzo e dicembre 2015 in rete sono inseriti 7506 pazienti, il 57% maschi ed il 43% femmine, 3806 pazienti inseriti hanno criteri AIFA e 3700 non hanno ancora i criteri per il trattamento, dei pazienti con criteri AIFA 3278 sono stati validati per effettuare le terapie, hanno iniziato le terapie con antivirali diretti 2606 pazienti di questi il 68% presenta una malattia di fegato avanzata Cirrosi in Classe A (59%) e B (9%) di Child ed il 32% ha una epatite cronica con fibrosi avanzata. Dei pazienti in trattamento dei 906 pazienti valutabili per esiti il 98% al termine della terapia è risultato responsivo (HCV RNA negativo), solo 17 pazienti hanno interrotto il trattamento (di cui soltanto 7 per effetti collaterali) e 10 sono risultati non responsivi. Il modello organizzativo ha consentito di monitorizzare l'appropriatezza delle terapie (il 100% dei pazienti trattati è conforme ai criteri AIFA), inoltre in maniera trasparente è stata determinata la priorità di terapia. Inoltre il modello di agende elettroniche ha consentito con equità e trasparenza: di fare eseguire l’indagine FIBROSCAN, considerata indispensabile per valutare la priorità della terapia, a 1506 pazienti di tutti i centri della rete. Ha consentito di fare accedere alle terapie 156 pazienti provenienti da centri periferici non prescrittori.

LIMITI Mantenere elevato l'interesse a monitorare gli esiti per valutare la storia naturale

CONCLUSIONI L'istituzione 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. Apre inoltre l'opportunità di valutare l'impatto dei nuovi trattamenti sulla storia naturale della malattia.

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

38. La valutazione di un percorso assistenziale simulando un processo HTA

Casati Ornella, Lombardi Giulia, Bertolaia Patrizia

ASL Milano

BACKGROUND La valutazione dei pazienti fragili e dei casi complessi e il successivo progetto individuale vengono storicamente svolte dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), elemento centrale della rete dei servizi. L'UVM è costituita da figure sanitarie e sociali che operano in modo integrato, secondo i canoni della valutazione multidimensionale (VMD). Caratteristica dell'UVM è la capacità di lavorare secondo un percorso valutativo flessibile sulla base della complessità del caso. L'"Equipe di 2° livello" costituisce il livello valutativo più approfondito destinato ai casi più complessi. Tali equipe si riuniscono stabilmente, mediamente tre volte al mese per ogni Distretto e vedono la presenza contemporanea di più figure professionali (infermiere, assistente sanitario, geriatra, assistente sociale, medico coordinatore).

OBIETTIVI Le Linee Guida dell'UVM sono state recentemente elaborate da un Tavolo di Lavoro, istituito all'inizio del 2015 con il coinvolgimento diretto del personale che opera nelle stesse Unità. Nell'ambito del Tavolo sopra citato è stata condotta un'indagine conoscitiva, specificatamente per le "Equipe di 2° livello", attraverso la somministrazione di un questionario. I risultati del questionario hanno evidenziato una durata media delle equipe di circa 2 ore e una media di 13 casi complessi discussi a incontro. A fronte dei pochi minuti che mediamente risultano essere dedicati al singolo caso (circa 9 minuti) emerge, sempre dal questionario, che il 67% degli operatori ha ritenuto il tempo per la discussione dei casi sufficiente. Si è pertanto rilevata la necessità di rivalutare: 1) l'effettiva efficacia delle "Equipe di 2° livello" sugli outcomes del paziente complesso 2) la corretta eleggibilità dei casi portati alla discussione di 2° livello. 3) l'organizzazione interna delle equipe.

METODI L'Equipe di 2° livello, seppur momento specifico di un percorso valutativo più ampio costituito dall'UVM, può essere considerata sia percorso assistenziale che modello organizzativo a se stante. Per questo motivo e senza presunzione di intenti, si è ritenuto di procedere, alla rivalutazione dell'Equipe prendendo come traccia il modello dell'Health Technology Assessment (HTA). È stato quindi costituito un "Gruppo di valutazione" CON personale sanitario ASL (non direttamente coinvolto nella valutazione) e rappresentanti di alcuni stakeholder (Enti Gestori ADI, Care giver). Il Gruppo attraverso un ipotetico percorso di Priority setting ha proceduto ad identificare alcuni criteri di prioritizzazione ritenuti di peso nell'ambito che si voleva analizzare (Potenziali cambiamenti sui risultati di salute, Costo, Variabilità nell'uso, Incertezze sull'eleggibilità dei casi). Questi criteri hanno supportato la scelta di procedere alla valutazione multidimensionale secondo il modello HTA dell'Equipe di 2° livello piuttosto che dell'intero percorso valutativo svolto dall'UVM. Sempre seguendo la traccia dell'HTA sono state quindi identificate alcune domande di ricerca riferibili ad alcuni dei domini di valutazione (Problema di salute e utilizzo attuale della tecnologia; efficacia; costi; aspetti etici, organizzativi e sociali). In particolare il Gruppo ha identificato la necessità di: 1) definire in modo chiaro la popolazione target approfondendo il concetto di complessità e di paziente complesso; 2) rilevare e quantificare gli effetti della valutazione in Equipe sullo stato di salute del paziente 3) ricercare in letteratura percorsi di valutazione dei casi complessi alternativi all'equipe; 4) verificare se è garantito un eguale accesso per tutti i pazienti complessi; 5) definire i costi.

RISULTATI Il lavoro del Gruppo proseguirà per tutto l'anno 2016 e terminerà con la stesura di un report sui risultati della valutazione. Tale report verrà utilizzato dal Tavolo di Lavoro UVM per l'eventuale revisione delle Linee Guida con particolare riferimento all'Equipe di 2° livello.

LIMITI Si possono ipotizzare difficoltà al cambiamento nel caso lo studio rilevasse la necessità di introdurre sostanziali modifiche all'Equipe 2° livello.

CONCLUSIONI Seppur gli strumenti di Governance in ambito socio-sanitario siano spesso mutuati dal contesto sanitario, la complessità anche dell'ambito socio-sanitario richiede una sempre maggiore attenzione all'appropriatezza e al rapporto tra i costi e gli outcomes sul paziente. Con uno sforzo applicativo e un loro ovvio adattamento tali strumenti sono stati utilizzati negli anni nel complesso sistema delle cure domiciliari con evidente miglioramento nel rapporto costo-efficacia. Il modello HTA risulta quindi uno strumento la cui applicazione potrà aggiungere valore e chiarezza alle decisioni prese in occasione delle revisione delle Linee Guida UVM.

Indirizzo per la corrispondenza

Casati Ornella, Medico Chirurgo
ATS Milano – Città Metropolitana - Sede territoriale di Milano - U.O. ADI e Anziani
Corso Italia, 19 - 20122 - Milano
Email: ornellacasati@gmail.com

39. Percorso di formazione finalizzato allo sviluppo/miglioramento di competenze transculturali/foodskills in gruppi di donne

Celenza Francesca, Domina Rosa, Leonelli Giovanna, Bianco Lauletta

AUSL Bologna

BACKGROUND Studi internazionali fanno emergere come all'interno di comunità integrate si possano strutturare strategie efficaci per la prevenzione di NCD. Lo sviluppo di nuovi contesti sociali mette in evidenza la necessità di competenze specifiche nell'area del cibo dedicate a nuovi percorsi di integrazione/prevenzione. Lo sviluppo di queste nuove competenze ha alla base la capacità di valorizzare radici alimentari altre, rafforzamento dell'identità/integrazione finalizzata alla visualizzazione di un proprio percorso di salute basato su autostima e capacità di self-solved.

OBIETTIVI La letteratura evidenzia come le donne, soprattutto straniere, portatrici di culture alimentari, possano essere mediatrici per la diffusione di pratiche orientate alla prevenzione. Obiettivo generale: la creazione di competenze specifiche nelle donne per intraprendere un percorso finalizzato al miglioramento delle abitudini alimentari/stili di vita. Obiettivi specifici: un momento di confronto e di condivisione tra pari per diffusione di comportamenti salutari mediante auto mutuo aiuto, accettazione del "se" e "altro da se", potenziamento delle foodskills orientati alla prevenzione. Per i soggetti istituzionali l'obiettivo è un importante momento di formazione specifica sul campo per lo sviluppo di capacità di adattamento alla conduzione di gruppi specifici ad elevata variabilità di partecipanti (etnia, credo, età).

METODI Il percorso è stato progettato da team multidisciplinare dell'AUSL Bo (nutrizionista, medico igienista -UO Nutrizione, ostetrica - UO DATeR Donna e Bambino, referente della Comunicazione), e associazioni di volontariato (Meta, Le altre voci di Alllear. Noi donne insieme. La banca del tempo). Il modello di integrazione socio-sanitaria ha garantito sostenibilità e riproducibilità. Nato dalle esigenze emerse da un evento pilota, è stato suddiviso in momenti diversi (donna e cibo, benessere al femminile, accesso ai servizi) in base ai risultati di un test anonimo e monitorato durante i singoli eventi tramite test ad hoc. Gli incontri hanno avuto come base la relazione con il cibo utilizzando procedimenti cognitivi ed emotivi del racconto di se per il consolidamento di autostima e foodskills. Il confronto pre/post eventi tra gli operatori ha permesso la condivisione delle esperienze/competenze sia formative che personali con l'elaborazione di strategie sempre diverse e maggiore consapevolezza nell'affrontare contesti così variabili e a volte critici.

RISULTATI Il risultato del pretest ha evidenziato donne provenienti da Bangladesh e Pakistan (26,7%), nord Africa(13,3%), est europa (60%) con interesse per alimentazione (93%), benessere (92%) accesso ai servizi (91%). L'affluenza al corso è stata confermata per le donne straniere (58% 55-59 anni, 69% sovrappeso/obese) alle quali sono aggiunte italiane (52,6% vs 47,4%) (90% 60-69 anni, 70% in sovrappeso). Le donne straniere hanno vissuto gli incontri come arricchimento culturale/informazione ma con meno interesse verso la tradizione alimentare italiana (82 % vs 21 %). Di contro dalle italiane è emerso maggior senso critico e forte necessità di ascolto/integrazione (58%). In entrambi i gruppi sono stati condivisi sia dubbi che idee e strategie della cultura di appartenenza, inoltre è emersa attenzione per attività motoria adeguata all'età e l'alimentazione in età evolutiva. Da sottolineare come il gruppo abbia fatto emergere ricordi ed emozioni legate al cibo ("adesso faccio una favola") subito condivise e associate per similitudine delle altre etnie: anche le barriere religiose/culturali sono emerse ma il contesto ha permesso la partecipazione "non attiva ma "ascoltata" soprattutto nell'ambito dell'area del benessere.

LIMITI L'esperienza dal punto di vista degli operatori è stata molto complessa: si è partiti dalle difficoltà legate alla lingua cercando un linguaggio semplice, anche non verbale, sensoriale per cercare il maggior coinvolgimento; inoltre la composizione del gruppo, che variava ad ogni incontro, ha necessitato di incontri che si concludessero dando delle informazioni precise. È emersa la necessità di potenziare in ciascun operatore le capacità nelle aree della prevenzione nutrizionale, pratiche religiose, intercultura, counselling e capacità di comprendere l'altro da se in un contesto di elevata difficoltà/variabilità.

CONCLUSIONI Il gradimento del corso, esplicitato dai questionari suggerisce un percorso verso tutta la popolazione femminile afferente alle associazioni di volontariato, intesa come utenza sensibile, con maggiore attenzione a situazioni specifiche. Il grado di utilità percepito induce alla creazione di strategie orientate alla prevenzione utilizzando voglia di integrazione, necessità di confronto e integrazione dei saperi. Per gli operatori la formazione continua anche sul campo, mediante la condivisione di strategie, in un team multidisciplinare, risulta efficace per il consolidamento/sviluppo di nuove competenze.

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

40. Implementazione di uno strumento per la valutazione del contributo dei caregivers nel self-care dei pazienti con scompenso cardiaco: risultati di un'indagine conoscitiva

Comparcini Dania¹, Manzotti Dario², Marchetti Mara³, Simonetti Valentina⁴, Galli Francesco⁵, Ortolani Sandro³, Cicolini Giancarlo⁴

¹AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona, ²Studio infermieristico associato "QuiCure", ³Università Politecnica delle Marche, ⁴Università "G. D'Annunzio", ⁵ASUR Marche, Area Vasta 2

BACKGROUND Secondo il Ministero della Salute, ad oggi in Italia, lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale per le persone con più di 65 anni; a soffrire di scompenso cardiaco sono circa 600.000 individui e si stima che la sua frequenza raddoppi a ogni decade di età. Lo scompenso cardiaco è una malattia cronica con prognosi spesso infausta, il bisogno di assistenza è rilevante, tuttavia, specialmente per i pazienti anziani, i servizi assistenziali e di supporto non sono facilmente accessibili. Il self-care per un individuo affetto da scompenso cardiaco richiede spesso l'aiuto di un'altra persona che permetta al paziente di gestire adeguatamente la malattia nel proprio contesto familiare, mantenendo una buona qualità di vita. Nei contesti sanitari, pertanto, assume importanza l'implementazione di strumenti atti a valutare il contributo dei caregivers nel self-care dei pazienti affetti da scompenso cardiaco per individuare le principali criticità e i bisogni educativi specifici al fine di attuare interventi correttivi.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è quello di determinare il contributo dei caregivers nell'ambito del self-care dei pazienti affetti da scompenso cardiaco.

METODI Lo studio, osservazionale cross-sectional monocentrico, è stato condotto da gennaio a marzo 2015 presso l'unità operativa di Cardiologia Subintensiva e relativo ambulatorio di un Ospedale Italiano del Centro Italia. Sono stati inclusi tutti i caregivers di età > 18 anni, che assistevano un paziente afferente ai centri partecipanti allo studio e che accettavano volontariamente di partecipare allo studio sottoscrivendo il consenso informato. Ai partecipanti è stata somministrata la versione italiana del questionario Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index (CC-SCHF), previa autorizzazione all'utilizzo da parte degli autori della Scala (Vellone et al. 2013). Lo strumento di raccolta dati si compone di 22 item che valutano il contributo del caregiver all'interno di tre dimensioni: [I] mantenimento del self-care (10 item); [II] gestione del self-care (6 item); [III] confidenza/sicurezza nel self-care (6 item).

RISULTATI Il campione è costituito da 50 caregivers (età media=45.9, DS=17.6), di cui 68% donne. I risultati relativi alla dimensione I della Scala hanno evidenziato che i caregivers ricordano ai pazienti di: rispettare gli appuntamenti per le visite ed i controlli medici (74%) e di far assumere le medicine prescritte (78%), aiutare nel controllo del gonfiore delle caviglie (46%) e del peso (38%), suggerendo quotidianamente di mangiare cibi con poco sale (48%), di fare attività fisica (48%) e ginnastica per almeno 30 minuti (46%) al giorno. Per quanto riguarda la dimensione II, il 46% dei pazienti ha avuto nell'ultimo mese problemi respiratori o di gonfiore alle caviglie e il 56% dei caregivers li ha riconosciuti rapidamente come sintomi di scompenso cardiaco; in questi casi i caregivers preferiscono contattare il medico o l'infermiere di riferimento (47.8%) e di consigliare all'assistito una riduzione del sale nella dieta (47.8%) piuttosto che agire somministrando una compressa in più di diuretico al fine di favorire la diuresi (43.5%). Nella dimensione III, il 58% riconosce i cambiamenti di salute dell'assistito, il 48% è in grado di prevenire i sintomi dello scompenso cardiaco e di agire per alleviarli (48%); inoltre, il 46% afferma di saper valutare l'efficacia dei rimedi attuati e il 60% di essere in grado di aiutare il paziente a seguire i consigli terapeutici.

LIMITI Alcuni dei pazienti afferenti ai centri di raccolta dati non erano accompagnati da caregivers, questo ha determinato una ridotta numerosità campionaria che, associata al disegno di studio monocentrico, potrebbe limitare la generalizzabilità dei risultati ottenuti.

CONCLUSIONI I risultati dello studio hanno permesso di approfondire l'esperienza vissuta dai caregivers di pazienti affetti da scompenso cardiaco, evidenziando una tendenza positiva alla partecipazione attiva alle cure del proprio assistito. I caregivers hanno dichiarato di fare riferimento al proprio medico o infermiere di fiducia in caso di sintomi di scompenso cardiaco, attuando invece interventi non invasivi come la riduzione dei liquidi e del sale nella dieta. Tuttavia, essi tendono ad evitare la somministrazione di medicinali seppur inseriti nel piano terapeutico in caso di necessità, probabilmente per scarse informazioni circa l'effetto del medicinale e/o paura degli effetti collaterali. L'implementazione della Scala CC-SCHF nelle realtà assistenziali favorisce una corretta rilevazione dei bisogni educativi dei caregivers e la partecipazione attiva del personale sanitario nell'educazione ai caregivers di pazienti affetti da scompenso cardiaco. La monitoraggio costante dei bisogni espressi e un sostegno strutturato in un percorso di continuità tra ospedale e territorio, potrebbe favorire lo sviluppo e il mantenimento delle conoscenze e della sicurezza dei caregivers in merito all'assistenza domiciliare del proprio assistito.

Indirizzo per la corrispondenza

Comparcini Dania, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: da.comparcini@gmail.com

41. I disturbi del sonno nei pazienti oncologici: studio cross-sectional

Comparcini Dania¹, Simonetti Valentina², Soletti Valeria³, Tommei Beatrice³, Bastiani Neide², Troiani Silvano³, Cicolini Giancarlo⁴

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Asur Marche AV5 Ascoli Piceno, ³Università Politecnica delle Marche, ⁴Università G. D'Annunzio di Chieti

BACKGROUND L'insonnia rappresenta una diminuzione della durata del sonno o la perdita della sua profondità e del suo potere ristoratore. In medicina l'insonnia è una condizione clinica caratterizzata da difficoltà a iniziare o a mantenere il sonno, accompagnata da sintomi come irritabilità o stanchezza durante la veglia; rappresenta, oltretutto, un fattore di rischio per la disfunzione e lo sviluppo di altri disturbi medici e mentali, e l'aumento di costi sanitari. In particolare, nei pazienti oncologici, la prevalenza di insonnia varia dal 25% al 59% e riguarda l'incapacità transitoria di avviare o mantenere il sonno da più di due settimane. I motivi principali sono riconducibili ad ansia e stress percepiti da tali soggetti a causa della loro patologia oncologica. Per diverso tempo l'associazione tra insonnia e salute fisica è rimasta in gran parte inesplorata (nonostante comporti una notevole problematica dal punto di vista della salute pubblica), a differenza della correlazione tra disturbi del sonno e salute mentale, riguardo la quale, invece, è risaputo esserci un profondo legame.

OBIETTIVI Determinare l'indice di qualità del sonno e gli eventuali disturbi connessi nei pazienti malati di cancro attraverso un'indagine riguardante le abitudini del sonno degli stessi.

METODI Lo studio è stato condotto da Marzo 2014 a Maggio 2014, presso le Unità Operative di Radioterapia e di Oncologia dei Presidi Ospedalieri di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto (ASUR Area Vasta 5). Ai partecipanti arruolati (pazienti oncologici adulti, che hanno accettato di partecipare previa sottoscrizione del consenso informato) è stata somministrata la versione italiana (Curcio et al. 2013) del questionario "The Pittsburgh Sleep Quality Index" (PSQI) (Buysse et al. 1989), al fine di indagare le abitudini del sonno dei pazienti nell'ultimo mese, con particolare riferimento alle difficoltà riscontrate, alla qualità del sonno, ad interferenze in ambito psicologico e sociale.

RISULTATI In totale sono stati raccolti 54 questionari. I partecipanti hanno un'età media di 66.5 anni, e la maggioranza (72.2%) è rappresentata dal genere femminile e la totalità del campione (100%) si è sottoposta a radio o chemioterapia. La sede tumorale che prevale con maggior frequenza è la mammella (50%) e l'81.5% dei soggetti non presenta metastasi. Fra le principali cause di difficoltà a dormire emergono: risvegli frequenti durante la notte o risveglio definitivo al mattino presto, alzarsi per andare in bagno, presenza di dolore, ansia e preoccupazione. Inoltre quasi il 15% del totale dichiara di assumere farmaci per dormire, tre o più volte a settimana. In generale, la qualità del sonno percepita risulta essere piuttosto buona (53.7%), anche se più del 50% dichiara una lieve-elevata difficoltà a mantenere l'entusiasmo nell'ultimo mese.

LIMITI Il principale limite dello studio è rappresentato dalla ridotta dimensione campionaria dei pazienti oncologici che non consente la generalizzabilità dei risultati.

CONCLUSIONI I malati oncologici risultano avere una qualità del sonno compromessa a causa di ansia, preoccupazione e dolore, provocati dalla patologia che li ha colpiti. I risultati dello studio mettono in luce l'importanza di considerare i disturbi del sonno durante tutto l'iter diagnostico-terapeutico di tali pazienti. Avere a disposizione, strumenti validati in grado di valutare l'eventuale presenza e la gravità dei suddetti disturbi, come, ad esempio, test di screening o valutazioni self-report sulla qualità del sonno attraverso l'analisi dei sintomi, consentirebbe di individuare eventuali ed opportuni trattamenti, non solo farmacologici. Inoltre, per meglio comprendere questa problematica e proporre opportune soluzioni, sarebbe auspicabile condurre ulteriori studi volti ad indagare la correlazione fra i disturbi del sonno e la presenza di metastasi oppure tipologia di trattamento in corso, in particolare la chemioterapia.

Indirizzo per la corrispondenza

Soletti Valeria, Infermiere
Università Politecnica delle Marche
P.zza Roma, 22 - 60121 - Ancona
Email: valeriasoletti@gmail.com

42. LA SALUTE DELLE DONNE un percorso appropriato per le vittime di violenza nella ASL TO3 - Regione Piemonte

Cosola Alda¹, Beccaria Anna², Esposito Paola¹, Passi Stefano¹, Minniti Davide¹, Boraso Flavio¹

¹ASL TO3, ²Associazione Progetto Condiviso Onlus

BACKGROUND Nella ASL TO3 è stato avviato un modello articolato di presa in carico delle donne vittime di violenza, che prevede una stretta collaborazione tra pubblico e privato sociale. Si tratta di una rete concreta e operativa in cui i diversi attori del territorio operano in maniera partecipativa e sinergica. (Modello di Laverack). Gli interventi sono coordinati ed integrati per fornire una risposta appropriata alla donna che si rivolge ai servizi per esperienze di violenza. L'azione coordinata del Pronto Soccorso, dell'Associazione nata sul territorio, delle risorse messe a disposizione dal servizio pubblico e da fondazioni e la presa in carico da parte di professioniste psicoterapeute formate sul tema, permette un'azione puntuale, che non ha solo una funzione di supporto sociale, ma ha la capacità di trattare il disturbo psicologico identificato, riducendo i passaggi impropri nei diversi servizi sanitari; questi ultimi sono spesso segnale di una richiesta generica di cura, che non può ricevere risposte appropriate. Una pubblicazione curata dal servizio sovrazonale di Epidemiologia della ASL TO3 ha evidenziato che le donne vittime di violenza (uccise) hanno avuto passaggi in PS tre volte superiori alle altre donne. Il presente lavoro intende dimostrare che l'intervento psicoterapeutico, secondo il modello "Help me", rivolto alle donne vittime di violenza, riduce i passaggi in PS, riportando il valore alla media di tutte le altre donne. Il progetto presenta uno studio che coinvolge 40 casi, prese in carico secondo il modello "Help me", con strumenti e modalità psicoterapeutiche mirate ad affrontare il Disturbo Post Traumatico da Stress, diagnosticato nelle donne vittime di violenza. Il modello "Help me" prevede, oltre al primo colloquio di accoglienza, una fase di valutazione diagnostica, basata su reattivi psicologici e scale specifiche (3 sedute) e una psicoterapia breve (10 sedute) al termine della quale vengono proposti 2 incontri di follow up (a 3 e 6 mesi).

OBIETTIVI 1) Riduzione della inappropriata dell'intervento, in quanto il PS è in grado di fornire una risposta nell'urgenza, ma non riesce a fornire un'appropriata presa in carico per il Disturbo Post Traumatico Da Stress 2) Riduzione dei passaggi in PS per le donne vittime di violenza, inserite nel progetto Help me 3) Riduzione dei costi economici: 40 donne x 3 passaggi in PS con Codice verde/giallo = 120 passaggi NON effettuati. 40 donne x 10 colloqui = 400 colloqui effettuati. Analizzando i costi non sostenuti dei passaggi in PS e i costi sostenuti per la presa in carico psicologica, il risparmio deriva da una riduzione delle inefficienze e da una riallocazione delle risorse verso un servizio innovativo di presa in carico.

METODI Si analizzano i dati di 40 donne prese in carico dalle psicologhe e inserite nel percorso denominato "Help me".

RISULTATI Si conferma che i passaggi in PS si riducono per le donne vittime di violenza dopo la presa in carico nel percorso "Help me". I risultati saranno rivalutati a distanza di un lasso di tempo significativo.

LIMITI L'esiguità del campione non consente ancora conclusioni generali, poiché il progetto è nato nel 2014.

CONCLUSIONI L'intervento "Help me" determina la riduzione dei passaggi in PS per le donne vittime di violenza, riportando il valore alla media di tutte le altre donne; Verrà inoltre documentato il risparmio economico, ma anche quello "sociale" nei termini di una migliorata qualità di vita.

Indirizzo per la corrispondenza

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

43. Rimodulazione del percorso formativo all'Evidence Based Practice del Corso di Laurea in Fisioterapia: valutazione di conoscenze, abilità e comportamenti degli studenti

Da Roit Marco¹, Bozzolan Michela²

¹Azienda ULSS 1 Belluno, ²Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna di Ferrara

BACKGROUND La pratica basata sulle prove di efficacia (EBP) è definita “core” nella pratica e nella formazione in fisioterapia. La letteratura presenta alcune indicazioni per definire i percorsi formativi (preferendo interventi multimodali ed integrati nella pratica di tirocinio), ma limitate sono le evidenze dell'efficacia della formazione negli studenti di fisioterapia in termini di abilità, conoscenze e comportamenti. A partire dalla fine del 2012 il percorso formativo all'EBP del corso in Fisioterapia dell'Università di Ferrara (didattica formale e attività in tirocinio) precedentemente implementato e valutato, è stato rivisto a seguito dell'applicazione del DM 270 ed in risposta a cambiamenti nel contesto di riferimento.

OBIETTIVI Il lavoro riporta la rimodulazione delle attività formative all'EBP nei tre anni del CdL in Fisioterapia. Per valutare l'efficacia formativa del nuovo percorso e compararla con i risultati ottenuti con il percorso precedente sono stati indagate conoscenze e abilità possedute dagli studenti in EBP ed i comportamenti messi in atto nell'ambito di tirocinio.

METODI Sono stati invitati a partecipare gli studenti del 1°, 2° e 3° anno del CdL in Fisioterapia (Università di Ferrara) ed un gruppo di studenti non ancora esposti al percorso formativo. Gli studenti hanno seguito il percorso formativo rimodulato (lezioni interattive al 2° anno, compilazione di documenti in tirocinio al 2° e 3° anno, attività formative professionalizzanti e obbiettivi specifici di apprendimento in tirocinio nei tre anni). Al termine delle attività formative previste le conoscenze e abilità sono state valutate con la versione italiana del test di Fresno adattato per la fisioterapia (di cui solo la prima parte è validata in italiano). I comportamenti degli studenti (2° e 3° anno) sono stati valutati mediante l'esame della documentazione prodotta durante i tirocini formativi (cartella fisioterapica dello studente e modello per l'EBP), con l'utilizzo di una griglia di valutazione creata su misura. I punteggi complessivi e per singola domanda ottenuti al test di Fresno sono stati confrontati tra i diversi gruppi (studenti non esposti -1°-2°-3° anno); è stato effettuato anche il confronto con i risultati al test ottenuti dagli studenti che avevano seguito il precedente percorso formativo. È stato usato il t-test per dati non appaiati, il test non parametrico di Wilcoxon e la rappresentazione grafica mediante box-plot. Il calcolo dell' α di Cronbach è stato usato per valutare la consistenza interna della seconda parte non validata del test.

RISULTATI Hanno partecipato alla somministrazione del test di Fresno 101 studenti (82,7% del totale). Il confronto dei punteggi complessivi delle due parti è statisticamente significativo in tutti i confronti tra i gruppi. Gli incrementi di entità maggiore riguardano gli item relativi agli specifici obiettivi di apprendimento di ciascun anno di corso. Il confronto con i risultati del percorso precedente è statisticamente significativo in tutti i confronti tranne nella seconda parte al secondo anno; il cambiamento è in decremento rispetto alla valutazione precedente in tutti i confronti, tranne nella seconda parte del test al terzo anno. Il valore di α (0.83) e l'esperienza nell'utilizzo del test permettono di avere un certo livello di confidenza anche nel punteggio complessivo della seconda parte. L'analisi dei documenti di tirocinio ha evidenziato come i comportamenti più difficilmente messi in atto riguardano gli step della valutazione della validità interna e dell'applicabilità dei risultati al caso clinico.

LIMITI Il valutatore del test di Fresno non era in cieco rispetto all'anno di corso degli studenti e solo la prima parte del test è validata in italiano. Lo strumento di valutazione delle documenti di tirocinio non è validato e non sono note le proprietà psicometriche.

CONCLUSIONI Il lavoro indica come un percorso formativo multimodale all'EBP migliori in modo significativo conoscenze ed abilità, seppure alcune siano più complesse da raggiungere. L'applicazione del processo in tirocinio è difficoltosa in particolare nella valutazione della validità interna ed applicabilità dei risultati, specie se l'ambiente di apprendimento non è ancora preparato. L'effetto combinato di fattori contestuali (numero studenti, scarsa preparazione in EBP di docenti e tutor) e dei cambiamenti nel percorso formativo hanno portato una riduzione delle competenze acquisite dagli studenti, seppure in questo ambito il CdS sia probabilmente ancora più avanzato rispetto alla media. I risultati indicano come dovrà essere rivalutato il livello di competenza atteso nella formazione di base, valutando se focalizzarla sull'utilizzo solo di letteratura pre-appraised di buona qualità metodologica.

Indirizzo per la corrispondenza

Da Roit Marco, Fisioterapista
Ospedale di Comunità di Auronzo di Cadore - Ambulatorio Fisioterapia
Via Ospitale, 16 - 32041 - Auronzo di Cadore
Email: marco.daroit@gmail.com

44. Valutazione dello stato nutrizionale in ambito chirurgico ed outcome post-operatorio

D'Annibale Sofia¹, Troiani Silvano¹, Traini Tiziana¹, Rasetti Carlo²

¹UNIVPM, ²ASUR Marche Area Vasta 5

BACKGROUND La Malnutrizione rappresenta uno dei fattori che più negativamente incidono sulla morbilità e sulla mortalità dei pazienti che afferiscono alle strutture ospedaliere. L'Infermiere può essere una figura centrale nell'individuazione e nel riconoscimento precoce sia dei soggetti a rischio sia dei soggetti affetti da malnutrizione conclamata, così da attivare in maniera tempestiva approcci terapeutici adeguati, per proseguire fino alla dimissione con le indicazioni dietetico-nutrizionale da seguire a domicilio. L'Infermiere è infatti colui che instaura anticipatamente una relazione d'aiuto con il paziente, rilevandone i primi e più immediati bisogni, comunicandoli al resto del team terapeutico. Tuttavia, non sempre viene riservato alla nutrizione un ruolo importante nelle pratiche assistenziali. In molti casi, gli Infermieri sono inconsapevoli del loro ruolo e della loro responsabilità nell'assistenza nutrizionale. Avere una minima preparazione in campo nutrizionale assume quindi una fondamentale importanza, nell'impiego di indicatori-strumenti di analisi per il controllo dell'alimentazione, quali il Mini Nutritional Assessment (MNA), la valutazione dell'appetito e la scala per la quantificazione della nausea.

OBIETTIVI Elaborare i risultati della valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti ricoverati nell'U.O. di Chirurgia Generale dell'Ospedale Civile "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto ed indagare l'eventuale rapporto di causalità tra malnutrizione e complicanze post-operatorie.

METODI Lo studio è stato effettuato in un periodo di sei mesi (aprile-ottobre) ed ha coinvolto 50 soggetti (29 U, 21 D) suddivisi nelle seguenti fasce di età: (60 - 69 anni: 14 pazienti, 70 - 79 anni: 23 pazienti, > 80 anni: 13 pazienti) I criteri di selezione sono stati: intervento di chirurgia generale, in elezione (con particolare incidenza per la chirurgia intestinale), conseguente a patologia neoplastica, età uguale o superiore a 60 anni, razza caucasica. Nella prima fase, all'ingresso in degenza, tutti i pazienti sono stati valutati mediante due questionari: uno di tipo nutrizionale internazionale standardizzato il Mini Nutritional Assessment (MNA) e un questionario di valutazione multidimensionale, volto a valutare le condizioni cliniche, assistenziali e cognitivo-percettive. I pazienti sono stati successivamente controllati in follow up al terzo e al sesto giorno post-operatorio. Gli items presi in considerazione sono rappresentati da: parametri vitali, comorbidità, motivo del ricovero, parametri emodinamici, grado di dipendenza, dolore (tipologia), grado di mobilitazione, capacità cognitive/percettive, gestione dell'incontinenza, condizioni sociali, accessi ospedalieri negli ultimi sei mesi, tipologia di intervento, tipologia di ricovero. Il controllo post operatorio delle complicanze viene rilevato nella terza e nella sesta giornata successive all'intervento.

RISULTATI L'elaborazione dei questionari ha dato i seguenti risultati: soggetti normo-nutriti (46%), soggetti a rischio di malnutrizione (44%), soggetti malnutriti (10%). Il rischio di malnutrizione aumenta con l'età, mentre la fascia dei normonutriti è in percentuale maggiore fra i soggetti più giovani. Stratificando il campione per età, si può notare che la fascia che presenta con maggiore frequenza il più alto numero di complicanze sistemiche è quella che va dai 70 ai 79 anni. I pazienti con maggiori complicanze sistemiche sono quelli che presentano il rischio di malnutrizione, dato che sembra identificare una nuova entità nosologica: la 'fragilità nutrizionale. Nei pazienti malnutriti le complicanze sono aumentate in sesta giornata, dimostrando la tendenza al peggioramento nel follow-up post-chirurgico. I soggetti in buono stato nutrizionale, anche se presentano immediatamente delle complicanze, hanno una migliore risposta allo stress, in grado di ripristinare velocemente una condizione di omeostasi.

LIMITI Non esiste una bibliografia consistente riguardo le Evidence-Based Nursing in tema di nutrizione artificiale, probabilmente perché questo settore può sembrare che riguardi essenzialmente l'ambito medico.

CONCLUSIONI Il rischio di malnutrizione è un evento che spesso influenza negativamente la capacità di recupero del soggetto nel post-operatorio, come emerge da numerose evidenze in letteratura. È suggestivo anche il dato riguardo l'esistenza di una nuova entità nosologica: la 'fragilità nutrizionale, condizione subclinica che spesso affligge il paziente anziano in apparente buona salute e che deve essere ascritta tra le condizioni di comorbidità. Ne deriva una maggiore suscettibilità alle complicanze post-chirurgiche con ritardo di cicatrizzazione delle ferite e più lenta stabilizzazione delle condizioni cliniche. È proprio in questa fase che l'infermiere è di fondamentale importanza per la valutazione precoce dello stato nutrizionale, utilizzando l'MNA (Mini Nutritional Assessment) nell'ottica della prevenzione secondaria delle complicanze correlate.

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

45. Criteri per l'appropriatezza prescrittiva, la definizione di un fabbisogno standard e la riduzione dei costi. Le superfici per la prevenzione e la cura delle LDP

De Sarno Cristina, Margarita Pamela, Ermacora Eva, Lupi Tommaso, Moira Deana, De Paoli Elena, Firricieli Mauro, Picogna Michele, Boschi Tamara, Santoianni Alessandro

ASS4 Friuli Centrale

BACKGROUND Nel corso del biennio 2013 – 2014 la programmazione regionale del Friuli Venezia Giulia e la programmazione aziendale, azienda per i servizi sanitari n. 4 Friuli Centrale ha intensificato gli obiettivi rivolti a migliorare l'appropriatezza clinica ed assistenziale. Tra le molte azioni intraprese una tra queste ha riguardato l'utilizzo e di conseguenza il consumo delle superfici (materassi e sovra materassi) per la prevenzione e la cura delle LDP. Le ragioni di un approfondimento derivano da una variabilità di comportamenti da parte degli operatori nella scelta delle superfici, rispetto al rischio degli utenti, nonché delle possibili diverse modalità di fornitura dei presidi, quali l'acquisto, il noleggio fisso ed il noleggio a giornata con una differente tariffa tra le diverse opzioni a parità di superficie.

OBIETTIVI Gli obiettivi del programma sono duplici: Valutare e migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo delle superfici anti – decubito definendo dei criteri prescrittivi uniformi e condivisi, Ridurre la modalità di fornitura a noleggio soprattutto a chiamata in quanto più costosa, procedendo all'acquisto per alcune tipologie di presidi e/o al noleggio fisso in relazione al fabbisogno dell'utenza nonché attraverso la definizione di una dotazione standard per setting assistenziale in relazione al case mix.

METODI Sono state adottate metodologie e strumenti per l'analisi dei consumi, dei costi e di sorveglianza epidemiologica per quanto riguarda l'utilizzo delle superfici. È stata redatta una procedura assistenziale EBP, è stata creata una flow chart per l'utilizzo corretto delle superfici sia per utenti a rischio di ldp sia per utenti con presenza di ldp. Inoltre è stata svolta una attività di consensus tra pari per la definizione della dotazione definitiva aziendale di superfici. Ed infine sono stati svolti degli eventi formativi itineranti per standardizzare i comportamenti degli operatori nei diversi setting assistenziali

RISULTATI Le due indagini di prevalenza condotte durante il programma hanno evidenziato nella pratica un miglioramento dei comportamenti tra una rilevazione e l'altra ovvero durante la stesura della procedura. Con le azioni intraprese si sono ridotti sensibilmente anche i consumi per il noleggio a chiamata. Infine la miglior appropriatezza associata ad una diversa modalità di fornitura delle superfici ha avviato una significativa riduzione della spesa già nel 2014 e con una proiezione nel 2015 di oltre il 35% di costi in meno rispetto al 2013.

LIMITI Lo studio sull'appropriatezza dei presidi di prevenzione delle LDP ha messo in luce diversi aspetti finora inesplorati e che comunque hanno rappresentato un' richiesta di collaborazione da parte di tutti i professionisti. La gestione al cambiamento è stata sicuramente lo scoglio più grande di questo studio.

CONCLUSIONI L'esperienza realizzata mostra come spesso vi sia una diretta relazione tra una maggior appropriatezza clinica – assistenziale ed un miglior utilizzo di risorse. Il programma ha coinvolto molti attori sia nei servizi, coordinatori, sia nelle funzioni di staff, coinvolgendo diverse figure professionali, infermieri, fisioterapisti, economi.

Indirizzo per la corrispondenza

De Sarno Cristina, Assistente sanitario
Azienda Assistenza Sanitaria N. 4 Friuli Centrale - Servizio Infermieristico Aziendale
Via Pozzuolo, 330 - 33100 - Udine
Email: cristina.desarno@ass4.sanita.fvg.it

46. La febbre in terapia intensiva: conoscenze e pratica degli infermieri

Difonzo Marcello, Colagrande Giuseppe

ASL Bari

BACKGROUND La febbre è una risposta fisiologica complessa, non specifica, a stimoli di natura infettiva e non infettiva, causata da un'elevazione del set point ipotalamico. L'ipertermia, caratterizzata da una temperatura corporea $>41^{\circ}\text{C}$, con normale set point ipotalamico, è indotta da altre cause: colpo di calore, sindrome neurolettica maligna, ipertermia maligna. Nel malato critico, la febbre è evento frequente ed è associata a un aumento della mortalità. La febbre rallenta la crescita batterica, aumenta l'attività degli agenti antibatterici e modula la risposta immunitaria. Gli effetti negativi sono legati dell'aumento del consumo di ossigeno, per l'aumento della domanda metabolica dei differenti organi. Il trattamento più diffuso prevede l'uso di farmaci antipiretici, paracetamolo e antiflogistici non steroidei, l'uso di mezzi fisici di raffreddamento o una combinazione di queste terapie. L'approccio alla gestione e al trattamento della febbre, nei pazienti critici, presenta notevoli differenze e variabilità, in assenza di raccomandazioni standard. Inoltre, le evidenze non dimostrano la superiorità della terapia farmacologica rispetto al trattamento con mezzi fisici.

OBIETTIVI Gli scopi dello studio sono rilevare le conoscenze degli infermieri riguardo alla febbre e all'ipertermia e la pratica nella gestione della febbre nel paziente critico, in unità di terapia intensiva.

METODI La survey coinvolge le terapie intensive di tre ospedali di III livello. Lo strumento di indagine è un questionario anonimo, autosomministrato, con due sezioni: la prima, con i dati demografici, la seconda, 21 quesiti, sulle conoscenze e la pratica degli infermieri. Gli item 1-15 (risposta vero, falso, non so) indagano le conoscenze sulla febbre, sull'ipertermia e sulla fisiopatologia della termoregolazione. Gli item 16-20 esplorano la pratica di routine nella gestione della febbre. L'ultimo quesito valuta il grado di accordo (scala 1-10) con la gestione della febbre, nel proprio reparto. I risultati sono riportati con la frequenza, assoluta e relativa, per ogni item; un valore di $p < 0,05$ è considerato statisticamente significativo.

RISULTATI Il tasso di risposta è del 66,25% (53 questionari su 80 distribuiti). Riguardo alla fisiopatologia della termoregolazione, il 30,19% degli intervistati riconosce la differenza tra febbre e ipertermia (36,36%, 27,27%, 35%, nei tre ospedali, rispettivamente, $p = \text{n.s.}$), il 32,08% indica che i brividi, nel corso del processo febbrile, sono indotti dall'ipotalamo (18,18%, 31,82%, 40%, $p = \text{n.s.}$). Inoltre, il 47,17% degli intervistati considera l'uso dei farmaci antipiretici più sicuro rispetto all'uso ai mezzi di fisici (63,64%, 55,09%, 25%, $p = \text{n.s.}$), il 45,28% non conosce il meccanismo di azione dell'acido acetilsalicilico (36,36%, 50%, 45%, $p = \text{n.s.}$). Una percentuale bassa di infermieri (11,32%) afferma che le spugnature con alcol non rappresentano una gestione adeguata della febbre. Riguardo alla gestione della febbre, il 72,22% degli infermieri comincia a trattare la febbre a una temperatura di 38°C , il 25,93% a $38,5^{\circ}\text{C}$. Il trattamento iniziale è rappresentato dai metodi fisici (47,17%), dalla terapia farmacologica associata ai metodi fisici (24,53%), dalla terapia farmacologica (20,75%). Il 43,24% degli infermieri indica quale trattamento più indicato per la febbre la terapia farmacologica, il 31,08% le coperte raffreddanti ad acqua; il farmaco più indicato è il paracetamolo (92,98%). Il trattamento è influenzato dalla pratica dei medici (41,51%) e dalle linee guida o dai protocolli di reparto (35,85%). Il grado di accordo con la gestione della febbre, nel proprio reparto, indica uno score medio di 7,26, per i dati aggregati.

LIMITI Il disegno dello studio è multicentrico, cross-sectional, ma la numerosità ridotta del campione limita la validità esterna dei risultati e può indurre l'assenza di significatività statistica.

CONCLUSIONI L'intervento nel paziente critico febbrile richiede di decidere se e quando trattare la febbre, il livello soglia di temperatura cui iniziare il trattamento e quale metodo utilizzare. La gestione della febbre è un aspetto peculiare nella pratica infermieristica. In questo studio, la maggioranza degli infermieri comincia a trattare precocemente la febbre, l'approccio iniziale è caratterizzato dall'uso di mezzi fisici. L'intervento più indicato è l'uso di farmaci antipiretici, ma il trattamento della febbre è influenzato, nella maggioranza dei casi, dalla pratica dei medici piuttosto che dai protocolli di reparto o dalle linee guida. Tuttavia, l'indagine rileva anche delle conoscenze non adeguate riguardo, soprattutto, alla fisiopatologia della termoregolazione e alla differenza tra febbre e ipertermia. La programmazione di percorsi educazionali sui molteplici aspetti dell'alterazione della temperatura corporea può migliorare le conoscenze e garantire una gestione ottimale del malato febbrile, in terapia intensiva.

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

47. Unità di terapia intensiva e visite della famiglia: questioni chiuse o aperte?

Difonzo Marcello, Colagrande Giuseppe

ASL Bari

BACKGROUND Negli ultimi anni, la politica delle visite dei familiari, in unità di terapia intensiva, ha subito modifiche sostanziali. Le evidenze scientifiche dimostrano che l'informazione sui propri congiunti, la vicinanza al paziente e una politica più flessibile nelle visite sono alcuni tra i bisogni prioritari dei familiari dei malati, ricoverati in un reparto di terapia intensiva. Le terapie intensive "chiuse" sono reparti con accesso ristretto, che limitano o escludono la presenza dei familiari. Le visite ristrette indicano un contatto con il malato limitato a un periodo di tempo molto breve, generalmente un'ora al giorno. Il termine "visite aperte", usato, spesso in modo intercambiabile, con "visite libere" o "visite non ristrette", indica la possibilità per la famiglia di accedere in terapia intensiva durante un periodo più ampio, nel corso della giornata.

OBIETTIVI Lo scopo della ricerca è rilevare gli atteggiamenti e le opinioni degli infermieri e dei medici sugli effetti delle visite aperte su pazienti, famiglia e team sanitario.

METODI La ricerca coinvolge le unità di terapia intensiva di tre ospedali di III livello. Questi reparti adottano un orario di visita chiuso, una o due ore al giorno, di mattina o di pomeriggio, e un numero massimo di due familiari per paziente. Lo strumento di indagine è un questionario anonimo, autosomministrato, con due sezioni: la prima, con i dati demografici, la seconda, 29 item, sugli effetti delle visite aperte sui pazienti, sulla famiglia e sul team sanitario, medici e infermieri. I quesiti 1-26, divisi in tre subscale, utilizzano una scala tipo-Likert, con quattro modalità di risposta (concordo fortemente = 4, dissenso fortemente = 1). Gli ultimi tre item utilizzano una scala del differenziale semantico. I risultati sono riportati con la frequenza, assoluta e relativa, e lo score medio (\pm DS) per ogni item; un valore di $p < 0,05$ è considerato statisticamente significativo.

RISULTATI Il tasso di risposta è del 69,6% (71 questionari su 102 distribuiti). Riguardo agli effetti delle visite aperte sui pazienti e sulle famiglie, gli atteggiamenti e le opinioni di infermieri e medici sono positive, con l'esclusione di due item. Infatti, solo il 43,18% degli infermieri concorda con l'affermazione: "La famiglia minimizza la noia del paziente" (40%, 54,55%, 38,46%, nei tre ospedali, rispettivamente, $p = n.s.$). Il quesito: "Le visite aperte danno alla famiglia maggior supporto da parte dello staff infermieristico e medico e assicurano che il paziente riceva le cure migliori" rileva il consenso del 40,9% degli infermieri (30%, 54,55%, 46,15%, $p = n.s.$). Nella terza subscale, che riguarda gli effetti delle visite aperte sul team sanitario, quattro item per i medici e sette per gli infermieri indicano attitudini negative nella maggioranza dei casi. In particolare, sia i medici sia gli infermieri non concordano con le affermazioni: "Le visite aperte forniscono più informazioni preziose sul paziente" (55,56%, 65,91%, medici e infermieri, rispettivamente), "La famiglia aiuta gli infermieri e i medici nelle cure di base" (66,67%, 79,55%), "Gli infermieri e i medici non si sentono qualificati nell'interagire con le famiglie nelle visite aperte" (77,78%, 61,36%), "Le visite aperte aumentano il senso di soddisfazione professionale degli infermieri e dei medici" (59,26%, 65,91%).

LIMITI La ricerca ha un disegno multicentrico, tuttavia, la numerosità campionaria, per la ridotta partecipazione, limita la generalizzazione dei risultati.

CONCLUSIONI L'American College of Critical Care Medicine Task Force, nel 2007, sottolinea che la politica di visite aperte o flessibili e il regolare resoconto sullo stato di salute dei propri congiunti, degenti in una terapia intensiva, risponde a uno dei bisogni significativi delle famiglie. Le visite aperte includono diverse possibilità di programmazione dell'ingresso dei familiari; tuttavia, modificare l'organizzazione delle visite ai malati richiede sia dei requisiti strutturali, sia un'organizzazione adeguata per non ostacolare le cure di un malato critico. I risultati di questa ricerca sono controversi. I medici e gli infermieri mostrano attitudini positive riguardo l'impatto delle visite aperte sul comfort della famiglia e dei malati. Nei tre reparti valutati, bisogna considerare le differenze legate alla complessità assistenziale dei malati e l'importanza del disegno strutturale degli ambienti. Tuttavia, medici e infermieri dimostrano, spesso, atteggiamenti negativi riguardo all'interazione del team sanitario con una maggiore flessibilità nella gestione delle visite dei familiari. Nei reparti di terapia intensiva è necessario favorire gli aspetti relazionali, che coinvolgono sia i pazienti, sia le famiglie, sia il team di medici e infermieri, per promuovere una politica di apertura delle visite della famiglia.

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

48. Missed nursing care in un setting chirurgico: studio osservazionale multicentrico

Dignani Lucia¹, Girotti Susi¹, Seccia Lucia², Paoletti Marzia², Toccaceli Andrea²

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND Nel mondo sanitario moderno una delle più grandi sfide è rappresentata dall'erogazione di un'assistenza infermieristica che rispetti criteri di qualità e di sicurezza. Tuttavia non sempre i professionisti sono in grado di soddisfare tutte le richieste di assistenza, a causa della crescente domanda di assistenza infermieristica e dell'insufficiente presenza di risorse atte a soddisfare i bisogni. Di conseguenza, spesso il personale infermieristico si trova nelle condizioni di fornire un'assistenza insufficiente, frammentaria o deficitaria. Viene definita "omissione di assistenza infermieristica", o "missed nursing care", qualsiasi intervento infermieristico necessario al paziente ma omesso parzialmente, completamente o rimandato. Tra le cause del fenomeno vengono individuate la carenza di risorse umane, di presidi/materiali, di comunicazione, di presenza di un lavoro a turni, ma anche dal livello di priorità individuato dagli infermieri e dai rapporti con gli operatori di supporto. Tra le conseguenze del fenomeno ci sono: riduzione della qualità dell'assistenza, diminuzione della soddisfazione percepita, aumento di eventi avversi, aumento dei costi e della durata della degenza, insoddisfazione lavorativa, intention to leave. Poiché le missed care sono fenomeni generalizzati a molteplici situazioni clinico-assistenziali, con importanti rischi per gli assistiti, appare di fondamentale importanza comprendere quali siano le attività principalmente omesse da personale infermieristico e le relative cause.

OBIETTIVI valutare il grado e le cause di omissione degli interventi assistenziali in un setting chirurgico.

METODI È stato utilizzato un disegno osservazionale descrittivo che ha coinvolto gli infermieri di 15 Unità Operative di setting chirurgico di 5 ospedali marchigiani. L'indagine è stata condotta nel periodo giugno-agosto 2015, e si è avvalsa di uno strumento costruito ad hoc, sottoposto ad una preliminare fase di somministrazione a 20 infermieri, per valutarne l'attendibilità tramite Alpha di Cronbach. Il questionario era composto da tre sezioni: una per indagare le variabili socio-demografiche del gruppo infermieristico. La seconda sezione, composta da 33 items aveva lo scopo di rilevare il grado di omissione di alcune tra le più frequenti attività infermieristiche, attraverso una scala a 4 punti che andava da "quasi mai omesso" (livello 1) a "quasi sempre omesso" (livello 4). La terza sezione era volta ad individuare le più frequenti cause di missed care, attraverso 22 items a cui era possibile attribuire un valore su una scala a 4 punti, da "molto influente" a "per nulla influente".

RISULTATI Hanno partecipato all'indagine 197 infermieri su 222 (response rate: 88,7%). Il campione era prevalentemente femminile (78.1%), con una età media di 39.9 anni (DS 8.4) ed uno stato di servizio medio di 14.9 anni (DS 8.9). Le attività infermieristiche che sono risultate essere più frequentemente omesse o ritardate sono: mobilitazione del paziente ogni due ore, se indicato (43.2%), igiene del cavo orale (29.9%), assistenza alla persona non autosufficiente per l'assunzione del pasto quando il cibo è ancora caldo (21.8%). Le attività più raramente omesse o ritardate sono state: monitoraggio degli stick glicemici come indicato (1%), compilazione della documentazione infermieristica (1%), attuazione di interventi di prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da pressione (1.5%). Tra le principali cause del missed nursing care nel setting chirurgico sono emersi: inadeguato numero di personale infermieristico nel 90.9% dei casi, inadeguato numero di personale di supporto (90.9%), scarso tempo per lo svolgimento delle attività infermieristiche (89.8%).

LIMITI Il principale limite dello studio è rappresentato dall'utilizzo di uno strumento non validato.

CONCLUSIONI La consapevolezza di quali siano le attività che risultano maggiormente trascurate nell'ambito del nursing, consente una riflessione critica e l'adozione di strategie migliorative nel setting considerato. Le missed nursing care rappresentano un importante indicatore della qualità assistenziale e determinano un notevole impatto sull'outcome dell'utente, in termini di sicurezza, efficienza e soddisfazione percepita.

Indirizzo per la corrispondenza

Dignani Lucia, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Pneumologia
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: lucia.dignani@ospedaliriuniti.marche.it

49. L'Health Literacy dei caregivers formali: studio osservazionale multicentrico

Dignani Lucia¹, Grecu Geta², Toccaceli Andrea¹, Girotti Susi¹

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND Nella società moderna, la permanenza a domicilio di persone anziane con una riduzione delle capacità fisiche e cognitive corrisponde ad una necessità sempre più crescente di assistenza. Quando la famiglia o gli amici non sono in grado o non possono svolgere questo ruolo di sostegno, l'assistenza continuativa di queste persone è affidata a caregivers formali retribuiti. I caregivers formali sono individui non appartenenti alla famiglia che ricevono un pagamento per assistere le persone nelle attività di self care nel loro domicilio o nelle strutture. Tuttavia alcuni studi suggeriscono che spesso i caregivers non sono adeguatamente preparati a farsi carico della persona anziana che assistono, soprattutto nell'ambito della salute, a causa del basso grado di Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria). Una ridotta health literacy (HL) è associata ad outcomes negativi, come scarse attività di prevenzione, peggiore gestione della patologia cronica, scorretto utilizzo dei farmaci, aumento dei ricoveri, aumento della mortalità. Nonostante la rilevanza del tema, attualmente ci sono poche conoscenze sul livello di alfabetizzazione sanitaria posseduto dai caregivers formali.

OBIETTIVI Valutare il livello di Health Literacy percepita dei caregivers formali.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo che ha coinvolto i caregivers formali di due province marchigiane, secondo una modalità di convenienza. La raccolta dati è avvenuta nel periodo luglio-settembre 2015, attraverso un questionario costruito ad hoc. Lo strumento era costituito da due sezioni: una per la rilevazione delle variabili socio demografiche, e una per la valutazione del livello di HL percepito dei caregivers formali. Quest'ultima comprendeva sia items che indagavano le conoscenze sanitarie su specifici ambiti clinici (es. trattamento delle lesioni da pressione, gestione della nutrizione enterale e parenterale, gestione della persona con patologia diabetica, ...), sia items che valutavano il contributo dei sanitari e della famiglia accanto ai caregivers formali nella presa in carico della persona. Sono stati esclusi dal campione coloro che non erano in grado di comprendere la lingua italiana. L'arruolamento è avvenuto dopo la firma del consenso informato.

RISULTATI Hanno partecipato allo studio 104 soggetti. Il campione era composto prevalentemente da donne (97.1%), nel 100% dei casi straniere, con un'età media di 48.5 anni (DS 9.9), perlopiù coniugate (36.9%) o divorziate (25%), con un diploma di scuola media superiore nel 57% dei casi e la laurea nel 13%. Il periodo medio vissuto in Italia era di 8 anni (DS 3.6). Il campione ha dichiarato di avere una esperienza lavorativa come caregivers formale di 7.5 anni (DS 3.5), ma di avere svolto corsi di preparazione/abilitazione specifici solo nel 19% dei casi, e di aver ottenuto il lavoro tramite conoscenti (93%). L'assistenza era rivolta perlopiù a persone totalmente (33%) o parzialmente (39%) dipendenti. La famiglia si è dimostrata presente nella presa delle decisioni sulla salute della persona nell'87.5% dei casi, come anche i sanitari (74%). Il 94.2% del campione ha dichiarato di essere in grado di leggere e comprendere le informazioni sanitarie scritte, e di possedere conoscenze sulle patologie sofferte dal proprio assistito (94.2%). Rispetto alle conoscenze sanitarie su ambiti clinici specifici, i caregivers formali hanno affermato di essere in grado di gestire le lesioni da pressione (76.6%), la nutrizione enterale parenterale (75%), la persona diabetica (93.7%). Le criticità maggiori evidenziate sono state quelle relative all'orario di lavoro (in media 114 ore a settimana) e allo sforzo fisico necessario alla gestione dell'assistito (36.5%).

LIMITI La ridotta numerosità campionaria pone dei limiti alla validità esterna dello studio.

CONCLUSIONI Lo studio ha offerto uno spaccato su una realtà assistenziale molto diffusa, ma scarsamente indagata. La conoscenza del livello di HL dei caregivers formali offre ai professionisti della salute la possibilità di intervenire sulle aree deficitarie. Una corretta presa in carico dell'assistito anche a domicilio può produrre outcomes positivi in termini di salute. La ricerca ha permesso inoltre di evidenziare che nonostante i caregivers formali abbiano un alto livello di HL percepito, in realtà non vengono formati con canali ufficiali e il lavoro risulta spesso "totalizzante".

Indirizzo per la corrispondenza

Dignani Lucia, Infermiere

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Pneumologia

Via Conca, 71 - 60126 - Ancona

Email: lucia.dignani@ospedaliriuniti.marche.it

50. Fascicolo Sanitario Elettronico: alcuni profili giuridici e aspetti di privacy

Domina Rosa, Celenza Francesca

Ausl di Bologna

BACKGROUND Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) definito, dall'art 12 della L. 221/2012, come l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riferibili all'assistito, costituisce un elemento di grande cambiamento nella gestione, l'erogazione e la fruizione dei servizi socio-sanitari. Il decreto Crescita 2.0 (D.L. n.179 del 18 ottobre 2012) gli ha attribuito tre obiettivi principali: 1) facilitare le attività di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione; 2) essere fonte di studio e ricerca in campo medico ed epidemiologico; 3) essere strumento di supporto alla programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure e valutazione della performance dell'assistenza sanitaria.

OBIETTIVI L'obiettivo è fornire ai medici, e ai clinici nel complesso, una visione complessiva e unificata dello stato di salute del cittadino/paziente, e costituisce il punto in cui informazioni e documenti clinici, generati dai vari attori del Sistema Sanitario, confluiscono e sono resi disponibili e condivisibili. L'accesso alle informazioni è quindi possibile non solo a coloro i quali le hanno generate e naturalmente al titolare delle informazioni, ma anche a coloro che vengono coinvolti a vario titolo nella cura del soggetto.

METODI L'intervento descrive l'attività svolta analizzando aspetti trasversali del FSE relativi a profili giuridici, soprattutto di privacy, in particolare: 1) Il quadro normativo completo di riferimento, la valutazione delle relazioni giuridiche con norme indirette (privacy, trasparenza, diritto di accesso alle prestazioni, digital divide, impatto socio economico, ecc), dalle Linee Guida del Garante della Privacy del 2009, fino al decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69 convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98. 2) Il ruolo di alcuni disposti normativi in particolare in tema di consenso al trattamento dei dati personali nelle potenzialità di innovazione tecnologica e valutazione delle criticità, l'analisi delle problematiche giuridiche collegate alla predisposizione ed erogazione per via telematica di servizi di carattere socio-sanitario e assistenziale, in particolar modo di quelle attinenti alla tutela della riservatezza dei dati e alla sicurezza informatica. 3) I problemi sul tema della sicurezza e trattamento del dato personale nel FSE sviluppato in Emilia-Romagna, e gestito dalla piattaforma SOLE (Sanità On Line), affrontati dalla Circolare Regionale n. 6/2008 "Linee Guida in materia di comunicazione di dati personali e sanitari nell'ambito del Progetto Sole Rete integrata Ospedale – Territorio nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. In particolare l'attivazione e la consultazione del FSE avviene in forma protetta e riservata attraverso credenziali personali. Ogni singolo accesso è tracciato e reso visibile. Inoltre il rilascio del consenso del titolare del FSE soddisfa gli obblighi di legge per la maggior parte dei trattamenti effettuati per finalità di tutela della salute; viene raccolto una tantum attraverso le strutture aziendali o tramite il medico di famiglia. 4) L'oscuramento e l'oscuramento dell'oscuramento, elementi a ulteriore tutela della privacy introdotti sempre dalle Linee Guida Garante Privacy del 2009, per i quali l'AUSL di Bologna ha stabilito che i dati relativi alle prestazioni oscurate, pur essendo normalmente conservati da chi li ha prodotti (il medico o la struttura sanitaria), non saranno inviati al sistema SOLE e non sarà visibile nemmeno la richiesta di oscuramento. 5) Il decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69 introduce due importanti novità nel FSE: l'istituzione del dossier farmaceutico aggiornato in tempo reale dalle farmacie per favorire la qualità, il monitoraggio e l'appropriatezza delle prescrizioni per garantire la sicurezza del paziente e la messa a regime dell'e-prescription (dematerializzazione della c.d. ricetta rossa).

RISULTATI Considerando ciò, il beneficio dell'introduzione del fascicolo sanitario elettronico è indiscusso: Maggiore appropriatezza prescrittiva Velocità nella diagnosi Velocità nell'individuazione del percorso terapeutico più appropriato Maggiore aderenza alla terapia Riduzione degli sprechi di tempo e di risorse economiche Migliore sistema di Farmacovigilanza Maggiori dati per la Ricerca

LIMITI Il Fascicolo sanitario elettronico avrebbe – almeno negli intenti – lo scopo di facilitare la vita di medico e paziente, raccogliendo tutti i referti medici del paziente e rendendo disponibili ai sanitari tutte le informazioni salva-vita per il soggetto, come ad esempio eventuali allergie ai farmaci.

CONCLUSIONI I vantaggi del FSE, una volta messo a regime, deriveranno principalmente dal recupero di risorse per rendere sostenibile l'assistenza del futuro, in particolare nella possibilità offerta al cittadino di accedere in maniera sicura ai propri dati e agli operatori di avere informazioni su stato di salute, abitudini e stili di vita, elementi fondamentali per cogliere l'andamento e le trasformazioni della nostra società e per migliorare la salute di tutti.

Indirizzo per la corrispondenza

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

51. #YouCan: promuovere la salute con messaggistica evidence-based e social network

Donzelli Alberto¹, Chadenier Giulia², Rotelli Tiziana¹, Sacchi Silvia¹, Flammini Massimo¹, Lafranconi Alessandra²

¹ASL Milano, ²Università di Milano Bicocca

BACKGROUND Secondo l'OMS, i luoghi di lavoro rappresentano ambiti ideali per la promozione di salute nella comunità. Tra i lavoratori, quelli impiegati presso aziende sanitarie sono spesso visti dalla popolazione generale come esperti e possono agire come moltiplicatori nella cerchia dei conoscenti. Per valorizzare questo potenziale di leadership dei lavoratori della sanità l'ASL di Milano ha ideato il programma #YouCan (promozione della salute via email e social network, che include tecniche di gamification) per ridurre il consumo di tecnologie sanitarie/farmaci inappropriati nei lavoratori, nei loro contatti professionali e cerchia di familiari/conoscenti, proponendo efficaci alternative basate sullo stile di vita.

OBIETTIVI Obiettivo principale del programma è la lotta al disease mongering, con aumento di consapevolezza ed empowerment e riduzione di consumi impropri di tecnologie sanitarie e farmaci, in accordo con il curante per farmaci a prescrizione medica, e contestuale miglioramento dello stile di vita. Il rationale che guida la scelta di ridurre, sostituire o abbandonare certi farmaci (inibitori della pompa protonica/IPP, statine, ezetimibe, omega3-, vitamine e integratori, antipertensivi, antidiabetici, antidepressivi) è la possibilità di ottenere risultati analoghi modificando lo stile di vita, con adeguato livello di attività fisica, alimentazione salutare e misure comportamentali specifiche per le diverse condizioni. Obiettivo secondario è migliorare conoscenze e competenze dei partecipanti.

METODI Da novembre 2014 a febbraio 2015 i partecipanti hanno ricevuto messaggi settimanali via email, Facebook e Twitter. I contenuti, evidence-based, hanno incluso revisioni di letteratura, accesso a documentazione di approfondimento e consigli pratici per ridurre l'uso inappropriato di tecnologie sanitarie. Alla 4a settimana è stata lanciata la sfida (gamification), con invito a esplicitare la modifica di un comportamento non salutare. I partecipanti hanno sfidato se stessi per raggiungere l'obiettivo prefissato, e sono entrati in sfida con gli altri, per vincere i premi migliori, offerti da sponsor e tutti coerenti con i messaggi salutistici del programma. Ad aprile un evento di presentazione dei risultati a Direzione e colleghi si è concluso con le premiazioni. Si è anche attivato un servizio di counseling personalizzato, telefonico e via email. Infine tra gennaio e febbraio si è svolto un incontro di gruppo in ciascun Distretto. Si sono valutate le variazioni di abitudini alimentari, attività fisica e consumi di farmaci confrontando i questionari anamnestici iniziale e finale, sottoscritti dagli interessati, corredati di rilevazione di gradimento.

RISULTATI YouCan ha raccolto 196 partecipanti, che ogni settimana hanno ricevuto i messaggi evidence-based sui tre canali attivati. 142 hanno risposto al questionario finale, permettendo così un confronto di variazioni di abitudini alimentari, attività fisica e consumo di farmaci. I risultati preliminari hanno mostrato che 126 hanno partecipato alla sfida, scegliendo di migliorare l'alimentazione (93), il livello di attività fisica (47) e il consumo di farmaci potenzialmente inappropriati, in accordo con il curante (47). Le maggiori riduzioni si sono avute per IPP (20) e vitamine/omega-3/integratori (17). Il risparmio, calcolato su base annua per i soli farmaci a carico del SSN, è stato di quasi 6.400 euro. Inoltre in media è stata dichiarata una riduzione del consumo di snack (-24%), carne (-17%), sigarette fumate (-18%), bicchieri di vino/superalcolici (-9%) e un aumento di frutta/verdura (+7%) e del punteggio dell'umore (+7%). Chi intendeva perder peso lo ha ridotto di 1,6 kg (IMC -0,6). YouCan ha registrato una soddisfazione generale pari a 7,6/10; il miglioramento di conoscenze personali (health literacy) è stato valutato dai partecipanti in 7/10.

LIMITI L'uso dei social network, che ha tra i punti di forza la pubblicazione di tutti i messaggi in uno spazio gratuito e l'interazione in tempo reale, è stato modesto: la pagina Facebook è stata consultata direttamente dai messaggi email 227 volte (minimo 9, massimo 30 volte a settimana), il profilo di Twitter ha riportato 40 accessi.

CONCLUSIONI I risultati hanno mostrato che YouCan, un programma di promozione della salute sul luogo di lavoro via email e social network, è fattibile, con costi contenuti, buon gradimento e produce risultati complementari: riduce il consumo inappropriato di farmaci, con potenziale guadagno in salute e interessante risparmio per il SSN (si pensi che i lavoratori sono una vasta popolazione, in genere in buono stato di salute); stimola il miglioramento degli stili di vita; aumenta le conoscenze corrette in campo sanitario e l'empowerment dei partecipanti, con plausibile effetto di moltiplicazione nei loro contatti professionali e personali. Tenuto conto dei dati e delle valutazioni dei partecipanti, nelle prossime edizioni si manterranno la sfida e la disponibilità al contatto personale (di gruppo e individuale).

Indirizzo per la corrispondenza

Lafranconi Alessandra, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco
Via dell'Eremo, 9/11 - 23900 - Lecco
Email: a.lafranconi1@campus.unimib.it

52. Le evidenze come strumento di contenimento della spesa sanitaria: il caso del catetere venoso periferico in ostetricia

Finale Enrico, Fabrizio Olivero, Andrea Guala

ASL VCO

BACKGROUND La sanità ha subito negli ultimi anni un lento ma costante mutamento che ha portato il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e di riflesso tutte le aziende ad esso collegato, ad un'attenta politica di oculatezza e di risparmio. Alla base di questa trasformazione vi è probabilmente la progressiva riduzione di risorse a livello centrale, che induce una riduzione delle risorse da destinare alla programmazione sanitaria nazionale. In aggiunta a questo mutamento economico, le amministrazioni, si trovano anche a fare i conti con un epocale cambiamento: rendere l'assistenza più appropriata possibile. Insite al concetto di appropriatezza sono la razionalizzazione e l'ottimizzazione della spesa sanitaria. Quindi un'assistenza appropriata è un'assistenza sostenibile e riproducibile. Nonostante i progressi dell'evidence based medicine (EBM) negli ultimi decenni, purtroppo oggi si assiste ancora ad un'assistenza orientata alla consuetudine e non alle evidenze scientifiche. Questo atteggiamento sfocia in una mancanza di aderenza tra ricerca e pratica clinica quotidiana che porta ad un aumento dei costi parallelamente ad una riduzione dell'appropriatezza. Un esempio di questa mancanza è rappresentato dal caso che proponiamo e cioè quello del catetere venoso periferico utilizzato come strumento di profilassi emorragica in un reparto di ostetricia. Purtroppo la graduale medicalizzazione che hanno subito gravidanza, travaglio e parto, anche quando gli eventi sono esclusivamente fisiologici, comporta una serie di overtreatment ingiustificati, dispendiosi e non sostenuti da evidenze.

OBIETTIVI Valutare l'impatto economico che deriva dall'applicazione routinaria di un catetere venoso periferico come strumento di profilassi emorragica a tutte le gravide che si ricoverano per espletamento del parto.

METODI Lo studio dal disegno osservazionale retrospettivo, è stato condotto valutando la documentazione clinica inerente il biennio 2013-14 del dipartimento materno-infantile dell'ospedale Castelli di Verbania. Un'analisi del rischio, effettuata grazie alla valutazione dei fattori di rischio antenatali per emorragia post partum, al momento del ricovero, ha permesso di identificare, in accordo con evidenze scientifiche sui benefici di questa pratica preventiva, le donne che necessitavano realmente di catetere venoso periferico profilattico. Successivamente è stata condotta un'analisi dei costi, che ha preso in considerazione solo il costo di alcuni dei materiali utilizzati, nella fattispecie agocannula, connettore e medicazione di fissaggio, e che ha voluto escludere il costo della procedura in termini di minuti di assistenza, quello dell'uso dei dispositivi di protezione individuali e quello dei materiali per la disinfezione, ha permesso di calcolare la spesa effettuata nel biennio.

RISULTATI Il numero di ricoveri di ostetricia effettuati in questo lasso di tempo è stato di 1527 per un totale di 889 parti. Di questi 285 sono stati tagli cesari, ma solo la metà programmati. L'analisi del rischio effettuata sui dati ricavati dalla documentazione clinica ha permesso di determinare il numero di casi per cui era previsto un rischio emorragico e quindi necessario il CVP: se si escludono i 142 casi di TC programmato e i 148 casi in cui era presente uno o più fattori di rischio emorragico, si scopre che 597 CVP sono stati posizionati in maniera impropria e in disaccordo con le evidenze scientifiche. L'analisi economica per i materiali presi in esame ha calcolato una spesa complessiva di 1.164,59 euro. Di questi 782,07 riguardano i costi dei casi in cui i CVP non erano necessari.

LIMITI Il presente studio non ha valutato gli outcome di processo

CONCLUSIONI Il divario che esiste tra mancanza di aderenza alle più recenti evidenze scientifiche e pratica clinica quotidiana si è tramutato, in questo caso, in una dispersione di risorse a carico dell'organizzazione, assolutamente evitabile, che non potrà più essere utilizzata o riallocata. Un atteggiamento questo che risulta dannoso e dispendioso, inoltre, alla luce della rivoluzione economica che il nostro SSN sta attraversando, insostenibile. Il caso del CVP sembra essere infinitesimale se rapportato a tutte le scelte assistenziali e terapeutiche che ogni giorno vengono prese basandosi sulla consuetudine e non sulle evidenze scientifiche. Ma siamo sicuri che se la rivoluzione di autosostenibilità del SSN debba avere inizio, è necessario approcciarsi e iniziare dalle piccole cose.

Indirizzo per la corrispondenza

Finale Enrico, Ostetrico
Ospedale Castelli di Verbania
Via Fiume, 18 - 28925 - Verbania
Email: enrico.finale@gmail.com

53. Importanza e Training della Situation Awareness nella Formazione dei Professionisti Sanitari

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

ULSS N. 9 Treviso

BACKGROUND Attualmente la Sanità rappresenta un settore soggetto ad importanti cambiamenti ed innovazioni, dove si assiste sempre di più ad una trasformazione dei modelli clinico-organizzativi, dei contesti socio-economici, nonché dal forte impatto dovuto all'uso delle tecnologie sempre più diffuse ed utilizzate dai Professionisti Sanitari. Similmente sono mutate anche le aspettative degli utenti del Sistema Sanitario Nazionale che perciò si aspettano elevate performance in riferimento alle prestazioni sanitarie e assistenziali erogate. I Modelli Anglosassoni e la Letteratura Internazionale orientano molto la formazione dei Professionisti Sanitari verso nuove ottiche in riferimento al concetto di competenza, che si avvale perciò, non soltanto di abilità tecniche, ma ricomprende al suo interno anche abilità di tipo non tecnico (Non Technical Skills) che quindi risultano complementari alle prime. Le parole Non Technical Skills furono utilizzate per la prima volta negli anni novanta e provengono dal contesto dell'aeronautica e sono state esportate in passato in altri settori, come in ambito aereospaziale, petrolchimico, dell'energia nucleare e della navigazione; attualmente stanno trovando applicazione anche in ambito sanitario. Le Non Technical Skills più studiate in Letteratura sono la Comunicazione, il Team-Working, il Decision-Making, la Leadership e la Situation Awareness e alcune di queste sono in correlazione fra loro. In ambito aeronautico la Situation Awareness rappresenta la causa più frequente in relazione agli incidenti aerei accaduti nella storia dell'aviazione perciò si vuole proporre l'introduzione ed il training di questa abilità che diviene imprescindibile anche a livello sanitario.

OBIETTIVI Si è voluto inserire, in alcuni percorsi specifici di formazione dedicati ai Professionisti Sanitari, una nuova visione delle competenze orientando gli stessi verso la conoscenza delle Non Technical Skills. In diversi Percorsi Formativi, in seguito ad una presentazione generale sulle principali caratteristiche delle competenze non tecniche, si è orientata l'attenzione principalmente sulla Situation Awareness (Consapevolezza Situazionale).

METODI Può accadere che in alcune situazioni, specialmente in urgenza/emergenza il Professionista Sanitario, per svariate ragioni possa perdere la consapevolezza situazionale, e quindi, la capacità di riconoscere attivamente una situazione di potenziale rischio per la Sicurezza del Paziente. La Situation Awareness si dimostra una abilità imprescindibile in ambito sanitario che è funzione della memoria a breve termine e a lungo termine. La memoria a breve termine si avvale del contesto e degli stimoli che si è in grado di percepire da questo, per poi relazionarsi con la memoria a lungo termine per l'interpretazione delle informazioni dove risiedono competenze, esperienza e procedure. Si conclude infine con l'"anticipazione" di scenari futuri di sviluppo della situazione in corso. Al fine di sviluppare questa abilità si sono quindi create delle esercitazioni orientate allo sviluppo e al consolidamento della Situation Awareness sui percorsi specialistici-ostetrici e anche in ambito multi-specialistico ambulatoriale.

RISULTATI Tutti i Professionisti Sanitari coinvolti negli interventi di Training hanno accolto positivamente questo orientamento verso le Competenze non tecniche, proponendo anche l'attivazione di percorsi formativi successivi mirati e dedicati proprio per l'importanza e l'imprescindibilità dell'argomento trattato relativamente al proprio contesto.

LIMITI Non sono stati rilevati significativi limiti in relazione a queste nuove ottiche- metodiche formative.

CONCLUSIONI Lo sviluppo delle competenze Non tecniche con particolare riferimento alla Situation Awareness ed al suo Training indirizzano i Professionisti della Salute verso modelli formativi innovativi in grado di gestire in modo ottimale situazioni imprevedibili e complesse, sviluppando meccanismi in grado di potenziare le competenze tecniche, sostenendo e rinforzando le competenze cliniche, costituendo oggi un requisito indispensabile per lavorare in 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

54. Lavorare in Team in Sanità: quali vantaggi

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

ULSS N. 9 Treviso

BACKGROUND Il Team-Working fa parte delle Non Technical Skills (competenze non tecniche complementari a quelle tecniche, sviluppate soprattutto nei modelli sanitari anglosassoni) che sono collegate alle abilità del lavoro di gruppo. Nelle attuali Organizzazioni Sanitarie il lavoro in Team viene sempre più valorizzato poiché permette di integrare le diverse esperienze e competenze dei Professionisti Sanitari che compongono un determinato Team. Il Team lavora in modo differente dal gruppo secondo una metodologia di lavoro strutturata con obiettivi chiari, condivisi e comuni, prevedendo una comunicazione chiara ed efficace tra i suoi componenti. Il Team è utilizzato in aviazione, nel settore aereospaziale, nautico e nello sport e permette di raggiungere documentati vantaggi in relazione alla Performance dello stesso secondo un andamento esponenziale, agendo attivamente sui meccanismi della Sicurezza. Il Team può essere utilizzato anche in ambito sanitario per ottimizzare le performance delle prestazioni erogate, migliorare l'appropriatezza e la comunicazione, fungendo inoltre da barriera nei meccanismi di Gestione Proattiva del Rischio Clinico.

OBIETTIVI Si dimostra che il lavorare in Team in Sanità, rispetto a metodologie di lavoro di tipo individuale aumenta l'out-come finale, innalza la qualità dei Servizi Sanitari erogati e favorisce inoltre la Gestione Proattiva del Rischio Clinico. L'opportunità di lavorare in Team all'interno dell'Organizzazione Sanitaria permette di utilizzare questa abilità come un importante strumento di cambiamento che diviene fondamentale per rivedere e riesaminare alcuni processi in merito all'appropriatezza, all'efficienza e alla Sicurezza dei Servizi Sanitari erogati, nonché per migliorare l'out-come delle prestazioni sanitarie erogate.

METODI Per poter rafforzare e strutturare il lavoro in Team si sono realizzati Corsi di Formazione specifici in grado di esemplificare la differenza del lavorare individualmente, analizzando il Contesto di riferimento e strutturando il Lavoro in Team attraverso la condivisione degli obiettivi, riconoscendo una leadership (che può anche ruotare in relazione al tipo di situazione e contesto in cui ci si trova) e riallineando le competenze dei Professionisti Sanitari che compongono il Team. All'interno dello stesso è necessario saper esercitare meccanismi di comunicazione attiva anche con Briefing e De-briefing, riconoscendo la responsabilità delle procedure rispetto alle varie fasi.

RISULTATI Nei vari Team di Professionisti Sanitarie formati a lavorare secondo queste nuove ottiche si è rafforzata la comunicazione, lo scambio di esperienze complementari che hanno innalzato la qualità delle prestazioni erogate agli utenti, attuando inoltre meccanismi proattivi nella gestione del Rischio Clinico. È inoltre migliorata anche la comunicazione con l'utente con cui è importante fare Team per raggiungere l'alleanza terapeutica, come previsto in alcune Linee Guida Ministeriali, nonché dalle nuove prospettive previste dalla Letteratura Internazionale.

LIMITI Non sono stati rilevati significativi limiti.

CONCLUSIONI Lavorare in Team in Sanità secondo modalità di tipo integrato permette che le esperienze, le diverse competenze e professionalità sanitarie si fondano per sviluppare un nuovo orientamento lavorativo secondo logiche perfezionate e rinforzate in grado di migliorare l'out-come finale ed agire proattivamente nella Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente.

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

55. Ruolo delle non technical skills in sanità

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

ULSS N. 9 Treviso

BACKGROUND Il termine Non Technical Skills fu utilizzato per la prima volta negli anni 90 in seguito all'analisi congiunta di piloti e psicologi che analizzarono diversi importanti incidenti accaduti in aviazione civile e militare. Anche alcune Università Anglosassoni si occuparono di tale tematica, identificando le principali competenze non tecniche, sviluppandone successivamente anche le relative tassonomie. Per Non Technical Skills si intendono tutte le competenze non tecniche complementari a quelle tecniche di ciascuna Professione Sanitaria, che risultano imprescindibili nella pratica clinica, parimenti alle Competenze Tecniche. Le Non Technical Skills più studiate sono la Comunicazione e il Team-Working, facendo riferimento alle abilità di gruppo, a cui si aggiungono la Situation Awareness (Consapevolezza Situazionale), Il Decision Making (il saper prendere la decisione corretta al momento giusto) e la Leadership.

OBIETTIVI Sviluppare interventi formativi mirati in grado di descrivere le principali Non Technical Skills ed i meccanismi che ad esse sottendono, al fine, di migliorare e perfezionare le competenze dei professionisti Sanitari, promuovendo al contempo gli obiettivi della Clinical Governance.

METODI Si sono realizzati molteplici interventi formativi in diversi percorsi di formazione in particolare sul Risk Management presentando le Non Technical Skills e valorizzando il contributo che esse apportano in Sanità, se efficacemente sviluppate. La presentazione di dette abilità è stata in parte teorica, in parte realizzata con filmati e casi o con esercitazioni strutturate e mirate per ogni Non Technical Skill analizzata.

RISULTATI I professionisti Sanitari coinvolti hanno dimostrato grande interesse e richiesto ulteriori approfondimenti anche in relazione ai diversi contesti di provenienza chiedendo interventi dedicati di formazione verso le Non Technical Skills di gruppo con particolare riferimento al Team-Working e alla Comunicazione.

LIMITI Non sono stati rilevati significativi limiti.

CONCLUSIONI Si può affermare che il ruolo, ormai riconosciuto delle Non Technical Skills anche in altri settori, diversi da quello sanitario, risulta essere imprescindibile per aumentare la Sicurezza del Paziente nell'accesso alle cure, nella Qualità delle prestazioni erogate, nella Formazione che diviene quindi uno strumento in grado di sviluppare abilità di cui il professionista Sanitario può fruire per gestire in modo ottimale anche le situazioni più complesse ed imprevedibili.

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

56. Una “Watchtower” per l’integrità del sistema sanitario: un indice per individuare e prevenire eventuali comportamenti non idonei all’interesse comune

Galletti Giacomo, Sergi Alessandro, Ierardi Francesca, Bartolacci Simone, Vannucci Andrea

Agenzia regionale sanità Toscana

BACKGROUND Le prestazioni erogate senza rispettare criteri di efficienza e/o equità d’accesso rappresentano un’insidia per l’integrità del sistema sanitario, in particolare quando i processi di produzione sono difficilmente tracciabili, sia per un deficit dei flussi informativi sia per una scelta determinata

OBIETTIVI Sviluppare un sistema d’indicatori per identificare preventivamente processi di erogazione di prestazioni sanitarie a rischio di comportamenti devianti dall’interesse comune. Rispondere alle richieste contenute nell’aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione in ambito sanitario per la mappatura dei rischi di corruzione

METODI Sono state prese in considerazione, come fase di test, due prestazioni di diagnostica a potenziale rischio d’inappropriatezza: 88.94.1 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA; 88.38.1 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE. Abbiamo costruito un indicatore composito, avendo come riferimento la check list OECD 2008 “Handbook on Constructing Composite Indicators”. Gli indicatori nativi derivano dai flussi correnti toscani dell’attività ambulatoriale SPA e TAT, anno 2014. Le misure utilizzate per l’algoritmo sono: • Tasso standardizzato di prestazioni erogate (TPE) calcolato per la regione Toscana e per singole Asl. • Rapporto tra prestazioni prenotate (PP) e prestazioni erogate (PE). • Prestazioni ripetute (PR) nell’arco temporale di 24 mesi. L’algoritmo di calcolo per l’Indice di Sorveglianza Integrità (ISI) deriva dalla pesatura delle tre misure precedenti. $ISI = S \text{ punteggio TPEasl} / \text{TPErt} + \text{punteggio PP/PE} + \text{punteggio PR}$ I criteri per l’assegnazione dei punteggi sono: Rischio di INEFFICIENZA: se il tasso delle prestazioni dell’Asl è del 20% superiore a quello regionale ($\text{TPEasl} / \text{TPErt} > 1,20$); ugualmente se le prestazioni prenotate sono superiori del 20% a quelle erogate ($\text{PP/PE} > 1,20$). Rischio di DISEQUITA’: se il tasso delle prestazioni dell’Asl è del 20% inferiore a quello regionale ($\text{TPEasl} / \text{TPErt}$

RISULTATI In seguito alla simulazione su tre Asl indicate genericamente come A, B e C, otteniamo: ASL A – RM muscolo-scheletrica: $\text{TPEaslA} / \text{TPErt} = 0,79$ (score 2); $\text{PP/PE} = 0,26$ (score 2); $\text{PR} = 15\%$ (score +1) ; $ISI = \text{TPEaslA} / \text{TPErt} + \text{PP/PE} + \text{PR} = 2 + 2 + 1 = 5$ - Valutazione: rischio rilevante. - Indicazione: valutazione sulla qualità del flusso e audit su modalità di accesso. - Azione: tracciare il processo di prenotazione e prescrizione. ASL B – RM muscolo-scheletrica $\text{TPEaslB} / \text{TPErt} = 1,42$ (score 1); $\text{PP/PE} = 1,36$ (score 1); $\text{PR} = 16\%$ (score +1) ; $ISI = 1 + 1 + 1 = 3$ - Valutazione: rischio rilevante. - Indicazione: valutazione sulla qualità del flusso e audit su modalità di prenotazione. - Azione: tracciare il processo di prescrizione. ASL C – TC rachide $\text{TPEaslC} / \text{TPErt} = 1,04$ (score 0); $\text{PP/PE} = 0,81$ (score 0); $\text{PR} = 9\%$ (score 0) ; $ISI = 0 + 0 + 0 = 0$ - Valutazione: rischio basso. - Azione: proseguire il monitoraggio

LIMITI I flussi utilizzati per la produzione degli indicatori possono essere ancora non del tutto affidabili per completezza e/o imprecisione dei dati. Abbiamo pertanto deciso criteri di “tolleranza” molto ampi, anche se l’incompletezza e imprecisione dei flussi costituiscono comunque un problema di trasparenza, e quindi un elemento d’attenzione. Gli indicatori sintetici presentano margini di soggettività nel metodo di calcolo e nell’attribuzione dei punteggi.

CONCLUSIONI L’ISI rappresenta una “watchtower”, una torre di avvistamento, da cui è possibile identificare il rischio di anomalie. L’indice si focalizza sulla prenotazione delle prestazioni e sulla gestione delle liste d’attesa in quanto garanzia dell’accessibilità alle cure. Tassi molto diversi di erogazione di una prestazione non sono giustificabili, pertanto si suppone che vi siano anomalie di processo. La diagnosi dell’integrità dei processi richiede tuttavia approfondimenti successivi, per comprendere i fenomeni e per validare il metodo, verificando la corrispondenza tra l’attribuzione e le effettive situazioni di rischio. Dati i margini di soggettività nella definizione degli indicatori e dei pesi, va prevista la massima trasparenza nella costruzione dell’indice attraverso un percorso di condivisione.

Indirizzo per la corrispondenza

Galletti Giacomo,
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana - Osservatorio Qualità ed Equità
Via Pietro Dazzi, 1 - 50141 - Firenze
Email: giacomo.galletti@ars.toscana.it

57. Il ruolo del farmacista nella prevenzione e gestione dello stravasato

Gemma Lanzo, Togliardi Elena, Antonacci Giulia, Langella Roberto, Nurra Salvatore, Festinese Fabrizio, Saibene Gabriella

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

BACKGROUND Lo stravasato è un fenomeno caratterizzato da fuoriuscita di un farmaco dal letto vascolare, la cui gravità dipende dal tipo di farmaco, dalla sua concentrazione e dalla quantità fuoriuscita. I fattori che possono concorrere allo stravasato di farmaci sono: la dimensione e la condizione dei vasi, la sede d'infusione, le caratteristiche stesse dei farmaci, la sequenza e la velocità d'infusione, le condizioni preesistenti del paziente. I dati epidemiologici lo stimano come un evento raro, con una prevalenza tra l'1% e il 6,5%, suggerendo che spesso non venga segnalato o ancor peggio riconosciuto.

OBIETTIVI Definire le modalità di gestione dello stravasato e rendere disponibile a tutte le UO (Unità Operative) procedure condivise per tutto il personale sanitario per la gestione e segnalazione precoce dell'evento: una per lo stravasato da chemioterapici e una per lo stravasato da mezzi di contrasto.

METODI Consultazione di Linee Guida SIFO, Linee Guida ESMO, letteratura scientifica in merito, schede tecniche dei farmaci, sito extravasation.org.uk, per i mezzi di contrasto Linee Guida ESUR. Raccolta delle esperienze presso l'INT.

RISULTATI Il miglior trattamento di uno stravasato è la prevenzione: avere personale formato in merito alle procedure di somministrazione dei farmaci e di gestione dello stravasato e pazienti allertati a comunicare qualunque sensazione di fastidio. Il trattamento generale dello stravasato prevede: evidenziazione precoce, interruzione dell'infusione, aspirazione della quantità maggiore di farmaco possibile, senza esercitare pressione sull'area. Si deve quindi delimitare con una matita dermatografica l'area in cui si è verificato lo stravasato, posizionare l'arto in scarico e chiamare il medico e il farmacista per una valutazione condivisa della situazione e la prescrizione di un eventuale trattamento. Lo stravasato deve poi essere registrato in cartella clinica con apposito modulo di rilevazione di cui una copia va alla Farmacia, che risulta per cui coinvolta in tutti gli ambiti del processo. Gli antidoti raccomandati in caso di stravasato sono l'enzima Jaluronidasi, il DMSO, il Sodio Tiosolfato e il Dextrazoxano. Ognuno di questi è specifico per alcuni farmaci e non per tutti è prevista la somministrazione di un antidoto. Per quanto riguarda altri trattamenti questo è quanto deriva dalla nostra revisione della letteratura: •Cortisonici per via locale e/o topica: non consigliati in quanto vi sono pareri discordanti in letteratura. •Bendaggi in genere: controindicati se non prescritti da fisiatra o chirurgo plastico. •Impacchi caldi: solo per stravasato da alcaloidi della vinca. •Trattamento chirurgico: in presenza di edema persistente, eritema, dolore, ampia ulcera o di un'area di tessuto necrotico. •Tecnica del "wash out": solo in presenza di personale qualificato ed esperto nella tecnica. La Farmacia a tal punto ha fornito delle Linee Guida e un kit di pronto intervento. Allo stato attuale su 135000 chemioterapie/anno il numero di stravasati segnalati dal 2013 al 2015 è stato di 25 nel 2013 (31%); 33 nel 2014 (41%); 22 nel 2015 (28%). È stato registrato anche il numero complessivo di stravasati per tipologia di farmaco: quello correlato al maggior numero di segnalazioni è il taxolo post antracicline (16 segnalazioni), seguito da doxorubicina, oxaliplatino e iopamiro 370 con 6 segnalazioni ciascuno. Il reparto che ha registrato il maggior numero di stravasati è il Day Hospital Medico (25), seguito dall'Oncologia Medica (11). In 54 casi di stravasato è stato indicato l'utilizzo di un antidoto, mentre in 24 no. Un caso ha previsto l'uso di impacchi caldi e 1 di terapia con laser.

LIMITI Lo stravasato è un evento sottostimato e non sempre segnalato. A questo si aggiunge l'eterogeneità di informazioni disponibili in letteratura e la scarsa evidenza su cui si basano.

CONCLUSIONI Lo stravasato è visto come un esempio di "nursing malpractice" e per questo poco segnalato. È importante invece che l'infermiere non venga colpevolizzato ma figurati come "rilevatore" e che sia stimolato alla segnalazione precoce al fine di ridurre al minimo il rischio di problematiche gravi per il paziente. In quest'ottica si pone il lavoro di supporto che la Farmacia dell'INT compie da anni assicurando maggiore sicurezza per il personale sanitario, per il paziente e anche per la struttura soprattutto in termini legali.

Indirizzo per la corrispondenza

Antonacci Giulia, Infermiere
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - S.C. Pediatria Oncologica
Via Giacomo Venezian, 1 - 20133 - Milano
Email: giulia.antonacci@istitutotumori.mi.it

58. La certificazione ISO 9001 dei Distretti della ASLCN1

Giachino Amistà Maria Teresa, Audino Patrizia, De Rosa Maria Grazia, Ferreri Enrico, Barbero Luigidomenico, Ghigo Gabriele, Gili Andrea, Pellegrino Angelo, Zammiello Giovanbattista

ASL CN1

BACKGROUND Il territorio della ASLCN1, organizzato in 6 unità distrettuali (Cuneo-Borgo San Dalmazzo, Dronero, Fossano-Savigliano, Saluzzo, Ceva Mondovi) in cui risiede al 31/12/2014 una popolazione pari a n. 420.332 abitanti, copre una superficie molto vasta (5790 KM.) e comprende 175 comuni e 6 comunità montane. La certificazione del Sistema Qualità aziendale da parte di un Organismo di Certificazione accreditato rappresenta un processo volontario, che ha lo scopo di fornire al cliente/utente la garanzia che la struttura sanitaria persegue "gli obiettivi e le responsabilità fondamentali per la qualità". Il conseguimento della certificazione da parte di una struttura sanitaria consente di rafforzare la propria immagine aumentando la fiducia da parte degli utenti di riferimento e degli altri Stakeholders in quanto dovrebbe soddisfare le loro esigenze ed aspettative. A partire dal 2012 la Direzione Aziendale ha avviato il Sistema di Gestione della Qualità secondo la norma EN ISO 9001:2008 nei 6 Distretti della ASLCN1. Tale norma promuove l'adozione di un approccio per processi con lo sviluppo, attuazione e miglioramento dell'efficacia.

OBIETTIVI • garantire la soddisfazione del cliente/utente • adottare percorsi assistenziali e organizzativi condivisi e garantire il loro governo con un costante monitoraggio degli indicatori • tenere sotto controllo il prodotto/servizio non conforme • assicurare il MCQ del servizio in termini di efficacia ed efficienza l'avvio del processo di certificazione ha interessato n. 6 processi aziendali in carico ai Distretti • Continuità Assistenziale Ospedale – Territorio • Assistenza Domiciliare Integrata • Unità di valutazione Geriatrica • Protesica • Scelta e revoca del Medico di Medicina Generale/Pediatra libera Scelta • Esenzione Ticket

METODI La Gestione del SQ secondo la norma ISO 9001:2008 prevede una metodologia definita con riferimento costante al ciclo di Deming (PDCA), che si concilia con la logica di integrazione e razionalizzazione dei processi organizzativi e clinico-assistenziali ed in particolare sono state utilizzate le seguenti modalità: • Mappatura e analisi dei 6 processi oggetto di certificazione da cui è nata una riorganizzazione interna • Verifica e monitoraggio dei processi • Realizzazione e progettazione dei piani di miglioramento annuali

RISULTATI Il sistema qualità è stato realizzato con la predisposizione delle seguenti attività: o Gestione del sistema documentale o Identificazione di responsabilità e di obiettivi e standard misurabili o Istituzione di gruppi di lavoro finalizzati al confronto e condivisione periodiche sulle diverse criticità emerse o monitoraggio dei processi attraverso • il riesame annuale della direzione • la rilevazione e gestione delle non conformità • la creazione di un set di indicatori per ogni processo o la pianificazione annuale delle azioni di MCQ Sono stati effettuati audit interni a cura degli auditor dell'ufficio qualità e un audit di terza parte ogni anno (2013/14/15) a cura dell'ente certificatore esterno che ha attestato che il SGQ applicato nei Distretti risulta essere conforme ai requisiti della norma (certificato CSQ in copia originale)

LIMITI • Il sistema è complesso e può sembrare vincolante tuttavia a tre anni di distanza gli operatori nel complesso hanno espresso soddisfazione per il risultato raggiunto • La non corretta interpretazione del modello potrebbe creare la sensazione che il sistema sia indirizzato prevalentemente a ricercare responsabilità, ma a tal proposito è possibile affermare che la cultura della qualità porta a superare questa criticità

CONCLUSIONI Determinante è stato l'impegno della Direzione nel garantire in Azienda sviluppo di strategie e politiche per la qualità, la partecipazione attiva degli operatori, nonché il fondamentale supporto metodologico dell'Ufficio Qualità. L'auditor esterno che ha verificato i Distretti nella riunione di chiusura ha espresso la seguente considerazione: "C'è una gestione intelligente dei distretti, è stato specificato il campo della certificazione in modo preciso e puntuale, il che significa avere idee chiare sul risultato da ottenere. Non ci sono tante esperienze di certificazioni distrettuali e attività extraospedaliere. Rilevo un'utilità pratica, che permette notevoli risparmi. A chiusura del primo ciclo di certificazione emerge la crescita del sistema e le sinergie che si sono create al suo interno"

Indirizzo per la corrispondenza

De Rosa Maria Grazia, Medico Chirurgo
Distretto di Savigliano e Fossano - Servizio Igiene Sanità Pubblica - SISP - Sede di Savigliano
Piazza Castello, 33 - 12045 - Fossano
Email: mariagrazia.derosa@aslc1.it

59. Gestione integrata della BPCO e creazione di un database strutturato per la verifica del percorso di cura e della adesione alle Linee Guida

Giachino Amistà Maria Teresa, De Rosa Maria Grazia, Gili Andrea, Guerra Giuseppe, Fornara Silvia, Giorgis Giovanna, Chiozza Gloria

ASLCN1

BACKGROUND La BPCO è una patologia che comporta elevati costi sanitari e sociali; nella ASLCN1 è stimata una prevalenza pari a circa 14.000 casi di BPCO sulla base del valore prudenziale del 4-7% (IJPH - Year 8, Volume 7, Number 2, Suppl. 3, 2010). In una percentuale elevata di casi, la BPCO viene diagnosticata in fase avanzata quando non sono più efficaci gli interventi preventivi e di riduzione del danno. È inoltre da considerare l'andamento progressivo della BPCO caratterizzato da riacutizzazioni frequenti, potenzialmente evitabili con un sistema di cure finalizzato a prevenire/ritardare complicanze, recidive e progressione dello stato morboso. Nella ASLCN1 a partire dal 2013 è stato avviato un progetto triennale che prevede la partecipazione di tutte le figure coinvolte nel PIC (Percorso Integrato di Cura) della BPCO ed in particolare quella dei Medici di Medicina Generale (n. 326 MMG - ASLCN1).

OBIETTIVI Ottimizzare la presa in carico del paziente con BPCO implementando le seguenti attività: • migliorare l'approccio diagnostico con individuazione della categoria di rischio secondo LG Gold 2014 • sensibilizzare i medici di famiglia alla precoce valutazione del rischio in pazienti sintomatologici e alla messa in atto di azioni volte alla promozione degli stili di vita e riduzione del danno • creare un registro di patologia multifunzionale con la stratificazione per gravità della coorte identificata

METODI • Utilizzo della contrattazione con i medici di famiglia per l'assegnazione di obiettivi volti alla presa in carico dei pazienti affetti da BPCO e registrazione delle informazioni in specifico data base strutturato, previa acquisizione del consenso informato del paziente da parte dei MMG • Creazione di un software per la registrazione delle informazioni necessarie alla gestione del percorso, la realizzazione di indicatori di processo, l'organizzazione del follow-up dei pazienti con BPCO • Concertazione e definizione del PIC aziendale con le figure professionali ospedaliere e territoriali coinvolte nell'assistenza al paziente con BPCO, secondo il modello assistenziale del disease management

RISULTATI I casi registrati a novembre 2015, risultano essere n. 2819. La distribuzione per classe di gravità secondo la classificazione combinata GOLD, risulta del 32% nei gruppi di minore gravità (A e B), del 12 % nel gruppo C, i pazienti ad alto rischio di riacutizzazione e fortemente sintomatologici rappresentano il 56% del totale. Sulla base della distribuzione osservata, la presa in carico di tali pazienti comporta interventi clinico assistenziali diversificati così come previsto nel PIC aziendale.

LIMITI Lo sviluppo del progetto deve tenere in considerazione il superamento delle seguenti criticità: • l'assegnazione di personale tecnico informatico da dedicare specificamente al sistema di monitoraggio del PIC e al record linkage con altri data base • l'organizzazione di eventi formativi specifici indirizzati ai MMG e alle figure professionali che gestiscono il percorso di cura • la programmazione di audit per la verifica delle azioni programmate secondo il PIC aziendale

CONCLUSIONI La migliore gestione della BPCO può essere raggiunta mediante l'integrazione tra lo specialista pneumologo, i MMG, gli altri specialisti e le altre professionalità. Per ciascuna figura devono essere definiti i compiti da svolgere nell'ambito del percorso diagnostico per i diversi livelli di gravità della condizione patologica. Il monitoraggio del PIC, mediante indicatori, permette la verifica della gestione del paziente con BPCO e la misurazione della aderenza agli indirizzi diagnostico terapeutici e preventivi. Il software inoltre rappresenta uno strumento dinamico, se ulteriormente sviluppato permetterà la gestione del paziente nelle diverse fasi del percorso in ospedale e sul territorio al fine di garantire la continuità assistenziale e migliorarne la presa in carico.

Indirizzo per la corrispondenza

De Rosa Maria Grazia, Medico Chirurgo
Distretto di Savigliano e Fossano - Servizio Igiene Sanità Pubblica - SISP - Sede di Savigliano
Piazza Castello, 33 - 12045 - Fossano
Email: mariagrazia.derosa@aslc1.it

60. DIANAWEB: esempio di ricerca partecipata per il miglioramento della prognosi del tumore al seno attraverso internet.

Gianfredi Vincenza¹, Villarini Milena¹, Lanari Chiara¹, Nucci Daniele¹, Moretti Massimo¹, Gargano Giuliana², Borgo Alessandra², Villarini Anna²

¹Università degli studi di Perugia, ²Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

BACKGROUND L'esigenza della popolazione, di essere parte attiva nei progetti di ricerca ha fatto sì che la ricerca partecipata si sviluppasse sempre più, sia in ambito epidemiologico, che di prevenzione oncologica. Il carcinoma mammario (CM) (29% in Italia), pur mostrando un trend di sopravvivenza a 5 anni in aumento, rimane la prima causa di morte per tumore tra le donne (tasso stimato di recidive a 5 anni dalla diagnosi: 11%). Tra i fattori di rischio (FR) modificabili coinvolti nello sviluppo e nella prognosi del CM, lo stile di vita svolge un ruolo importante. Il Progetto DianaWeb è uno spin-off del Progetto DIANA5, trial randomizzato multicentrico, finalizzato alla prevenzione delle recidive del CM attraverso uno stile di vita sano.

OBIETTIVI L'obiettivo di DianaWeb è costruire una coorte di donne con CM per ottenere informazioni sul ruolo, in prevenzione terziaria, dell'alimentazione e dell'attività fisica, e per restituire, alle pazienti le conoscenze scientifiche più avanzate circa il miglioramento della prognosi.

METODI È stato allestito un sito (<http://www.dianaweb.org/>) con il quale si può aderire allo studio, compilare questionari sullo stile di vita, fornire dati anamnestici, antropometrici, clinici e laboratoristici come ad esempio livelli ematici di testosterone e insulina. Sul sito sono inoltre disponibili informazioni scientifiche circa la problematica oncologica, consigli su nutrizione e attività fisica, avvisi delle attività alle quali le donne possono partecipare (corsi di cucina, conferenze, ecc.).

RISULTATI Il progetto, iniziato a gennaio 2015 ha reclutato, ad oggi (15/12/2015), 1.056 pazienti. Tra queste 592 non hanno ancora inviato la documentazione richiesta, 132 non hanno completato la compilazione di tutti i questionari e 332 (31,43 %) sono attive nello studio. Le donne coinvolte hanno una età media di 50,97 ± 8,76 anni e presentano un buon livello culturale (51.1% diploma, 39.9% laurea). L'impiegata è la professione maggiormente svolta (40.1%) mentre il 12,1% delle donne reclutate sono insegnanti. Il 94.4% dei soggetti non fuma e il 41.8% svolge attività fisica moderata (almeno 30 min/die). In media le donne reclutate hanno avuto la diagnosi di tumore al seno circa 4 anni prima dell'adesione allo studio (minimo = 0; massimo = 28). Circa il 12 % è affetta da sindrome metabolica (MetS) e, sulla base della presenza/assenza del recettore ER, nonché sui livelli di testosterone e insulina ematica risultano ad alto rischio di recidive il 78.9% delle donne. Indagando le abitudini alimentari emerge un frequente consumo di cereali integrali, come orzo, Kamut, farro ecc. (52.8%) e di alimenti integrali come pane (43,4%), pasta (43.4%) e riso (47.4%). Inoltre il 57,3% e il 30.5% consumano rispettivamente almeno 2 porzioni a settimana di legumi e di pesce, come suggerito dall'ultima edizione della Piramide Alimentare Mediterranea.

LIMITI Il principale limite è rappresentato dal fatto che la partecipazione allo studio potrebbe essere influenzata dalla capacità delle pazienti reclutate di gestire Internet ed in particolare il disegno dello studio potrebbe limitare l'adesione di pazienti anziane. Le criticità evidenziabili sono quelle proprie di un questionario. Ad esempio il soggetto è costretto a scegliere tra i soli items proposti che possono suggerire la risposta (social desirability bias) e ne impediscono di approfondire la risposta stessa. Non c'è comunque ragione di pensare che questo aspetto costituirà un bias al momento dell'analisi dei dati. Innegabili però i vantaggi: basso costo e rapidità di somministrazione.

CONCLUSIONI I dati presentati descrivono il baseline delle donne con CM attive nel progetto. Al momento si evidenzia una prevalenza di donne ad alto rischio di recidive ma anche una parziale adesione alla dieta mediterranea. Ciò lascia presupporre alti livelli di compliance alle raccomandazioni fornite e la possibilità, aumentando l'adesione alle stesse, di ridurre i FR (es. MetS, livelli ematici di insulina e testosterone) migliorando la prognosi.

Indirizzo per la corrispondenza

Gianfredi Vincenza,
Università degli Studi di Perugia
Via del Giochetto, 2 - 06122 - Perugia
Email: enza.gianfredi@hotmail.it

61. Impiego di dispositivi per l'accesso venoso periferico in Radiologia. Valutazione "Introcan Safety® 3 (B Braun Melsungen AG)"

Giorgetti Francesca, Montesi Lucio, Regnicoli Februa

Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" Ancona

BACKGROUND La necessità del radiologo in TAC e RMN è di essere in grado di leggere una buona immagine di una certa parte del corpo del paziente. Per questo, l'infermiere deve iniettare ad un flusso e ad un volume definito un mezzo di contrasto nella vena del paziente. Di conseguenza il catetere deve fornire un flusso minimo e essere resistente alla pressione. L'infusione avviene attraverso aghi cannula standard con pressione di infusione di 1ml/sec versus una necessità di infusione in radiologia di 2.5-3ml/sec. Il dispositivo medico Bbraun Vasofix utilizzato fino all'anno 2013 non raggiungeva le pressioni richieste infatti si sono verificati casi di rottura di ago. Dall'anno 2014 è in uso, previa formazione del personale infermieristico, presso l'Azienda Ospedali Riuniti Ancona - Dipartimento Scienze Radiologiche, il dispositivo Introcan Safety® 3 (IS3) che risponde alle necessità pressorie di infusione per TAC/RMN. Tale dispositivo medico era già stato acquistato dall'Azienda, rispondente alla normativa vigente e disponibile all'uso.

OBIETTIVI Analisi numerica delle prestazioni TAC/RMN. Analisi degli eventi avversi relativi all'uso del dispositivo medico: Introcan Safety® 3.

METODI Analisi retrospettiva delle prestazioni TAC Pronto Soccorso, TAC/RMN total body, TAC/RMN neuroradiologia con/ senza mezzo di contrasto eseguite su pazienti di ogni età presso l'Azienda Ospedali Riuniti Ancona - Dipartimento Scienze Radiologiche, presidi ospedalieri di Torrette e Salesi e Ospedale di Jesi nell'anno 2014.

RISULTATI Prestazioni totali/anno 2014: 53.016 TAC: 36.437 RMN: 16.579. Analisi eventi avversi: nessuno. Nessun difetto di fabbricazione. Nessuna rottura di ago. Nessuna puntura accidentale a carico degli operatori (ago antipuntura). Maggior sicurezza degli infermieri dovuta alla valvola che ritarda la fuoriuscita di sangue per cui hanno le mani libere. Maggior sicurezza degli operatori per la consapevolezza di utilizzare un dispositivo che regge alle alte pressioni di infusione.

LIMITI Studio retrospettivo. Mancanza scheda di rilevazione di utilizzo del dispositivo (stravasamento di sangue e mezzo di contrasto) in fase di elaborazione per il prossimo studio anno 2016. Formazione limitata al personale infermieristico. Feedback verbale degli infermieri sul dispositivo.

CONCLUSIONI Dall'analisi dei dati dell'anno 2014 su tutti i pazienti che sono stati sottoposti ad esami TAC/RMN con/senza mezzo di contrasto presso l'Azienda Ospedali Riuniti Ancona - Dipartimento Scienze Radiologiche, presidi ospedalieri di Torrette e Salesi e Ospedale di Jesi si rileva che il dispositivo è apprezzato per sicurezza, maneggevolezza, resistenza alle alte pressioni ed economicità.

Indirizzo per la corrispondenza

Giorgetti Francesca, Infermiere
A.O.U. Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi – Dip. di Scienze Radiologiche
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: francesca.giorgetti@ospedaliriuniti.marche.it

62. Prevenzione delle condotte suicidarie e conoscenza infermieristica: studio osservazionale

Girotti Susi, Peticari Camilla, Dignani Lucia, Toccaceli Andrea

Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona

BACKGROUND L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera il suicidio come un problema complesso, non riconducibile ad una sola causa, ma derivante dall'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Il fenomeno si manifesta, nei paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo, in maniera eterogenea per fasce d'età e modalità/ mezzi utilizzati; tuttavia sono stati identificati una serie di fattori di rischio e condizioni predisponenti. In Italia il suicidio del paziente in ospedale rappresenta il secondo evento sentinella, con 295 segnalazioni tra il 2005 e il 2012 (15,4%). L'attenzione alla tematica ha portato allo sviluppo di documenti nazionali ed internazionali: l'identificazione precoce ed il rapido trattamento dei pazienti a rischio di suicidio sono elementi essenziali nella prevenzione del fenomeno e gli operatori sanitari rappresentano una figura centrale nel processo di identificazione/prevenzione.

OBIETTIVI Obiettivo principale: Indagare la conoscenza dei fattori di rischio e strategie di prevenzione del suicidio (in riferimento alla Raccomandazione Ministeriale n°4 del 2008) da parte dei professionisti infermieri. Obiettivo secondario: Indagare il grado di bisogno formativo percepito dagli infermieri rispetto alla Prevenzione del Suicidio.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo, che ha coinvolto gli infermieri di 7 Unità Operative di un ospedale marchigiano, selezionate secondo una modalità di convenienza. L'indagine è stata condotta nel periodo giugno-settembre 2015 tramite uno strumento costruito ad hoc. Il questionario era composto da tre sezioni: la prima parte rilevava i dati generali del compilatore; la seconda indagava, attraverso 20 items con opzioni di risposta dicotomica ("vero"- "falso"), la conoscenza degli aspetti generali della Raccomandazione n 4, dei fattori di rischio e di strategie di prevenzione del suicidio del paziente in ospedale; la terza valutava il bisogno formativo degli infermieri rispetto alla tematica, attraverso 5 domande a risposta chiusa con 4 opzioni su scala Likert (da "per nulla" a "molto"). I dati raccolti in forma anonima, sono stati poi elaborati attraverso database appositamente creato tramite un foglio di calcolo elettronico excel, e analizzati con statistica descrittiva.

RISULTATI Hanno partecipato all'indagine 102 infermieri su 124 (response rate: 82,3%). Il campione è costituito per il 61,8% da femmine, con una età media di 41,6 anni (DS 3,7) ed un'anzianità di servizio media di 14,3 anni (DS 3,4). Il 46,1 % del campione ha conseguito la laurea triennale come titolo abilitante. Le domande che hanno ottenuto una percentuale maggiore di risposte corrette sono: La raccomandazione "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale" descrive una serie di azioni per la prevenzione del suicidio in ospedale (94,1%), La condizione di isolamento sociale è un fattore di rischio di suicidio (100%), È necessario mantenere un adeguato livello di vigilanza nel periodo post-partum (99%), È necessario rivolgere particolare attenzione a pazienti fragili sottoposti a repentini cambiamenti di vita (99%), È utile coinvolgere la famiglia e gli amici nelle fasi di valutazione e gestione dei fattori di rischio (100%), È possibile ridurre il livello di vigilanza quando i sintomi sembrano alleggerirsi, rispetto a quando il paziente si mostra turbato -Falso- (94,1%). Le principali criticità, in cui le risposte errate sono state superiori al 20%, si hanno nelle domande: Parlare di suicidio con la persona assistita aumenta il rischio di comportamento suicidario -Falso- (58,8%), Compiere atti auto lesivi, anche se non finalizzati a procurare l'evento morte, costituisce un fattore di rischio di suicidio (53,9%), Il rischio di suicidio è maggiore nelle persone di genere femminile -Falso- (34,3%), Il rischio di suicidio è massimo dopo le prime 72-96 ore dal ricovero -Falso- (24,5%), Le condizioni di dipendenza costituiscono un fattore di rischio di suicidio (30,4%). L'88,2% degli infermieri ritiene che il proprio ruolo possa incidere positivamente sulla prevenzione del suicidio del paziente ospedalizzato, il 52,9% dichiara di aver poco approfondito la tematica e il 100% ritiene molto utile approfondire le proprie conoscenze.

LIMITI I principali limiti dello studio sono la il setting monocentrico e l'utilizzo di uno strumento non validato.

CONCLUSIONI Conoscere le principali lacune dei professionisti infermieri rispetto alla tematica ha permesso di identificare la necessità di un bisogno formativo; un'aumentata sensibilità alla problematica e una maggiore conoscenza della stessa influiscono sulla qualità dell'assistenza pianificata ed erogata. Ciò potrebbe contribuire a prevenire il suicidio del paziente in ospedale, con una riduzione dell'evento sentinella, e a perseguire outcomes positivi di salute per i pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Girotti Susi, Infermiere

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi

Via Conca, 71 - 60126 - Ancona

Email: susi.girotti@libero.it

63. Una nuova scheda integrata con il Pediatric Early Warning Score (PEWS) per la continuità assistenziale nell'emergenza pediatrica

Giuntini Laura¹, Pasculli Marcello¹, Bianchi Monica¹, Montomoli Marcello², Monaco Roberto², Francesconi Luciano²

¹AOU SIENA, ²USL 7 Siena

BACKGROUND Il Pediatric Early Warning Score (Pews) è uno strumento di valutazione a punteggio il cui scopo è il riconoscimento precoce del deterioramento delle condizioni cliniche dei pazienti pediatrici. Il rischio di un rapido deterioramento richiede l'immediato intervento di un Team specializzato, per bloccare ed invertire il processo di peggioramento clinico. In molti casi l'arresto cardio-respiratorio nei pazienti pediatrici può essere prevedibile e quindi trattabile tempestivamente. Nel 75%-80% dei casi il deterioramento clinico infatti è presente da circa 8 ore prima dell'arresto cardiaco. Il miglioramento della prognosi è legato quindi alla prevenzione che si esplica al meglio attraverso un sistema a risposta rapida (RRS) per il riconoscimento precoce e la gestione dell'emergenza clinica intraospedaliera e che vede nel PEWS un elemento centrale nel processo di allertamento.

OBIETTIVI In questo studio è stata costruita una nuova scheda che ha il vantaggio di integrare il PEWS insieme ad altri parametri di rilevanza clinica. Obiettivi dello studio sono: 1) valutare la praticità di impiego della nuova scheda nel setting Pediatrico Medico e Chirurgico ; 2) osservare prospetticamente le risultanze dei rilievi e la correlazione con gli esiti clinici; 3) valutare la fattibilità della scheda nel setting preospedaliero.

METODI Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena è in corso la sperimentazione del sistema PEWS volta a valutarne l'applicabilità nella pratica infermieristica presso reparti di degenza non intensivi del Dipartimento Materno infantile in associazione alla metodologia RRS. Le strutture partecipanti alla sperimentazione sono i reparti di Pediatria , Oncoematologia Pediatrica, Neuropsichiatria infantile, OBI, Chirurgia Pediatrica. Abbiamo allestito una scheda unica di rilevazione che prende in considerazione i 6 items presenti nella scheda PEWS già validata dal NHS: FR, FC, fabbisogno di O2, refill capillare , stato di coscienza, preoccupazione personale/genitore. Nella scheda sono presenti altri parametri in un'altra sezione che non partecipano alla compilazione dello score, ma che insieme agli items Pews permettono di avere un quadro sempre aggiornato delle condizioni generali del bambino. Alla sperimentazione hanno partecipato 36 infermieri e sono stati informati e formati 16 medici. Sono stati testati 998 pazienti e fatte 14700 rilevazioni (attualmente è in corso l'elaborazione dei dati complessivi dello studio prospettico). La praticità di impiego della nuova scheda nel setting Pediatrico Medico e Chirurgico è stata valutata mediante una scala di valutazione Likert. La scheda è stata testata anche in due sessioni di simulation training rivolte a 6 Infermieri e 6 medici del Servizio di Emergenza-Preospedaliera Siena 118.

RISULTATI L'esperienza condotta finora dimostra che lo strumento è di semplice compilazione, integrabile nella documentazione clinica corrente e funge da reminder operativo, dato che in una pagina unica è possibile osservare tutti gli andamenti degli elementi monitorati. Nelle due sessioni di simulation training pediatrico con medici e infermieri del Sistema di Emergenza Territoriale Siena 118 la scheda si è dimostrata di semplice compilazione. Il raffronto degli elementi della PEWS con la scheda clinica preospedaliera già attualmente in uso ha evidenziato che è possibile protocollare un processo di continuità assistenziale nel rilievo della PEWS a partire dalle fasi di valutazione preospedaliera. L'analisi dei dati relativi allo studio osservazionale prospettico sulla scheda è in corso.

LIMITI Relativamente all'uso della PEWS nel setting preospedaliero è necessaria una validazione specifica.

CONCLUSIONI La nuova scheda multiparametrica che integra il PEWS è stata giudicata utile e di rapida applicazione nella pratica clinica dal 100% dei partecipanti alla sperimentazione sul campo. La PEWS può essere implementata nel setting preospedaliero, anche se questo approccio deve ancora essere specificamente validato.

Indirizzo per la corrispondenza

Montomoli Marcello, Medico Chirurgo
Azienda USL 7 Siena - U.F. Centrale Operativa Siena 118
Piazza Carlo Rosselli, 26 - 53100 - Siena
Email: m.montomoli@usl7.toscana.it

64. Valutazione di un modello di Gestione Integrata (GI) dei pazienti (pz) diabetici di tipo II (DT2) in provincia di Reggio Emilia (RE) mediante specifici indicatori

Greci Marina , Manicardi Valeria, Pignatti Fabio, Filippi Giordano, Gaiti Dario, Michelini Massimo, Pagliani Ugo Aldo, Sbordone Prisco, Ballottari Paola, Marchesi Cristina

AUSL Reggio Emilia

BACKGROUND Il Diabete rappresenta una delle patologie Croniche più diffusa nel mondo, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha previsto una vera e propria "epidemia" con una prevalenza mondiale del 6,3% al 2025 coinvolgendo 330 milioni di persone. Questo rappresenta un problema sanitario trasversale di tutte le aree geografiche con un più grave coinvolgimento delle classi economicamente e socialmente svantaggiate e delle persone più anziane. L'impatto delle complicanze croniche sulla qualità di vita dei pz e sui costi assistenziali del SSN è elevata. Per questo già dal 2006 l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali hanno promosso il progetto IGEA che prevede strategie di intervento volte a migliorare la qualità della cura adottando un modello di GI con i medici di medicina generale (MMG). La GI dei pz con DT2 in Regione Emilia Romagna (RER) e nella provincia di RE è attiva ormai da 10 anni.

OBIETTIVI Valutare l'assistenza al Paziente con DT2 con il nuovo modello organizzativo di GI attraverso l'elaborazioni di indicatori di qualità (esito , esito intermedio e di processo).

METODI Nei 6 distretti della provincia di RE i percorsi di GI sono stati condivisi tra Servizio Diabetologico (SD) ed MMG e Infermieri attraverso una formazione continua. L'arruolamento in GI è proposto, previo consenso informato, ai DT2 alla diagnosi o già seguiti dal SD che si trovano in buon compenso metabolico e stabili (HbA1c = 7%, assenza di complicanze o con complicanze lievi ma stabili, in terapia orale o dieta. Nella GI il MMG è impegnato a monitorare la malattia con 3-4 visite/anno (Peso,PA, stick glicemico), esami ematochimici (HbA1c due/anno, microalbuminuria una/anno) e a rinforzare l'educazione terapeutica impartita dal SD prima della dimissione. Il SD si impegna ad effettuare ogni due anni il followup dei pz in GI stabili e a visitare a breve termine, su richiesta del MMG, quelli con scompenso metabolico o con comparsa di complicanze. La GI del pz con DT2 è quindi una gestione multidisciplinare condivisa tra MMG, infermieri e SD. I SD utilizzano una cartella informatizzata in rete MyStarConnect (MSC), che importa automaticamente l'anagrafica e gli esami di laboratorio eseguiti dai pazienti in carico, registrano i pazienti in GI ed elaborano annualmente gli indicatori di performance del servizio.

RISULTATI Al 31 dicembre 2014 i pazienti DT2 noti ai SD in provincia di Reggio Emilia sono 26.910, pari al 5,9% della popolazione e di questi 9.962, pari al 35,9% sono in GI. 1164 (4,3%) sono entrati nel percorso di GI nel corso del 2014, e di questi 478 sono pazienti neo-diagnosticati. Indicatori di processo: il 95,8% ha almeno una HbA1c nell'anno, l'84,6% un profilo lipidico, il 75,3% un controllo della funzione renale, ma il 17,3% del totale di pazienti in GI non ha eseguito esami nel periodo osservato. Il 30,7% dei pazienti ha effettuato il controllo del Fondo Oculare (biennale). Il 44,7% dei pz è stato inviato ai servizi di diabetologia per Follow-up (biennale). Indicatori di esito intermedio: l'HbA1c media è pari a 6,9 % (52 mmol/mol), il 63,1% ha l'HbA1c = 7% ,53 mmol/mol, il 49,2 % ha valori di LDL = 100 mg/dl, il 46,3 % ha la PA< 130/80 mmHg. Il 17,1 % dei pazienti è normopeso e il 46,8% è obeso.

LIMITI L'elaborazione di questi indicatori ha permesso una buona misurazione della patologia, della sua evoluzione e dell'operato dei servizi assistenziali, tuttavia non sono stati pienamente in grado di fornirci una misurazione della salute prodotta, necessaria per una ricalibrazione più fine dei servizi erogabili sui bisogni effettivi dei pazienti affetti da patologia diabetica.

CONCLUSIONI La GI ha portato negli anni ad un aumento delle nuove diagnosi e alla loro anticipazione, ha mostrato una buona performance e qualità assistenziale ai pazienti affetti da patologia diabetica, ridistribuendo i carichi lavorativi dalla "secondary care" alla "Primary care" secondo una visione "patient centred". Tuttavia occorre pensare anche allo sviluppo di indicatori che ci permettano di misurare in modo più preciso la salute prodotta dal modello assistenziale della GI.

Indirizzo per la corrispondenza

Pignatti Fabio, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Policlinico
Via del Pozzo, 71 - 41124 - Modena
Email: fabiuss.doc@gmail.com

65. Impatto dello Shared-Decision-Making (SDM) sulla durata della degenza ospedaliera e sulla spesa sanitaria

Gualano Maria Rosaria¹, Passi Stefano¹, Minniti Davide², Bert Fabrizio¹, Cattel Francesco³, Boraso Flavio², Siliquini Roberta¹

¹Università degli Studi di Torino, ²ASL TO3, ³A.O. Città della Salute Torino

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= 178) 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 Il campione era composto da 178 soggetti; 86 maschi e 92 femmine con un range di età 20-94. La maggior parte degli intervistati (61%) ha dichiarato di aver giudicato positivamente il proprio stato di salute. Le donne e i giovani sembrano essere più inclini a voler condividere con il proprio medico le decisioni diagnostiche assistenziali sul proprio stato di salute (p value= 0.04 in entrambi i casi) rispetto agli uomini e ai pazienti più anziani. Nel 38,2% dei pazienti (68) che hanno dichiarato di non condividere le decisioni la durata media della degenza è di 14,25 giorni con una DS ± 10,64 e una spesa media di ricovero ordinario pari a 2747,94 € con una SD DI ± 2,050.62 €. Nei pazienti rimanenti (61,8% ossia 110 soggetti) che hanno dichiarato di adottare un sistema di shared decision making, la durata media della degenza è di 13,84 giorni con una DS ± 13,95 e una spesa media di ricovero ordinario pari a 2981,45 € con una DS di ± 1.576,95 €.

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 – Dip. Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

66. Studio sull'eterogeneità degli outcomes tra pazienti in ritmo sinusale vs pazienti in fibrillazione atriale

Guidotti Riccardo, Troiani Silvano, Traini Tiziana

UNIVPM

BACKGROUND In molti paesi sviluppati il duplice problema dell'aumento della prevalenza delle malattie croniche e della crescita esponenziale in termini di costi ha spinto le organizzazioni sanitarie a considerare approcci innovativi nel tentativo di ridurre i costi e migliorare la qualità delle prestazioni erogate. I tempi moderni orientano verso un approccio più olistico ed integrato dei pazienti con malattie croniche: il cosiddetto "disease management" o "gestione integrata" o "percorso assistenziale". L'indagine ha dimostrato che questo modello di gestione riduce del 25% la mortalità, del 26% l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco e del 19% l'ospedalizzazione per tutte le restanti problematiche. Nella gestione assistenziale dell'ambulatorio dedicato, il ruolo dell'infermiere trova sempre più campo, tanto che in alcune realtà ospedaliere esistono ambulatori a gestione prevalentemente infermieristica.

OBIETTIVI Dimostrare come attraverso un'attenta gestione infermieristica dell'ambulatorio multidisciplinare dello scompenso si riesca a contenere in maniera sensibile la spesa sanitaria riducendo i costi legati alla frequente ospedalizzazione, riducendo la mortalità da 1 a 5 anni rispetto ai dati degli anni precedenti, migliorando la qualità della vita dei pazienti che dimostrano una migliore "compliance" al regime terapeutico sentendosi supportati nel loro percorso terapeutico-riabilitativo.

METODI È stata effettuata una revisione sistematica di 29 trials internazionali, di linee guida e delle evidenze scientifiche; è stato creato un database nel quale memorizzare i dati clinici, aggiornarli contestualmente ad ogni periodica visita di controllo. Le variabili prese in considerazione riguardano: numero di accessi, numero di ricoveri, comorbidità, fattori di rischio, terapia farmacologica, referto ECG, classe NYHA, parametri vitali ed antropometrici, frazione di eiezione (FE), BNP (brain natriuretic peptide), ritmo cardiaco. È stato selezionato un campione di 309 pazienti. Sono stati esclusi i pazienti portatori di PMK e Defibrillatore.

RISULTATI Il presente studio dimostra che la FA, associata ad elevati livelli di BNP valutati ambulatorialmente, è correlata ad incremento di mortalità e ricoveri per insufficienza cardiaca cronica riacutizzata. Scompenso cardiaco e FA spesso coesistono. Indipendentemente dall'eziopatogenesi dello scompenso cardiaco, la FA incide negativamente sulla prognosi dei pazienti ed assume un peso per il sistema sanitario nazionale in termini di cure e costi conseguenti. Infatti è noto che l'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca cronica riacutizzata è più frequente nei pazienti con FA. L'indagine conferma chiaramente questo dato e suggerisce quindi la necessità di ottimizzare con maggiore efficacia la terapia in questi pazienti. Le ragioni di questa mancanza di efficacia possono essere dovute a diverse differenze fisiopatologiche; è l'irregolarità del ritmo più che la frequenza cardiaca ad essere deleteria per la funzione sistole-diastolica. Le ragioni di questa mancanza di efficacia possono essere dovute a diverse differenze fisiopatologiche; è l'irregolarità del ritmo più che la frequenza cardiaca ad essere deleteria per la funzione sistole-diastolica. Ci sono inoltre alterazioni strutturali e cellulari che rappresentano la diretta conseguenza del rimodellamento elettrico e meccanico indotto dalla fibrillazione atriale su cui la terapia beta-bloccante sembrerebbe non sortire effetto. Lo studio pone l'accento sull'importanza di valutare costantemente i livelli di BNP. È emerso come livelli più elevati di BNP siano associati a prognosi peggiore sia in termini di ospedalizzazione sia di mortalità e che l'ottimizzazione della terapia BNP-guidata sia più efficace ed affidabile di quella guidata dalla clinica.

LIMITI I farmaci betabloccanti, nonostante un ruolo protettivo in termini di prognosi nei pazienti in ritmo sinusale, sembrano non avere gli stessi effetti nei pazienti con F.A., poiché non incidono positivamente né sui ricoveri, né sulla mortalità.

CONCLUSIONI Il presente studio dimostra che nella gestione ambulatoriale dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica, bisogna prestare particolarmente attenzione ai pazienti con fibrillazione atriale perché questi sono maggiormente a rischio di ospedalizzazione e mortalità per tutte le cause. Nell'ambito della gestione terapeutica di questi pazienti è opportuno elaborare un approccio basato, oltre che sui rilievi clinici, anche sui dosaggi seriati di BNP perché questi ultimi sono anch'essi associati ad aumento di mortalità e ospedalizzazioni. In questo tipo di contesto si ribadisce la necessità che l'infermiere abbia acquisito delle competenze specialistiche tali, da finalizzare a migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza della persona affetta da scompenso, attraverso una specifica e personale raccolta dati, utili per l'elaborazione e la pianificazione di un'assistenza mirata e finalizzata al soddisfacimento dei bisogni dell'utente stesso.

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

67. L'empatia negli studenti del corso di laurea in infermieristica

Hofman Anca Monica, Traini Tiziana, Troiani Silvano

UNIVPM

BACKGROUND Con l'avvio del corso di Laurea in Infermieristica, si è espressa la necessità di formare personale sanitario con elevate competenze tecnico-pratiche, senza trascurare le competenze relazionali. Tale caratteristica permette, mediante la demolizione delle barriere fisiche, come la vergogna e di quelle psicologiche, come il giudizio, di creare un percorso assistenziale, adeguato alle vere necessità del singolo, che prenda in considerazione la persona nella sua interezza, composta da una parte fisica, una spirituale e una mentale/emozionale in relazione all'ambiente circostante. Curare e possedere un atteggiamento empatico, è importante anche per gli studenti, i quali fin dal primo anno del Corso di Laurea, hanno bisogno di realizzare l'importanza della comprensione, dell'"indossare i panni dell'altro", al fine di cogliere ogni sfumatura presente nella persona, la quale, forse per barriere strutturali, non riesce ad esprimere, ed a dare conforto, sostegno, e rispondere concretamente ai bisogni reali dell'assistito, nella sua totalità e completezza e non come somma di parti. L'empatia è legata a migliori outcomes, ed è considerata una chiave determinante per la soddisfazione del paziente e della famiglia. Esiste quindi una stretta correlazione tra l'utilizzo delle capacità empatiche nella cura del paziente e nei suoi esiti

OBIETTIVI Indagare la qualità dell'empatia negli studenti del I, II e III anno del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, del polo di Ascoli Piceno individuare le capacità personali, al fine di enfatizzarle o supportarle, qualora siano carenti o deficitarie ed eventualmente colmarle mediante una formazione più approfondita, al fine di supportare gli studenti infermieri durante le esperienze che affronteranno nel tirocinio clinico

METODI È stato utilizzato il questionario di valutazione "Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider – student version (JSPE HP-S)" nella versione italiana. La somministrazione agli studenti è avvenuta in modalità anonima, previa autorizzazione del Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti dell'UNIVPM-Cdl Infermieristica - Polo didattico di Ascoli Piceno (campionamento di convenienza), ai quali si richiedeva la rilevazione di dati anagrafici, ad esclusione di nome e cognome, e di informazioni riguardanti il percorso di studi. Lo studio è stato condotto da giugno 2015 ad ottobre 2015. La rilevazione dei dati è monocentrica, in quanto si è condotto studio solamente nel polo didattico di Ascoli Piceno. Sono stati coinvolti 130 studenti suddivisi tra primo, secondo e terzo anno di corso, maschi e femmine, con un'età che varia dai 18 ai 50 anni, iscritti all'anno accademico 2014/2015. I dati sono stati elaborati con foglio elettronico Microsoft Excel©

RISULTATI La media di tutti i risultati del questionario è di 111 punti, corrispondenti al Livello 4 di empatia. Il valore massimo rilevato è 138, appartenente ad uno studente del primo anno, corrispondente al massimo livello di empatia, mentre il valore minimo rilevato è un punteggio pari a 71 punti, corrispondente al Livello 2 di empatia, appartenente sempre ad uno studente del primo anno. Nel primo anno di corso gli studenti corrispondono al Livello 3; il secondo anno di corso ha totalizzato una media di 117 punti, punteggio che permette l'inserimento nel Livello 4 di empatia. Per il terzo anno di corso la media è di 111 punti, corrispondenti al Livello 3 di empatia.

LIMITI Mancanza di adesione di tutti gli studenti, per motivi personali o per impegni accademici. Impossibilità di utilizzare nell'indagine altre variabili quali il possesso di altri diplomi di Laurea, cittadinanza e regione di residenza ecc, Studio monocentrico

CONCLUSIONI L'Infermiere, quale professionista responsabile dell'assistenza, deve essere in grado di comunicare con il paziente e i suoi familiari non solo con chiarezza e umanità, ma calarsi nella dimensione cognitiva ed affettiva dell'empatia; deve inoltre essere capace di collaborare con le diverse figure professionali con le quali lavora. In ambito formativo non si tratta solo di favorire l'acquisizione di competenze di comunicazione, ma di apprendere un modo di rapportarsi con il paziente, che tenga conto cioè del lato umano e affettivo della relazione. È quindi necessario percorrere un itinerario formativo che porti ad acquisire conoscenze ad hoc. I dati ottenuti dal primo anno di corso (solo gli studenti iscritti a questo anno, si collocano ad un livello 3 di empatia), avendo fatto registrare una media inferiore rispetto agli altri anni, possono essere considerati come indicatori predittivi di attività formative e di supporto per l'empatia e la relazione d'aiuto. Pertanto, diventa sempre più importante, se non indispensabile, considerare l'acquisizione delle "counseling skills", quali principi fondamentali, non meno importanti delle altre skills (competenza clinica e tecnico-operativa), durante l'intero percorso formativo

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

68. Emofiltrazione per la rimozione extracorporea della CO₂

Latini Caterina, Troiani Silvano, Bastiani Neide, Traini Tiziana

UNIVPM

BACKGROUND L'ipercapnia è una condizione caratterizzata dall'accumulo eccessivo di anidride carbonica nel sangue. La causa è da ricercare in anomalie a carico del funzionamento polmonare o cardiaco. L'aumento della pressione parziale dell'anidride carbonica nel sangue è generalmente indice di insufficienza respiratoria per inadeguata ventilazione alveolare e in questo caso è associata a ipossia. L'ipoventilazione è la causa più comune di ipercapnia. La decapneizzazione è una terapia atta a rimuovere in modo dolce e continuo la CO₂ dal sangue, mediante un presidio definito decapneizzatore, inserito in un circuito ematico extracorporeo. Le principali situazioni patologiche nelle quali la decapneizzazione può trovare applicazione sono: bronchitici cronici (BPCO): - insufficienza respiratoria ipercapnica ipossemica - chirurgia toracica della trachea - ARDS (ventilazione iperprotettiva normocapnica) - Politraumatizzati - Bridge al trapianto polmonare

OBIETTIVI La decapneizzazione rappresenta una tecnica mediante la quale, con una procedura sovrapponibile alle tecniche di depurazione renale in uso in tutte le terapie intensive e quindi significativamente meno invasiva, è possibile ridurre la quota di CO₂ nel sangue. È quindi un semplice sistema veno-venoso a basso flusso ematico che, grazie alla presenza di un ossigenatore e di un emofiltro consente la rimozione extracorporea da 20 a 35% di anidride carbonica (CO₂), senza rischi per il paziente.

METODI Il sistema Decap (Hemodec, Salerno, Italia) è stato il primo sistema VV-ECCO₂R moderno prodotto. È un circuito extracorporeo veno-venoso che effettua un singolo accesso percutaneo con catetere a doppio lume, dotato di una pompa peristaltica che funziona con portate fino a 400ml/min. Questo garantisce un basso scompenso emodinamico e nessun effetto collaterale tipico dei sistemi artero-venosi.

RISULTATI Il prelievo e la re-infusione del sangue trattato avvengono tramite un unico catetere a doppio lume inserito nella vena femorale o giugulare; ne consegue una minore invasività rispetto al by-pass artero-venoso. Tale procedimento, nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta, consente di ridurre l'ipercapnia, permettendo nel contempo la protezione del polmone mediante la riduzione della pressione di ventilazione. Le responsabilità infermieristiche nel trattamento del paziente sottoposto a emofiltrazione sono diverse: - Applicazione della procedura - Preparazione del monitor e del materiale necessario - Preparazione e somministrazione dei farmaci prescritti - Comunicazione degli esami, delle eventuali anomalie cliniche e del malfunzionamento delle apparecchiature - Compilazione della cartella infermieristica e riepilogo del trattamento Dopo le manovre di collegamento l'infermiere ricontrolla il corretto posizionamento delle linee per evitare il rischio di sconnessione accidentale, di piegamento (kinking) o torsione (coiling) delle stesse; verifica la programmazione corretta del monitor con impostazione delle soglie di allarme alle tolleranze minime consentite, i livelli dei gocciolatori, il flusso pompa sangue e i flussi delle eventuali infusioni

LIMITI I pazienti con BPCO, che giungono in Pronto Soccorso con grave difficoltà respiratoria, vengono trattati con una maschera collegata ad un ventilatore meccanico, purtroppo, quando questo tipo di supporto diventa inefficace per la gravità dei problemi respiratori (25 – 50% dei casi), i pazienti hanno bisogno di essere intubati, ovvero collegati al ventilatore attraverso un tubo (ventilazione invasiva): una pratica che aumenta fino a 100 volte il rischio di morte.

CONCLUSIONI L'applicazione dell'innovativa dialisi polmonare, che va a ridurre i livelli di anidride carbonica nel sangue, ha significativamente ridotto il rischio di intubazione e le conseguenze negative che ne derivano, in pazienti con imminente fallimento della ventilazione non-invasiva. In caso di insufficienza respiratoria acuta, la rimozione di CO₂, permette una riduzione del supporto ventilatorio e, l'ossigenazione viene mantenuta per diffusione semplice attraverso gli alveoli del paziente, meccanismo chiamato "ossigenazione apneica". Le preoccupazioni sollevate per quanto riguarda l'uso standard della circolazione extracorporea nascono dall'incidenza di complicanze: emorragie, emolisi e deficit neurologici. A causa dei risultati negativi di uno studio clinico, le risorse necessarie e l'alta incidenza di effetti collaterali, l'utilizzo dell'ECCO₂R è stato limitato ad una terapia "salvataggio" per il più grave caso di sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS). In realtà questa tecnica innovativa; è una ventilazione di protezione in caso di ARDS grave, un supporto per la funzione respiratoria / polmonare spontanea, un ponte di passaggio dopo il trapianto del polmone. La moderna filosofia di ventilazione meccanica ha diversi vantaggi: evitare tubi tracheali, ridurre al minimo la sedazione, prevenire il danno polmonare acuto indotto dal ventilatore e le infezioni nosocomiali.

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

69. Gestione del rischio clinico in terapia intensiva neonatale: razionalizzazione del percorso di prescrizione, preparazione e conservazione della terapia farmacologica parenterale

Lavarini Monica, Mariotti Chiara, Ficial Benjamin, Antonello Giuliana, De Felice Donatella, Di Blasio Splendora, Dosso Silvia, Sterzi Enrico, Tardivo Stefano, Maffei Elena

Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

BACKGROUND I neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sono una categoria di pazienti particolarmente esposta al rischio di danni iatrogeni, a causa della loro immaturità e della necessità di cure intensive spesso prolungate e complesse. I rischi legati alla terapia per via parenterale sono numerosi e possono portare a Patient Safety Incidents (PSI), definiti come incidenti non intenzionali o imprevisti che potrebbero aver causato oppure hanno causato un danno al paziente. Gli errori di terapia sono frequenti in TIN e possono verificarsi in qualsiasi fase del percorso del farmaco: la prescrizione, la preparazione, la conservazione, la somministrazione del farmaco e il monitoraggio della terapia. Nell'adulto gli errori di terapia solo raramente esitano in gravi conseguenze. Tuttavia, è importante identificare tali errori di terapia in TIN, al fine di prevenire eventuali errori gravi, che aumenterebbero ancora di più il rischio a cui viene esposta questa vulnerabile categoria di pazienti. Interventi attivi volti a ridurre gli errori di terapia sono quindi fortemente raccomandati.

OBIETTIVI Gli obiettivi del nostro progetto sono stati: - analizzare l'incidenza degli errori terapeutici nella nostra TIN - creare fogli informatizzati di calcolo per la prescrizione delle infusioni più utilizzate nella nostra terapia intensiva, al fine di evitare errori di calcolo e di trascrizione - creare per ogni farmaco una scheda contenente le informazioni necessarie ai fini di standardizzare la preparazione, somministrazione e conservazione dei farmaci per via endovenosa - formare il personale medico ed infermieristico all'utilizzo dei nuovi strumenti introdotti

METODI Il progetto è stato condotto da novembre 2014 a ottobre 2015 presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, da un team multidisciplinare composto da quattro infermiere, un medico neonatologo, due farmacisti e due medici della Dirigenza Medica. Abbiamo analizzato, mediante il sistema di segnalazione volontaria di Incident Reporting, gli errori terapeutici riscontrati nella nostra TIN tra ottobre 2013 e novembre 2014. Abbiamo creato dei fogli informatizzati per il calcolo della prescrizione delle 11 infusioni di farmaci più utilizzati nella nostra TIN. Inoltre, abbiamo realizzato 60 schede per i farmaci per via endovenosa di più comune utilizzo, definendo da un lato le fonti bibliografiche da consultare, dall'altro un format prestabilito ai fini di fornire in modo standardizzato tutte le informazioni essenziali. Tutto il personale medico e infermieristico è stato addestrato all'uso di questi nuovi strumenti.

RISULTATI Da ottobre 2013 a novembre 2014 gli eventi riportati mediante il sistema di segnalazione di Incident Reporting sono stati 54, di questi 45 (83%) riguardavano errori di terapia. Gli errori di prescrizione erano i più frequenti (29%), seguiti da errori di somministrazione (20%) ed errori di preparazione (9%). Al fine di ridurre tali errori, abbiamo creato due nuovi strumenti: i fogli informatizzati di calcolo della prescrizione e le schede farmaci. I fogli informatizzati sono stati redatti per il calcolo della prescrizione dei seguenti farmaci ad infusione continua: morfina, dopamina, dobutamina, fentanyl, adrenalina, noradrenalina, furosemide, rocuronio, insulina, alprostadil, midazolam. In questo modo viene eliminata la possibilità di commettere errori di calcolo o di trascrizione. Inoltre, abbiamo realizzato 60 schede per tutti i farmaci endovenosi comunemente utilizzati nella nostra terapia intensiva, che mostrano per ogni farmaco: modo e tempo di somministrazione, metodo di preparazione, compatibilità al sito Y con la nutrizione parenterale con e senza lipidi, incompatibilità al sito Y con altri farmaci, modalità di conservazione e validità. Il personale medico e infermieristico è stato istruito all'utilizzo di questi nuovi strumenti in tre edizioni di un corso formativo di 5 ore, tenutosi ad ottobre 2015.

LIMITI Uno dei limiti del nostro progetto è l'affidarsi al sistema di segnalazione volontaria di Incident Reporting per identificare gli errori di terapia. È verosimile che in tal modo la reale frequenza di errori venga sottostimata.

CONCLUSIONI Riteniamo che la creazione di questi nuovi strumenti che standardizzano la prescrizione, somministrazione, preparazione e conservazione dei farmaci potrà ridurre significativamente gli errori di terapia nella nostra TIN.

Indirizzo per la corrispondenza

Maffei Elena, Farmacista
Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento - U.O. Farmacia
Piazzale Aristide Stefani, 1 - 37126 - Verona
Email: elena.maffei@ospedaleuniverona.it

70. L'assistenza protesica e la ventiloterapia domiciliare: esempio di implementazione di monitoraggio delle prestazioni

Maconi Mariacaterina

ASL AL

BACKGROUND La ventiloterapia domiciliare sia da un punto di vista clinico, organizzativo e di spesa costituisce una voce importante della spesa dell'Assistenza Integrativa e Protesica. L'aumento della prevalenza delle patologie croniche e l'esigenza di rispondere a nuovi bisogni in termini di qualità della vita dei pazienti disabili, determinano una crescita costante nel tempo, del numero di assistiti che accedono all'assistenza protesica, ponendo l'esigenza di assicurare risposte efficaci, appropriate e sostenibili. In tale contesto il mantenimento del livello di costo e del budget assegnato rappresenta una sfida che richiede tra i vari impegni anche un sistema di controlli, che assegna valore e peso al monitoraggio delle prestazioni. La necessità di garantire una sempre più appropriata erogazione di interventi e un contenimento della spesa ha spinto il Servizio di Assistenza Integrativa e Protesica del Distretto di Alessandria (ASLAL) ad implementare un percorso di appropriatezza per svolgere una verifica dell'erogato per la ventiloterapia domiciliare.

OBIETTIVI Lo scopo di questo lavoro è stato quello di implementare un nuovo percorso valutativo/autorizzativo per la ventiloterapia domiciliare al fine di garantire l'appropriatezza e il contenimento della spesa.

METODI L'implementazione del percorso per la ventiloterapia domiciliare ha previsto l'introduzione di alcune indagini strumentali e cliniche che hanno come scopo quello di valutare la necessità della prosecuzione della ventiloterapia. Le indagini strumentali introdotte consistono nel valutare i conteggi orari dei ventilatori utilizzati, al fine di verificare il reale impiego giornaliero. Le indagini cliniche, svolte in collaborazione con gli specialisti prescrittori, consistono nel programmare un follow-up a scadenze prefissate per valutare l'andamento clinico dei pazienti e poter rilevare eventuali cambiamenti nel quadro clinico. In caso di scarsa aderenza alla terapia, si ritiene proponibile il ritiro del dispositivo per evitare sprechi di risorse.

RISULTATI L'implementazione di questo percorso valutativo/autorizzativo per la ventiloterapia domiciliare ha permesso di ottenere una percentuale di ventilatori ritirati pari al 15% del totale perché non utilizzati. Il 18% dei ventilatori totali è invece stato ritirato dopo visita specialista perché sono stati riscontrati dei cambiamenti nelle condizioni cliniche dei pazienti che non richiedevano più la necessità di una ventiloterapia. L'efficacia delle azioni di controllo messe in campo ci ha permesso di contenere gli aumenti riferiti alla ventiloterapia in una minima percentuale, comunque ampiamente superata dal corrispondente aumento percentuale del numero degli assistiti che hanno usufruito del servizio di ventiloterapia domiciliare.

LIMITI L'implementazione di innovazioni organizzative del servizio di Assistenza Integrativa e Protesica richiede sempre un coinvolgimento nell'attività dei medici prescrittori e la condivisione con loro di obiettivi per rispondere in modo integrato ai bisogni dei pazienti. È quindi molto importante metter in atto interventi di formazione/informazione verso il prescrittore che portino a scelte prescrittive attuate secondo criteri di appropriatezza condivisi. Questi interventi non sempre trovano una totale compliance da parte dei medici prescrittori.

CONCLUSIONI Lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali, trova nell'ASL il principale punto di raccordo e coordinamento dei percorsi assistenziali, fungendo da snodo di rete in grado di garantire una sempre più appropriata erogazione di interventi sotto il profilo clinico e organizzativo e rispondendo in modo integrato ai bisogni del paziente inserito nei diversi livelli di cura. Per una più attenta predisposizione di un piano di governo che assicuri, anche nel campo della protesica ed integrativa, un'adeguata copertura dei bisogni degli assistiti, ma garantisca parallelamente la sostenibilità economica l'adeguatezza delle risorse disponibili, è necessario consolidare/implementare degli interventi diversi ma sinergici. Tra questi all'ASLAL abbiamo deciso di introdurre un intervento di controllo e monitoraggio del servizio di ventiloterapia domiciliare erogato dall'Assistenza Integrativa e protesica. I risultati ottenuti rispondono alle nostre esigenze iniziali di contenimento della spesa e allo stesso tempo migliorando l'appropriatezza clinica permettendoci di poter rispondere al bisogno crescente espresso dai cittadini.

Indirizzo per la corrispondenza

Maconi Mariacaterina, Medico Chirurgo
Ospedale Civile SS Antonio e Margherita Tortona - U.O. Laboratorio Analisi e Microbiologia
Via XX Settembre - 15057 - Tortona
Email: mmaconi@aslal.it

71. Evidence based practice nella pervietà dei cateteri venosi periferici: revisione di letteratura

Manca Francesca, Rubbi Ivan, Cremonini Valeria

Università degli studi di Bologna

BACKGROUND I dispositivi per accesso venoso periferico, in particolare i cateteri venosi periferici o C.V.P. sono il più semplice e il più utilizzato mezzo per somministrare terapia, liquidi ed emocomponenti (Keogh, 2014a), si stima che una gran parte dei pazienti istituzionalizzati siano portatori di cateteri intravenosi, e che, nel 20% dei casi, questi si occludano (Keogh, 2014a); tra i motivi del mancato funzionamento si individuano l'occlusione del lume del catetere da formazione di coaguli, frustoli, precipitati di farmaci. Il lavaggio è la pratica infermieristica che evita l'occlusione del catetere.

OBIETTIVI Valutare se l'uso della soluzione fisiologica sia la metodica scientificamente più adatta per eseguire il lavaggio dei cateteri venosi periferici in pazienti ospedalizzati sia adulti che bambini.

METODI La revisione di letteratura è stata condotta attraverso una ricerca sulle banche dati PubMed, Medline e Cochrane: a partire dalle parole chiave, in inglese, coordinate dagli operatori e usando alcuni limiti di ricerca sono stati reperiti 39 articoli. Le parole chiave sono state selezionate dal quesito di ricerca, scaturito dalla realtà clinica, ovvero l'esperienza di tirocinio. Il quesito è stato formulato secondo metodologia PICO. Dei 39 articoli trovati, 11 sono stati selezionati, letti e tradotti, ma analizzati solo 8, poiché gli altri non rientravano nei criteri di inclusione. Ogni articolo selezionato è stato valutato criticamente, è stata fatta una sintesi qualitativa dei risultati per dominio di indagine.

RISULTATI Si notano anche altre pratiche relative alla buona gestione dei C.V.P. che riguardano tecnica e frequenza di lavaggio, strumentazione da utilizzare, interazione con farmaci ed effetti avversi. Tutti gli articoli mettono a confronto o analizzano l'uso dell'una o dell'altra soluzione; 7 articoli su 8 esprimono una preferenza significativa, mentre l'ultimo non rileva significative differenze tra le due soluzioni né in termini di pervietà, né a proposito di effetti collaterali o interazione con farmaci (Amorati, 2007).

LIMITI A causa dell'eterogeneità dei dati raccolti dagli articoli reperiti non è stato possibile condurre una metanalisi.

CONCLUSIONI La soluzione con NaCl 0,9% è indicata per il lavaggio dei cateteri venosi periferici, ha uguale effetto della soluzione contenente eparina per quanto riguarda il mantenimento della pervietà, ma è associata a minor numero di effetti avversi, di complicanze ed ha un costo minore.

Indirizzo per la corrispondenza

Manca Francesca, Infermiere
Università degli Studi di Bologna - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Via Massarenti, 9 - 40138 - Bologna
Email: francesca33.manca@gmail.com

72. Determinanti socio-demografici, clinici ed organizzativi dei ricoveri in “appoggio”.

Marco Fusco¹, Paolo Piergentili², Silvia Gallo², Livio Dalla Barba², Alessandra Buja¹, Vincenzo Baldo¹

¹Università di Padova, ²Ulss13 Mirano

BACKGROUND Il ricorso al ricovero in “appoggio” (RIA), ovvero presso U.O. diverse da quella di accettazione, rappresenta un problema di sicurezza del paziente e qualità delle cure.

OBIETTIVI Lo scopo dello studio è di analizzare i determinanti individuali e organizzativi di questa modalità di ammissione non ottimale.

METODI Sono stati esaminati i dati amministrativi del flusso SDO 2014 relativi ai reparti “medici” dell’ULSS 13 Mirano. Sono state rilevate le differenze significative tra RIA e ricoveri regolari attraverso un’analisi univariata. È stato infine elaborato un modello predittivo (regressione logistica multilivello) che includeva le covariate socio-demografiche, cliniche e logistiche dei pazienti e alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa dei reparti di ammissione associabili al fenomeno in oggetto.

RISULTATI I RIA sono stati complessivamente il 18% delle ammissioni ordinarie destinate a reparti clinici. La durata di tali ricoveri è stata lievemente maggiore rispetto agli altri (aOR 1.02; 95%I.C: 1.004-1.029). Un maggior livello di istruzione (aOR 0.76; 95%I.C: 0.670-0.866) e di co-morbilità (aOR 0.92; 95%I.C: 0.851-0.999) dei pazienti ed un più rapido turn-over dei posti letto (aOR 0.26, 95%I.C: 0.175-0.391) sembrano fattori protettivi. L’accesso durante il Week-end (aOR 1.50; 95%I.C: 1.223-1.893), il ricovero urgente e la proporzione dei DRG ad alto rischio di inapproprietezza dell’UO di accettazione (aOR 1.04, 95%I.C: 1.015-1.068), sono invece associati ad incremento del “rischio”.

LIMITI Lo studio è basato su dati amministrativi e sanitari correnti che, in alcuni casi, hanno completezza ed affidabilità migliorabili.

CONCLUSIONI Gli aspetti organizzativi sembrano giocare un ruolo rilevante nella variabilità dell’esito indagato. È quindi probabile che modelli alternativi di gestione, basati su variabili organizzative differenti, possano modificare il ricorso ai RIA. Tra questi, l’approccio per “intensità di cura” e l’implementazione del “Day Service” e delle “Strutture Intermedie”, sembrano i più appropriati. L’associazione con il basso livello di istruzione non ha interpretazioni univoche; potrebbe tuttavia essere generata da una disuguaglianza socio-economica che va contrastata. È invece molto apprezzabile la capacità del sistema di tutelare i soggetti con morbidità multiple.

Indirizzo per la corrispondenza

Piergentili Paolo, Medico Chirurgo
Ospedale di Noale - P. F. Calvi - Dirigenza Medica
Largo S. Giorgio, 3 - 30033 - Noale
Email: piergentili@casemix.org

73. Buttonhole: la fistola arterovenosa in emodialisi

Martoni Marzia¹, Troiani Silvano¹, Traini Tiziana¹, Narcisi Daniela², Fioravanti Giuseppe²

¹UNIVPM, ²ASUR Marche Area Vasta 5

BACKGROUND In letteratura è stato dimostrato che la tecnica di venipuntura FAV Buttonhole (BH), se praticata nella maniera corretta, è il gold standard delle venipunture FAV. Infatti tale tecnica evita le formazioni aneurismatiche, gli errori di cannulazione con conseguenti stravasi ed ematomi, la riduzione del tempo di emostasi, che in letteratura risulta inferiore a 5 minuti, e tutte situazioni estremamente dannose per la sopravvivenza dell'accesso vascolare. La rilevazione di dati significativi sul corretto funzionamento FAV deve essere eseguita costantemente e soprattutto discusse con i professionisti medici, per stabilire eventuali interventi quali ad esempio indagini di secondo livello più mirate (ecografia e fistolografia).

OBIETTIVI Dimostrare, calcolando gli effettivi tempi di emostasi di un gruppo di pazienti, quello che si evince in letteratura scientifica: la tecnica di venipuntura BH ha una sensibile riduzione del tempo di emostasi rispetto alle altre tecniche di venipuntura FAV ("in area", "scala di corda"), ecc.

METODI Nel centro di Emodialisi dell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, da più di cinque anni il gruppo infermieristico ha focalizzato l'attenzione sulla gestione della FAV assumendo il ruolo completo di care giver di tale accesso vascolare.

RISULTATI La puntura a sito costante (Buttonhole) consiste nel pungere sempre nello stesso sito per un numero di circa 8/10 volte con ago tagliente. Negli ultimi tre anni è stato effettuato uno studio su 66 pazienti, il quale ha evidenziato che l'incidenza delle infezioni, principale controindicazione di tale tecnica, è pari al 0.5/1000 punture; inoltre in questa raccolta dati è stata evidenziata una riduzione della sintomatologia dolorosa e una riduzione dei rischi di errore legati alla cannulazione con conseguente riduzione di stravasi ed ematomi I parametri presi in riferimento inquadrano il tipo di auscultazione (dove N indica un'auscultazione normale, P indica un'auscultazione patologica) e il thrill (dove N indica la normalità e P la patologia). Sono stati riportati presenza di edema o flogosi dell'arto, monitorata la consistenza del vaso (N: normale, V: vuoto, T: turgido) e la difficoltà dell'operatore durante la puntura della FAV (da 1 che indica l'assenza di difficoltà, ad un massimo di 4: molta difficoltà). Il tutto monitorato nella fase pre puntura, mentre nel focus della seduta dialitica, la pressione venosa e la pressione Le tecniche tradizionali di puntura della FAV (scala di corda e in area) si differenziano per applicazione e conservazione dell'accesso vascolare. La tecnica BH, al contrario, ha numerosi vantaggi, sia per il paziente e sia per gli operatori che la praticano: riduzione della sintomatologia dolorosa, riduzioni delle cicatrici e miglior estetica del braccio, riduzione della formazione di aneurismi, migliore gestione delle FAV difficili, riduzione dei tempi di emostasi, riduzione del rischio di errore con minor possibilità di causare stravasi, ematomi e formazioni pseudo aneurismatiche. Per questi motivi, la tecnica di venipuntura BH è considerata uno degli strumenti a disposizione per la salvaguardia della FAV nel tempo. L'applicazione di tale tecnica ha bisogno di una formazione dedicata e specifica per fronteggiare le eventuali problematiche. Infatti, in letteratura oltre alla complicità infettiva sono note altre problematiche riferibili al modello organizzativo e dell'"effetto rimbalzo" dell'ago; tutti eventi sfavorevoli che hanno scoraggiato la maggior parte dei centri dialisi ad applicare questa tecnica Tutto ciò lo si fa per ottenere la formazione di un tunnel cicatriziale sottocutaneo che farà da guida all'ago smusso (appuntito ma non tagliente) per le successive punture. Nel corso del monitoraggio non ci sono stati episodi di edema o flogosi dell'arto in nessuno dei pazienti presi in oggetto nello studio. La consistenza del vaso è risultata normale, sia per il thrill che per l'auscultazione.

LIMITI Il parametro "tempo di emostasi", non è mai stato preso in considerazione dal team medico-infermieristico.

CONCLUSIONI La puntura della fistola artero-venosa non equivale per il paziente solo ad un "inserire l'ago in vena", ma piuttosto confrontarsi sul dolore, sull'alterata immagine corporea e sulla cura di sé; ne deriva una richiesta di sostegno e supporto, al fine della riappropriazione della propria vita attraverso un approccio alla malattia quanto più possibile "demedicalizzato" o quanto meno "il meno possibile traumatico". Nei pazienti con patologie croniche, l'esito di tale mediazione è fondamentale ai fini dell'adattamento, della qualità di vita e dell'integrazione familiare-sociale. Questa esperienza offre la possibilità ai professionisti di acquisire competenze specifiche e una spendibile progressione nelle abilità cliniche, note elementi di magnitudine e benessere, in favore del paziente assistito.

Indirizzo per la corrispondenza

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

74. La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica nell'azienda AUSL di Reggio Emilia, quali indicatori per quale valutazione?

Mastrangelo Stefano, Fiori Sabrina, Riccò Roberta, De Falco Giovanna

Azienda USL Reggio Emilia

BACKGROUND L'assistenza infermieristica e tecnica è una componente essenziale del processo di cura erogato ai pazienti. Gli infermieri sono responsabili della qualità dell'assistenza infermieristica e contribuiscono a implementare il governo clinico aziendale attraverso comportamenti professionali orientati all'appropriatezza, alla sicurezza delle prestazioni, ad un uso appropriato, oculato e parsimonioso delle risorse, con riferimento alle migliori evidenze disponibili, operando con un orientamento all'ascolto e al dialogo con pazienti, famigliari/caregiver e team di lavoro, alla ricerca costante di dati oggettivi sui quali costruire un sistema di valutazione e di miglioramento della qualità. Le aree di interesse per una valutazione della qualità assistenziale e i relativi indicatori, i Nursing sensitive outcome (NSO) possono essere numerosi. La scelta delle aree su cui concentrare l'attenzione dovrebbe tener conto delle principali criticità (frequenza e variabilità delle pratiche, costi connessi, rischio per utenti-operatori) ma anche della disponibilità e facilità di recupero dei dati necessari alla valutazione (documentazione sanitaria cartacea o informatizzata, SDO, schede specifiche, ecc.). Disporre di un set di esiti consente di: 1. documentare i cambiamenti dello stato dei pazienti (che dipendono dall'assistenza infermieristica); 2. attivare strategie per migliorare gli esiti nelle realtà che non esprimono i risultati attesi e/o accettabili; 3. progettare strumenti di documentazione dell'assistenza focalizzati sugli esiti da perseguire.

OBIETTIVI ? Definire un set di indicatori per valutare la qualità dell'assistenza fornita (appropriatezza, sicurezza, ecc.) nelle strutture ospedaliere dell'Azienda. Permettere un confronto con i dati di letteratura e stimolare ulteriori approfondimenti e ricerche (es. audit specifici, analisi di casi, benchmarking, ecc.) finalizzati all'adozione di programmi di azioni di miglioramento).

METODI La Direzione Infermieristica, in collaborazione con lo staff Programmazione e controllo, ha definito il seguente set di indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza: stratificazione rischio di LDD ed utilizzo superfici antidecubito (SAD); incidenza di LDD; evoluzione stadiazione e condivisione informazioni; livello di dipendenza del paziente (ADL), evoluzione e condivisione informazioni; incidenza di cadute, luogo, dinamica ed esiti sul paziente; frequenza della rilevazione del dolore. La cartella clinica informatizzata, attualmente in uso, non è idonea alla raccolta dei dati e perciò è stato necessario modificare ed integrare altri flussi informativi preesistenti, il flusso informativo aziendale cadute, il flusso informativo infezioni correlate all'assistenza (ICA). A cadenza semestrale/annuale, i dati, a cura dell'unità operativa Programmazione e controllo, in staff alla Direzione Generale, vengono estratti, elaborati e, d'intesa con la Direzione Infermieristica, inviati alle UU.OO. interessate mediante appositi report. In seguito, in appositi incontri dedicati, si definiscono eventuali analisi (audit) mirate ad individuare più specifiche aree di criticità e definizione di azioni di miglioramento.

RISULTATI Le azioni attivate hanno permesso di identificare un numero contenuto di indicatori rilevanti per la valutazione della qualità assistenziale ed un efficace flusso di informazioni di ritorno. Ciò contribuisce ad ottenere una dimensione dello stato dell'arte dell'assistenza infermieristica. In riferimento alle performance di scarso livello, è possibile definire ulteriori e più specifici indicatori di processo ed esito (audit) per individuare le aree critiche ed intervenire con azioni rivolte al miglioramento dell'appropriatezza e sicurezza delle cure.

LIMITI I flussi informativi, modificati ad hoc, costringono a parziali duplicazioni nell'inserimento dei dati, con possibili errori e relativo aggravio del carico di lavoro, con livelli di compliance non sempre ottimali; alcune aree assistenziali non sono ancora rappresentate in modo adeguato; difficoltà nella lettura ed interpretazione dei dati; scarsa cultura della valutazione.

CONCLUSIONI La disponibilità di idonei e fruibili strumenti informatizzati, di registrazioni cliniche di buona qualità e di uno staff dedicato all'elaborazione dei dati, sono precondizioni per sviluppare un efficace sistema di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica. La definizione di un set di indicatori, ancorché migliorabile, costituisce un'importante punto di partenza per rappresentare le dimensioni della qualità assistenziale, per identificare eventuali aree critiche e per la ricerca delle azioni di miglioramento; ciò al fine 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 - Direzione Infermieristica e tecnica
Via Amendola, 2 - 42122 - Reggio nell'Emilia
Email: stefano.mastrangelo@ausl.re.it

75. Dalla prestazione alla presa in cura riabilitativa: fondamentali organizzativi e budget di salute in riabilitazione sanitaria territoriale

Mastrapasqua Nunzia

ASL BT

BACKGROUND La rilevanza epidemiologica della Disabilità con l'incremento di nuovi Bisogni di Salute richiede "Competenze e Capacità organizzative" specifiche. L'organizzazione di un Servizio per il cittadino con disabilità, nel rispetto dei criteri di Appropriatazza (non secondaria quella economica) richiede "Modelli organizzativi e gestionali delle Attività Riabilitative" innovativi - centrati sulla Persona e orientati all'Outcome: "recuperare/guadagnare salute". È "Emergenza Organizzativa" in Riabilitazione: indispensabile un processo di "disinvestimento" da sprechi e inefficienze e "riallocazione" delle scarse risorse disponibili in servizi sanitari essenziali. Il sovra / sottoutilizzo di servizi e prestazioni sanitarie riabilitative e l'inadeguato coordinamento tra i vari setting di cura conseguono principalmente al limitato trasferimento delle evidenze scientifiche alle decisioni professionali e manageriali, che genera disuguaglianze e sprechi.

OBIETTIVI Scopo di questo lavoro è condividere l'"esperienza consolidata" (giugno 1997 - 2014) nel Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale Territoriale di Andria (DPR 14/01/1997). Dimostrare l'efficacia del trasferimento nel Servizio Territoriale di Riabilitazione dei "Principi Manageriali della Riabilitazione" in particolare la valorizzazione dell'"Outcome - Oriented Rehabilitation", per favorire il successo Clinico e Gestionale, la "sostenibilità" economica nell'ambito del SSN.. La "Mission" del suddetto Servizio è la "Prevenzione della Disabilità" e la "Promozione dell'Attività e Partecipazione" delle Persone in età geriatrica e giovane - adulta. "RICOMINCIARE" è la parola chiave sulla quale si basa la filosofia della struttura.

METODI È stata lungimirante e strategica la scelta da parte della Direzione Aziendale della ASL di affidare, l'incarico ad un Medico con specifica Specializzazione (MEDICINA FISICA e RIABILITATIVA) e FORMAZIONE MANAGERIALE con sviluppo di competenze specifiche in "GOVERNANCE in RIABILITAZIONE" (Sistema Persona con Disabilità e Famiglia). Si attivava il "SERVIZIO di RECUPERO e RIEDUCAZIONE FUNZIONALE" nello stesso anno dell'emanazione del DPR 14/01/1997 con l'obiettivo di "RIQUALIFICARE L'OFFERTA RIABILITATIVA SANITARIA TERRITORIALE" secondo l'evoluzione normativa, culturale ed i nuovi modelli organizzativi - gestionali della riabilitazione. Ha avuto così inizio un Percorso pionieristico (APPROPRIATEZZA e SOSTENIBILITÀ on RIABILITAZIONE: PASSI... per la PREVENZIONE ed il SUPERAMENTO della DISABILITÀ in ETA' GERIATRICA e GIOVANE-ADULTA) che ha portato alla costruzione, sviluppo e miglioramento continuo di un "PROGETTO RIABILITATIVO di STRUTTURA" con INDICATORI di ESITO basati su ICF. il modello operativo parte dalla rilevazione dei BISOGNI Riabilitativi Sanitari ESSENZIALI e dalla valutazione degli ESITI e COSTI del PERCORSO di RECUPERO delle ABILITÀ (DRG Riabilitativi Domiciliari e Ambulatoriali) per giungere al BUDGET di SALUTE. Strumenti operativi: 1) CARTELLA RIABILITATIVA TERRITORIALE INTERPROFESSIONALE (N.5316) con Scheda di dimissione dalla presa in carico riabilitativa sanitaria; 2) PACCHETTI di PRESTAZIONI RIABILITATIVE differenziati per complessità ed intensità del "percorso di cura riabilitativo" con relativi costi; 3) PROGRAMMA RACCOLTA INFORMATIZZATA DATI EPIDEMIOLOGICI SULLA DISABILITÀ E FUNZIONAMENTO per rilevare i Bisogni Riabilitativi Sanitari Essenziali; 4) LABORATORIO DI EDUCAZIONE RIABILITATIVA (Counseling Sistemico Riabilitativo).

RISULTATI Il modello organizzativo delle attività riabilitative nel Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale basato su ICF - Riabilitazione Narrativa – Educazione Riabilitativa con "PRESA IN CURA RIABILITATIVA" in TEAM RIABILITATIVO INTERPROFESSIONALE che stabilisce gli obiettivi e gli esiti desiderati del "Progetto Riabilitativo Individuale" con la leadership di un Medico specialista – Disciplina Medicina Fisica e Riabilitativa che governa l'organizzazione ha dato risultati in termini di obiettivi di "guadagno di Salute" delle Persone prese in cura ed ha consentito di migliorare la produttività, allineare offerta e bisogni, ridurre gli sprechi. 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.

LIMITI 1) Risorse umane non congrue rispetto ai bisogni 2 Segmenti carenti del percorso 3) Sottoutilizzo delle potenzialità del servizio

CONCLUSIONI La riabilitazione è un processo non riconducibile ad un semplice insieme di "atti" o prestazioni. La ricerca in questo settore ci dice che il risultato della presa in carico riabilitativa va valutato in termini di "prodotto" e non di "somma" di interventi e che è la qualità delle reciproche interazioni fra loro, e fra i molteplici professionisti - esperti nell'ambito di "ruoli e competenze" ben definiti - che vi concorrono, a condizionare in modo sostanziale gli esiti in termini di salute, autonomia e qualità di vita. Nella definizione degli OBIETTIVI DI BUDGET in riabilitazione sanitaria e nella valutazione dei risultati è indispensabile individuare: a) obiettivi di natura organizzativa e di qualità; b) indicatori dell'attività riabilitativa sanitaria territoriale adeguati a valutare • l'appropriatezza del "percorso" di "presa in cura riabilitativa" e delle "procedure" e degli "interventi" riabilitativi utilizzati; • il raggiungimento degli "esiti" previsti dal "Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)". Solo ponendosi tali obiettivi, che sono prioritari in riabilitazione, si possono raggiungere obiettivi di produzione ed economici ed intraprendere azioni correttive in caso di non raggiungimento degli obiettivi. Continuare imperterriti, imperturbabili ad utilizzare approcci diagnostici e terapeutici nati tra gli anni '40 e '70 del secolo scorso è uno spreco di denaro pubblico oltre che non rispetto della dignità della Persona.

Indirizzo per la corrispondenza

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

76. L'ambulatorio mail di endocrinologia. Nostra esperienza in una ASL di Torino

Mazza Enrico, Gottero Cristina, Etzi Antonella

ASL TO 2 Torino

BACKGROUND I pazienti affetti da patologia endocrina, in particolare quelli con patologia tiroidea e tra questi quelli affetti da ipotiroidismo o ipertiroidismo, che sono i più frequenti, sono spesso malati cronici e necessitano di una osservazione prolungata negli anni. Tale osservazione è condivisa dal medico di Medicina Generale (MMG) e dal medico specialista ed è spesso basata sulla valutazione di esami di laboratorio e sulla successiva modifica o conferma di terapie. È importante che venga mantenuto il contatto paziente / specialista senza che questo incida negativamente sui tempi di attesa delle visite, che in campo endocrinologico sono spesso lunghi (mesi).

OBIETTIVI Ridurre i tempi di attesa e il disagio dei pazienti attraverso la creazione di un 'ambulatorio mail' a cui possono afferire pazienti selezionati che, dopo almeno una prima visita ambulatoriale e mediante accordi diretti, possono successivamente comunicare via mail risultati di esami e problemi vari.

METODI Dal luglio 2010 è attiva una casella di posta elettronica dedicata a questo scopo. Il medico che legge la mail controlla la situazione clinica sul file del singolo paziente, risponde alla mail stessa e infine copia domanda e risposta nel file-paziente relativo, in modo che l'informazione sia reperibile facilmente in corso di visite successive o di nuove comunicazioni mail. La risposta deve contenere anche una breve sintesi del problema clinico.

RISULTATI L'ambulatorio mail ha effettuato 116 contatti nel 2010, 540 nel 2011, 772 nel 2012, 1027 nel 2013, 1222 nel 2014, 1221 nei primi 10 mesi del 2015. Escludendo l'anno 2010 (l'ambulatorio mail è stato implementato a metà anno) e l'anno in corso (dati non conclusivi) vi è stato un incremento progressivo del numero di mail (2012 vs 2011 + 30,1 %, 2013 vs 2012 + 24,8 %, 2014 vs 2013 + 16,0 %) con logica tendenza alla riduzione dell'incremento per anno con la progressiva implementazione dell'attività. Vi è stato un significativo aumento della percentuale di comunicazioni mail per anno rispetto alle visite ambulatoriali per anno (mail vs. visite: 540 vs 5006 nel 2011 = 10,8 %; 772 vs 5365 nel 2012 = 14,4 %; 1027 vs 5534 nel 2013 = 18,6 %; 1222 vs 5470 nel 2014 = 22,3 %) L'ambulatorio mail ha ricevuto dai pazienti in media 75 mail di ringraziamento per anno a seguito delle nostre risposte. Non vi sono state segnalazioni di disservizio all'ufficio relazioni con il pubblico dell'ASL relativamente all'ambulatorio mail.

LIMITI L'ambulatorio mail come attualmente configurato presenta sostanzialmente tre limiti. 1. Mancata valorizzazione della prestazione effettuata, non codificabile. 2. Dubbia copertura assicurativa. In tal senso vi sono movimenti perché prestazioni di telemedicina siano inquadrate nelle prestazioni assicurabili. 3. Parziale esclusione dei MMG nella gestione del paziente.

CONCLUSIONI L'ambulatorio mail di endocrinologia offre un servizio agli utenti che sono in grado di inviarcì comunicazioni via mail, evitando visite di controllo 'semplici' e mantenendo contemporaneamente un contatto sensibile degli utenti con la struttura. Presenta inoltre un'utilità indiretta anche verso utenti che non possono usufruire del servizio, in quanto riducendo il numero di visite di controllo prenotate, ha un'influenza positiva sui tempi di attesa delle visite stesse. L'ambulatorio è gradito all'utenza e non ha dato luogo fino ad ora a proteste. Sarebbe opportuno un sistema di comunicazioni mail che coinvolga anche il MMG senza far perdere in snellezza il sistema.

Indirizzo per la corrispondenza

Mazza Enrico, Medico Chirurgo
Ospedale Maria Vittoria - S.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche
Via Cibrario, 72 - 10144 - Torino
Email: enrico.mazza@aslto2.piemonte.it

77. Integrazione multidisciplinare della figura ostetrica in una Rete di Patologia del Tratto Ano-Uro-Genitale femminile: autonomia e nuove prospettive

Miletta Michela, Bogliatto Fabrizio

ASL TO4

BACKGROUND Il basso tratto ano-uro-genitale femminile deve essere considerato come un insieme di differenti organi che interagiscono tra di loro, da un punto di vista funzionale unico. Di conseguenza, un singolo disordine può, in realtà, colpire più di un distretto, coinvolgendo diverse discipline. Oggigiorno, è ampiamente accettato che l'ottimale approccio assistenziale, in tale ambito, richieda l'integrazione delle diverse aree di specializzazione pertinenti, possibilmente gestite con un percorso di cura integrato e centralizzato sulla donna. La figura dell'ostetrica, in quanto trasversale per conoscenze e competenze al complesso ambito assistenziale, può assumere un ruolo fondamentale all'interno di un innovativo modello di cura in una rete multidisciplinare e multi professionale, divenendo garante di un Percorso appropriato e umanizzato.

OBIETTIVI L'obiettivo di questo studio è quello di valutare come la figura dell'ostetrica, inserita in tale contesto multidisciplinare integrato e coordinato, possa favorire un modello di cure, iso-risorse, efficiente ed appropriato, in un ambito assistenziale così complesso come quello della patologia del tratto ano-uro-genitale femminile.

METODI Descrizione dell'innovativo modello assistenziale, in cui la centralità della figura ostetrica conferisce un miglioramento della qualità di vita del paziente. Definizione degli ambiti di competenza tra i diversi specialisti (ginecologo, fisiatra, colon-proctologo, urologo, uro-ginecologo, radiologo, patologo) che si integrano in un approccio multidisciplinare di Team, con percorsi diagnostico-terapeutici concordati e sinergicamente integrati.

RISULTATI Raggiungimento di eccellenti outcomes clinico-assistenziali, efficienza ed efficacia delle cure, appropriatezza delle cure mediante l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici basati su evidenze scientifiche, alta soddisfazione delle pazienti gestite in Rete, ottima integrazione multi professionale guidata dalla figura ostetrica di Rete, nel rispetto del contributo, dell'autonomia professionale e delle competenze di ciascun professionista, al servizio della tutela del benessere femminile.

LIMITI L'unicità di tale modello assistenziale, all'interno del panorama regionale Piemontese e di quello nazionale, introduce la configurazione di alcune criticità di natura organizzativa, dovute essenzialmente alla novità di concezione organizzativo-gestionale. Si osserva pertanto un'organizzazione trasversale intradipartimentale, tra specialisti e professionisti di aree mediche differenti, formalmente ancora non categorizzata nelle specifiche strutture aziendali, proprio in virtù dell'introduzione sperimentale di tale progettualità.

CONCLUSIONI Il ruolo dell'ostetrica per la gestione della patologia del basso tratto ano-uro-genitale è dunque essenziale. Tale nuova realtà organizzativa e clinica dovrebbe far riflettere circa le notevoli potenzialità della figura professionale ostetrica come manager di un complesso percorso di cura, riguardante la salute sessuale e riproduttiva femminile e come leader dell'integrazione multiprofessionale. Ancora notevoli sono gli sviluppi attesi, nell'ottica di capillarizzazione di tale modello organizzativo anche in altre realtà territoriali regionali e nazionali, per la figura ostetrica che in senso olistico, non si confina più solo ai già definiti ambiti di competenza, abbracciando nuove stimolanti e preziose sfide assistenziali.

Indirizzo per la corrispondenza

Miletta Michela, Ostetrico
Azienda Sanitaria Locale TO4
Via Po, 11 - 10034 - Chivasso
Email: mmiletta@aslto4.piemonte.it

78. La riorganizzazione delle cure odontoiatriche in ASLTO3: un progetto di HB-HTA ad alta sostenibilità

Minniti Davide¹, Passi Stefano², Angelone Lorenzo¹, Cattel Francesco³, Siliquini Roberta², Boraso Flavio¹

¹ASL TO3, ²Università degli Studi di Torino, ³A.O. Città della Salute Torino

BACKGROUND In questi ultimi anni, caratterizzati dalla crisi economica, le cure odontoiatriche hanno subito una forte flessione in negativo. Dai dati Istat 2013 la quota di popolazione che durante l'anno si è rivolta al dentista o all'ortodontista è stata pari al 37,9%. La riduzione della quota di popolazione che accede ai servizi odontoiatrici associata alla possibilità del rischio di abbandono o di proroga delle cure descrivono una situazione preoccupante per la stabilità del welfare state. L'analisi di produttività delle cure odontoiatriche in ASL TO3 stratificate per le vigenti aree distrettuali, evidenzia un quadro di disomogenea e ridotta offerta odontoiatrica se confrontata con l'offerta/ore out of pocket. A questi dati descrittivi si aggiunge la particolarità geografica del Distretto di Susa, caratterizzato da una elevata densità di popolazione distribuita su un territorio vasto e prevalentemente montano e l'attuale situazione strutturale. Il contesto demografico ed i volumi di attività precedentemente descritti, con particolare riferimento ai Distretti di Venaria e di Susa, li rendono collocazione ideale di un progetto sperimentale di creazione di un Servizio Odontoiatrico finalizzato ad implementare la risposta al bisogno di salute dentale e, quindi, l'offerta odontoiatrica in specifiche e strategiche aree territori dell'ASLTO3.

OBIETTIVI Analisi di impatto di un nuovo modello organizzativo per le cure odontoiatriche al fine di potenziare ed implementare l'offerta presso i Distretti di Venaria e di Susa, migliorandone l'efficacia/efficienza, l'appropriatezza delle prestazioni e la razionalizzazione dei costi relativi all'attività odontoiatrica.

METODI A seguito della proposta di riordino dell'attività odontoiatrica l'analisi di impatto è stata condotta attraverso la selezione di variabili strutturali (N. odontoiatri, N. riuniti), variabili di attività (ore totali anno, N. prestazioni) e variabili economiche (contributo professionista, strumentazione, opere edili ed impiantistiche). È stata condotta un'analisi costo-efficacia e costo-efficiente sui tre modelli organizzativi precedentemente selezionati: modello attuale "in house", modello intermedio "in house equivalente all'offerta in service", modello esternalizzato "in service".

RISULTATI Da tale analisi emerge come l'investimento IN HOUSE secondo i parametri attualmente presenti non generi sulla sede di Venaria vantaggi economici per l'azienda, ma solo di garanzia di un servizio importante per la Comunità; anche la proiezione sulla sede di Susa è svantaggiosa, altresì nell'ipotesi meno strutturata (3 riuniti), generando, a fronte di un servizio di minima per la popolazione della Valle di Susa, un costo di oltre 200.000 €/aa. Per quanto attiene, invece, l'articolazione secondo il modello del SERVICE, sia per la sede di Venaria ed in particolare per quella di Susa, il modello testimonia una proiezione di costo/beneficio con un delta che porta ad una stima di 260.000€ di ricavo per la sede di Venaria e di circa 180.000€ per quella di Susa, per complessivi 450.000 € circa di introito per l'ASL/aa. Tale introito è parallelo al grande beneficio in termini di prestazioni e immagine che si potrà garantire in particolare sull'asse della medio e alta Valle di Susa ad oggi completamente scoperta.

LIMITI Ad oggi l'analisi proposta rientra in un progetto aziendale di fattibilità del nuovo modello organizzativo.

CONCLUSIONI L'analisi di fattibilità HB-HTA sulla riorganizzazione delle cure odontoiatriche in ASLTO3 consente al decisore di valutare non solo l'opportunità di implementare una tecnologia sanitaria IN HOUSE piuttosto che IN SERVICE, ma soprattutto per evidenziare la sostenibilità nel creare due nuovi poli odontoiatrici in aree carenti con grande beneficio per la popolazione anche in termini di impatto di etica in sanità.

Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo
Università di Torino - Facoltà di Medicina e Chirurgia – Dip. Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

79. “Adeguatezza dei percorsi assistenziali: valutazione del processo di cura dall'accettazione alla presa in carico, U.O. 1 Psicologia Clinica, area adulti, APSS di Trento”

Montanaro Maria, Pertile Riccardo, Manzana Sara, Cesaro Anna

Azienda Provinciale Servizi Sanitari Trento

BACKGROUND La premessa generale su cui si basa la valutazione del processo di cura nasce dalla consapevolezza etica di dover fornire un'equità di trattamento la quale non può più consistere nel dare a tutti quel che è disponibile ma nell'acquisire per tutti ciò che è diversamente e specificatamente opportuno (LEA).

OBIETTIVI Il progetto elaborato si pone come obiettivo di approfondire l'approccio clinico-organizzativo per elaborare una trasformazione che permetta di ottimizzare le risorse presenti, ridurre le inefficienze e valorizzare il capitale umano dei professionisti coinvolti nel progetto. La fase dell'accettazione è stata individuata quale punto cruciale per la definizione del successivo percorso clinico-assistenziale. Si è ipotizzato che trasformare ciò che fino ad allora era considerato semplicemente come il primo contatto tra il paziente e il nostro Servizio, nel nostro miglior “biglietto da visita”, dedicando a esso un tempo congruo da parte di un professionista esperto potesse rappresentare per il paziente un'esperienza di per se stessa terapeutica in quanto basata sull'accogliere, processo assai più ricco e complesso del semplice accettare. Obiettivi specifici: -ridurre il tempo di attesa tra la richiesta del paziente e il colloquio di accoglienza (la carta dei Servizi indica 60 giorni come tempo massimo) - attivare processi di cura più appropriati, riducendo il numero dei dropout, degli invii impropri, degli invii ad altro servizio, del numero dei pazienti presi in carico e del tempo di permanenza presso il nostro Servizio.

METODI Si sono confrontati due gruppi: il primo denominato di “controllo” comprende tutti i pazienti i cui colloqui di accettazione risultano effettuati tra il novembre 2013 e il giugno 2014; in questo gruppo il colloquio di accettazione consiste in una telefonata nel corso della quale una tirocinante raccoglie delle informazioni essenziali in base alle quali il paziente viene assegnato, durante la settimanale riunione d'équipe, a uno psicologo dell'U.O.. Il secondo gruppo denominato “sperimentale” comprende tutti i pazienti i cui colloqui di accoglienza risultano effettuati tra il novembre 2014 e il giugno 2015; in questo gruppo il colloquio di accoglienza viene svolto da uno psicologo dell'U.O. che dedica a esso circa 1 ora e 30' e sottopone al paziente 2 test (SCL 90 e CoreOm). Al termine del colloquio, tenendo in debita considerazione i risultati dei test analizzati in tempo reale da una tirocinante, si invia il paziente allo psicologo ritenuto più idoneo, alla luce delle diverse specializzazioni presenti nel nostro Servizio (psicodinamica, cognitivo comportamentale, sistemica, ipnosi, di gruppo).

RISULTATI Per quanto riguarda le variabili socio-demografiche disponibili, il gruppo sperimentale e quello di controllo risultano confrontabili, poiché non si registrano differenze statisticamente significative tra i due gruppi. L'esito dell'accettazione risulta statisticamente differente tra i due gruppi in studio: per il gruppo sperimentale la proporzione di pazienti presi effettivamente in carico è significativamente inferiore rispetto ai pazienti del gruppo di controllo (67,5% vs. 92,0%). Ciò significa che con il nuovo metodo di accettazione si assiste a una non trascurabile riduzione delle prese in carico. L'elevato numero di pazienti presi in carico nel gruppo di controllo va a impattare con l'esito finale della presa in carico che presenta più alte percentuali di dropout (19,3% vs. 11,0% nel gruppo sperimentale), di invii ad altro servizio (5,3% vs. 1,3%) e di casi non competenti all'U.O. (2,7% vs. 0,7%). Queste tipologie di pazienti, per il gruppo sperimentale, erano già stati esclusi a priori, come dimostra la distribuzione dell'esito dell'accettazione. Solo per quei pazienti che hanno concluso la presa in carico, la sua durata risulta inferiore nel gruppo sperimentale (88,2 giorni) rispetto al gruppo di controllo (110,8 giorni).

LIMITI La nuova modalità con cui viene effettuato il colloquio di accoglienza richiede l'impiego di notevoli risorse sia qualitative che quantitative che fino a oggi siamo stati in grado di garantire. Purtroppo, a causa della progressiva riduzione del personale, il limite incontrato consiste nel dover dilatare sempre più il tempo di attesa tra colloquio di accoglienza e presa in carico da parte dello psicologo referente.

CONCLUSIONI L'analisi statistica ha confermato il valore della nostra ipotesi globale: migliorare l'accoglienza significa di fatto migliorare l'intero processo di cura. Tale cambiamento ha inoltre permesso di dimezzare il tempo di attesa (da 60 a 30 giorni) che intercorre tra il primo contatto dell'utente con il Servizio e il colloquio di accoglienza che segna il suo essere “nella nostra mente e nel nostro cuore”, attivo co-protagonista di un percorso evolutivo.

Indirizzo per la corrispondenza

Montanaro Maria, Psicologo
Ospedale di Cavalese - U.O. Poliambulatori Specialistici
Via Dossi, 17 - 38033 - Cavalese
Email: Maria.Montanaro@apss.tn.it

80. Percorso di miglioramento nella gestione del dolore in neuroriabilitazione

Morreale Angela

Montecatone Rehabilitation Institute

BACKGROUND La L.38/2010 ha indotto una maggiore attenzione alla gestione del dolore delle persone nelle strutture sanitarie, stabilendo la necessità di effettuare il monitoraggio quotidiano del dolore e di integrare quanto attuato nella degenza, con quanto avviene sul territorio. Sono stati, pertanto, istituiti i Comitati Ospedale-Territorio senza Dolore, con i relativi obiettivi specifici. C'è, tuttavia, bisogno di attuare una valutazione sistematica degli approcci gestionali, in particolare nel dolore cronico per implementare il coinvolgimento fattivo degli operatori

OBIETTIVI A Montecatone Rehabilitation Institute possono essere accolti, per una precoce presa in carico, 150 persone con lesione midollare o con grave cerebrolesione. Le complessità clinica dei pazienti e la durata della degenza rendono impegnativa la gestione del dolore che è in grado di influenzare negativamente l'outcome globale. Da due anni è stato, pertanto, intrapreso un Progetto di Miglioramento specifico per aumentare l'attenzione sul dolore inutile e favorire l'uso appropriato delle risorse, valorizzando le competenze professionali

METODI Per l'applicazione del ciclo Plan-Do-Study-Act, nel 2013, è stato attuato il primo Audit (A). Nella giornata di rilevazione tutte le cartelle dei pazienti degenti sono state esaminate da una coppia di auditors, composta da un medico e da un infermiere. È stata compilata una scheda con i seguenti, principali, indicatori: la rilevazione del dolore all'ingresso, durante la degenza e nel giorno dell'A; nel caso di dolore acuto, la somministrazione a.b. di terapia e la verifica della sua efficacia; nel caso di dolore cronico, l'assunzione stabile di terapia antalgica e la verifica periodica dell'efficacia. È stata attuata, anche un'intervista con i pazienti sulle percezioni soggettive della gestione del dolore da parte degli operatori. Nel 1°A sono state rilevate le criticità del percorso ed individuate le successive azioni correttive. Sono stati pianificati ed attuati, con le stesse modalità, ad oggi, 4 altri A (2° e 3°, nel 2014 e 4° e 5°, nel 2015). Sono stati organizzati corsi di formazione specifica, per tutti gli operatori, con sollecitazione all'integrazione professionale, per diffondere ed approfondire i metodi di valutazione diagnostica e di approccio terapeutico. Con l'obiettivo di ottimizzare l'intervento sulla gestione dei casi complessi è stato costituito un Team Interno Dolore, composto da medici con diversa specializzazione. I dati rilevati sono stati analizzati e diffusi, con incontri semestrali pianificati, a tutti gli operatori che hanno partecipato al progetto.

RISULTATI Nel 1°A, il dolore all'ingresso veniva rilevato nel 70% dei pazienti, nel 5° è stato riscontrato nel 95% dei casi; la rilevazione quotidiana, in un'unica registrazione mattutina, era attuata nel 73%, nel 2013 e nel 98% dei pazienti, nel 2015. Dopo il 3°A è stato creato un modulo informatico, nella cartella clinica, che permette una più pratica registrazione del dolore e della sua intensità. Nel 4° e 5°A è aumentata fino al 90% la doppia (mattino e sera) rilevazione quotidiana della presenza di dolore. La prevalenza del dolore nella giornata dell'A è progressivamente aumentata dal 10% al 23%, indicando una maggiore attenzione al riconoscimento e, di conseguenza, una più appropriata gestione terapeutica del dolore acuto. Nel giorno di rilevazione del 2° e 3°A, il 54.6% e, rispettivamente, il 65% dei pazienti stavano assumendo una terapia per il dolore, nel 4° e 5°A, il 51% ed il 68%. Nella gestione del dolore cronico, la verifica periodica dell'efficacia delle terapie non è stata, invece, attuata con sistematicità. Le associazioni terapeutiche sono state prescritte ma, rispetto alle linee guida di riferimento, a dosaggi non congrui. L'intervista, infine, con i pazienti ha permesso di evidenziare una maggiore consapevolezza dell'interesse per la rilevazione della presenza del dolore. Ai corsi di formazione specifica, valutati con alti indici di gradimento, ha partecipato circa il 75% degli operatori delle diverse professioni (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, logopedisti, psicologi ed educatori). Il Team Interno Dolore ha contribuito alla gestione dei pazienti complessi, fornendo un numero progressivamente crescente di consulenze e migliorando il coinvolgimento di professionisti esterni.

LIMITI Nell'ambito del dolore cronico ed, in particolare, del dolore neuropatico rimangono ancora da migliorare l'approccio diagnostico e la gestione delle terapie integrate (farmacologico e non).

CONCLUSIONI L'attuazione di queste azioni di formazione continua ha determinato una maggiore consapevolezza negli operatori della necessità di rilevare costantemente la presenza del dolore e di trattare il dolore acuto, riducendo la sofferenza inutile della persona degente, con una più coerente gestione delle terapie disponibili; rimangono, tuttavia, ampie aree di ulteriore miglioramento, relativamente alle modalità di approccio diagnostico e terapeutico, per il dolore cronico.

Indirizzo per la corrispondenza

Morreale Angela, Medico Chirurgo
Montecatone Rehabilitation Institute s.p.a. - U.O. Neurologia Comportamentale
Via Montecatone, 37 - 40026 - Imola
Email: morreale@montecatone.com

81. Studio randomizzato per cluster con disegno stepped wedge per valutare i risultati dell'applicazione di un care bundle per la prevenzione delle cadute accidentali nei pazienti anziani ricoverati.

Mosci Daniela, Chiari Paolo

AOSP Sant'Orsola Malpighi

BACKGROUND Le cadute accidentali rappresentano un problema di salute estremamente rilevante per gli anziani sia in comunità che in ospedale. Alcuni studi descrivono tassi di caduta in ospedale variabili da 3 a 13 per 1000 giorni di ricovero, a seconda del setting e del tipo di paziente. Gli esiti delle cadute possono essere lesioni minori (28%), lesioni gravi dei tessuti molli (11,4%), fratture (5%) o traumi cranici (2%), che possono portare a disabilità a lungo termine o exitus. Le cadute accidentali sono spesso l'esito dell'interazione tra fattori intrinseci, legati agli elementi clinico-anamnestici degli individui, ed ambientali, riconducibili alle caratteristiche fisiche del contesto (pavimentazione, illuminazione, arredi, ausili alla mobilitazione eccetera). La letteratura ha dimostrato che la prevenzione delle cadute in ospedale è possibile attraverso l'adozione di strategie multimodali, che trattino questi diversi fattori. Tuttavia, ad oggi, non è stato individuato l'insieme di interventi (care bundle) di efficacia universale, per cui è necessaria ulteriore ricerca. Nel corso del 2013, presso il Policlinico S. Orsola Malpighi, un gruppo multiprofessionale ha analizzato la migliore letteratura disponibile, individuando gli interventi applicabili al contesto locale ed arrivando alla costruzione di un care bundle per la prevenzione delle cadute accidentali dei pazienti anziani ricoverati. Questi interventi prevedono la valutazione del rischio di caduta da parte del personale infermieristico; l'informazione al paziente ed alla famiglia della presenza di rischio di caduta e la promozione della presenza il più possibile continuativa di un caregiver; la condivisione della rilevazione del rischio all'intero team assistenziale; la periodica revisione della terapia farmacologica prescritta; gli accessi periodici proattivi presso il paziente quando è solo, per verificare la presenza della necessità di recarsi in bagno, di bere, di cambiare postura; l'applicazione di strategie per la tutela della sicurezza ambientale da parte di tutto il personale.

OBIETTIVI Obiettivo primario dello studio: Valutare se l'applicazione di un insieme di interventi interprofessionali (care bundle) riduce l'incidenza e gli esiti delle cadute accidentali nei pazienti anziani ricoverati. Obiettivi secondari dello studio: 1. Valutare il rapporto costo-efficacia degli interventi applicati in termini di cadute evitate, costi per l'implementazione e costi sanitari correlabili alle cadute. 2. Individuare quali barriere possono limitare l'applicazione dei care bundle per la prevenzione delle cadute accidentali in ospedale e definire quali sono le strategie utili al loro superamento.

METODI Studio randomizzato per cluster con disegno stepped wedge per valutare i risultati della applicazione di un care bundle per la prevenzione delle cadute accidentali nei pazienti anziani ricoverati.

RISULTATI Numero, tassi di incidenza e gravità delle cadute. La rilevazione dell'incidenza delle cadute continuerà ad essere effettuata mediante gli attuali sistemi di segnalazione e/o incident reporting utilizzati dalle Unità Operative. Oltre alla rilevazione continua del numero delle cadute, verranno calcolati, il livello di autonomia dei pazienti all'ingresso e alla dimissione, valutato mediante scala di Barthel e gli esiti e le procedure diagnostiche-terapeutiche ad esse conseguenti. Verranno registrati i costi determinati dalla implementazione degli interventi (costi per la formazione, per il materiale, per il tempo dedicato) e che scaturiscono dalle cadute (spese di ricovero, visite specialistiche, interventi sanitari, test diagnostici). I dati raccolti da tutti i centri verranno raggruppati e riassunti rispetto alle UU.OO. per le variabili demografiche, le caratteristiche basali e le valutazioni dei risultati e della sicurezza. Le analisi esplorative saranno effettuate utilizzando statistiche descrittive. I dati saranno presentati per la popolazione intention-to-treat (ossia tutti i pazienti che hanno effettuato almeno una sessione del trattamento in studio). Il dipartimento Sanità Pubblica e Medicina di Comunità dell'Università di Verona si occuperà delle analisi statistiche specifiche per il disegno di studio utilizzato e delle valutazioni economiche.

LIMITI Alcuni limiti riscontrati: - difficile coinvolgimento multiprofessionale in termini di collaborazione con focus sul paziente; - mancanza di cultura professionale alla ricerca; - mancata informazione del paziente/caregiver sul tema oggetto di studio; - carenza di personale che non riesce a sopperire alla mole di lavoro nelle U.O. interessate.

CONCLUSIONI Progetto in corso: iniziato il 28 aprile dell'anno 2015; attualmente si possiedono i risultati relativi al primo step (primi 5 mesi di studio).

Indirizzo per la corrispondenza

Fiorani Ambra, Infermiere
A.O.U. di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi - Centro Studi Evidence Based Nursing
Via Albertoni, 15 - 40138 - Bologna
Email: ambradio8@gmail.com

82. Gestione in rete delle Sindromi Coronariche Acute Non ST Elevation. Applicazione di un protocollo di esecuzione in service dell'esame coronarografico nella provincia di Reggio Emilia

Navazio Alessandro¹, Manari Antonio², Guiducci Vincenzo², Catellani Elisabetta¹, Reverzani Azio¹, Pantaleoni Massimo², Mazzi Giorgio², Marchesi Cristina¹, Nicolini Fausto¹, Messori Antonella²

¹Azienda USL di Reggio Emilia, ²Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia Azienda USL di Reggio Emilia

BACKGROUND Le linee guida per il trattamento delle SCA NSTEMI prevedono l'esecuzione della coronarografia (CNG) precocemente a seconda del grado di rischio e comunque entro le 72 ore. All'interno della rete cardiologica di Reggio Emilia è stato adottato un protocollo per l'esecuzione della CNG in service nei pazienti con SCA NSTEMI. Questo andava a modificare il precedente assetto organizzativo secondo il quale tutti i pazienti afferenti ai centri Spoke erano trasferiti su posto letto con ricovero di almeno una notte al centro Hub per eseguire CNG; questo non solo determinava una riduzione di disponibilità di posti letto al centro Hub, ma da un lato non permetteva l'esecuzione dell'esame entro le tempistiche dettate dalle linee guida e dall'altro prolungava i tempi di degenza. La rete cardiologica della provincia di Reggio Emilia è costituita da un centro Hub, sede del Laboratorio di emodinamica, e 5 ospedali spoke in due dei quali è presente una U.O.C di cardiologia con UTIC e nei rimanenti tre, letti monitorizzati nell'ambito di aree ad alta intensità assistenziale in U.O. di Medicina

OBIETTIVI Garantire l'accesso alla CNG ed eventuale PTCA entro le 72 ore ai pazienti ricoverati nei centri Spoke della rete. Ridurre l'occupazione di posti letto al centro Hub in modo da poter essere maggiormente recettivi per i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso del centro Hub. Mantenere la metodologia del trasferimento su posto letto solo per i pazienti complicati e/o con quadri di emergenza. Ridurre il tempo di degenza per i pazienti con SCA NSTEMI. Valutazione di sicurezza del percorso.

METODI Il protocollo per i pazienti ricoverati in centri spoke per SCA NSTEMI prevede: 1) conferma diagnostica; 2) valutazione dell'indicazione alla CNG; 3) valutazione della possibilità di eseguire la procedura "in service" piuttosto che per dopo trasferimento su posto letto; 4) invio della richiesta dati paziente a mezzo fax al centro Hub; 5) comunicazione della data dell'esame; 6) trasporto al centro Hub; 7) esecuzione dell'esame e di eventuale PTCA ad hoc; 8) osservazione di poche ore; 9) rientro al centro Spoke o se procedura complicata trattenimento del paziente all'Hub. A distanza di 12 e 24 mesi di applicazione del protocollo sono stati eseguiti audit per la valutazione della fattibilità del progetto (trasporti), percentuale di PTCA ad hoc, complicanze e tempistica dell'esecuzione dell'esame coronarografico (tempo 1: ricovero-invio richiesta al centro Hub, tempo 2: richiesta-coronarografia, tempo 3: ricovero-coronarografia). Sono stati esclusi dall'analisi i pazienti con SCA NSTEMI che accedevano alla CNG in emergenza.

RISULTATI Vengono riportati i dati relativi al II anno di applicazione (2014) confrontati con i dati del I anno (2013). Nel 2014 presso l'emodinamica di Reggio Emilia sono state effettuate 524 CNG per SCA NSTEMI. 313 pz sono stati ricoverati all'Hub mentre 211 sono stati ricoverati in uno dei 5 Spoke ed inviati al laboratorio di emodinamica per effettuare CNG. Dei pz provenienti dai centri Spoke 171 sono stati inviati con modalità online, 21 con trasferimento su posto letto; dei 171 pz inviati con modalità online, 19 (11%) sono stati trattenuti dopo la procedura di emodinamica; tutti sono rientrati il giorno successivo. Il Grace Score dei trasferiti era in media 158 e quello degli online 132. Sono stati analizzati i tempi di accesso (mediana) alla procedura: i pazienti con ricovero diretto all'Hub attendevano 19 ore per la CNG, mentre chi accedeva allo spoke attendeva 48,1 ore (tempo ingresso richiesta 12,5 ore; tempo richiesta esecuzione CNG 26 ore). Sia i pz trasferiti che quelli online eseguivano la CNG in meno di 72 ore dall'ingresso al centro Spoke (46 ore gli online e 69 ore i trasferiti). Rispetto al primo anno (2014 vs 2013) di attività si segnala: incremento dei pz avviati con procedura on line (90 vs 65,5%); netta riduzione dei trasferimenti su posto letto (10 vs 34,5%); lieve incremento percentuale degli shift online-trasferiti (11 vs 8,2%, 19 vs 11 i numeri assoluti); riduzione dei tempi di esecuzione della CNG (48,1 vs 61 ore, mediana) dei pazienti provenienti dagli Spoke e conferma della tempistica di esecuzione della CNG per i pazienti che accedevano direttamente all'Hub (19 vs 19 ore) riduzione della degenza media (4,1 vs 6,3 gg). Durante i trasporti in ambulanza, eseguiti con operatore DAE non sanitario, non si sono verificate complicanze.

LIMITI Non è stata eseguita una valutazione dei dati prima dell'applicazione della procedura, ma dai dati amministrativi si poteva evincere che in oltre l'80% dei casi la coronarografia veniva eseguita oltre le 72 ore come documentato dai flussi SDO di trasferimento verso l'Hub.

CONCLUSIONI Nella nostra rete cardiologica è risultato possibile e sicuro effettuare CNG per SCA in pazienti provenienti dai centri Spoke sia con trasferimento su posto letto che con modalità online. Tale modalità ha permesso di eseguire la CNG nei tempi previsti dalle LG con riduzione della degenza media e dell'occupazione di posti letto nel centro Hub.

Indirizzo per la corrispondenza

Navazio Alessandro, Medico Chirurgo
Ospedale Civile di Guastalla - U.O. Cardiologia U.T.I.C.
Via Donatori di Sangue, 1 - 42016 - Guastalla
Email: a.navazio@iol.it

83. Rivalutazione dei sistemi di diagnostica radiologica disponibili in ASL TO3: l'approccio dell'Health Technology Assessment

Olivero Andrea¹, Gualano Maria Rosaria², Passi Stefano², Siliquini Roberta², Minniti Davide¹, Boraso Flavio¹

¹ASL TO3, ²Università degli Studi di Torino

BACKGROUND Sempre più, negli ultimi anni, la diagnostica per immagini è al centro della pratica clinica. Sebbene il rapido sviluppo tecnologico favorisca l'incremento di nuove metodiche e numerosi cambiamenti anche in questo campo, lo stesso progresso determina un'accelerata dell'obsolescenza tecnica e funzionale delle apparecchiature di imaging medico, creando quindi un bisogno di rinnovamento. La valutazione dei sistemi di diagnostica radiologica disponibili in ASL TO3 si è resa necessaria in seguito alla delibera del nuovo Atto Aziendale che prevede altresì l'integrazione e la razionalizzazione delle radiodiagnostiche aziendali, e quindi anche delle loro risorse strumentali. Si è deciso di utilizzare l'approccio dell'Health Technology Assessment (HTA) tramite la sperimentazione e l'applicazione di un modello di HTA.

OBIETTIVI L'obiettivo del progetto è la realizzazione di una scheda di HTA con la quale valutare tutte le apparecchiature di diagnostica per immagini in dotazione alle radiologie dell'ASL TO3, classificate come sorgenti di bioimmagini, con lo scopo di stabilire quelle destinate a essere aggiornate, sostituite, dismesse o trasferite in altra sede.

METODI Sulla base della letteratura disponibile è stata elaborata una scheda di valutazione HTA. Dunque è stato predisposto un inventario e creato un database di tutti i sistemi di diagnostica radiologica in dotazione alle radiologie dell'ASL TO3. Per ogni singola apparecchiatura si è applicata la scheda HTA progettata, che consiste nella valutazione delle seguenti voci: età, età limite utilizzo, tempo di fermo macchina, frequenza di utilizzo, titolo di possesso, spese di manutenzione, tipologia dispositivo, efficacia tecnica. Inoltre, tramite l'ausilio di opportuni questionari saranno esaminati i punti di vista e il grado di soddisfazione di pazienti e operatori riguardo le apparecchiature impiegate.

RISULTATI Un totale di 98 apparecchiature radiologiche sono state rilevate e sono in corso di valutazione. Per ognuna di queste è stata eseguita l'analisi delle discriminanti sopra riportate, con alcune informazioni aggiuntive date dall'inventario compilato in precedenza (sede, ubicazione, produttore, modello, data collaudo). Lo studio effettuato da un lato fornirà una panoramica quanto più completa possibile della situazione generale attuale, dall'altro per ogni singolo sistema di diagnostica radiologica presenterà informazioni specifiche e dettagliate che, potenzialmente, fanno di questo modello di HTA uno strumento adatto per raggiungere gli obiettivi prefissati.

LIMITI L'implementazione di questo nuovo modello di HTA, unitamente alla riorganizzazione dei servizi di radiodiagnostica aziendali, è per ora solo alle fasi iniziali poiché troverà piena realizzazione nell'attuazione del nuovo Atto Aziendale nel corso dell'attuale biennio.

CONCLUSIONI La valutazione delle tecnologie sanitarie è quindi uno degli strumenti di governance integrata che le strutture sanitarie, ai diversi livelli, possono utilizzare per gestire l'assistenza nelle sue diverse sfaccettature. In base ai risultati ottenuti dopo l'applicazione della scheda HTA, il processo di decision making riguardo il futuro delle apparecchiature radiologiche dell'ASL TO3 sarà guidato dalle evidenze scientifiche raccolte.

Indirizzo per la corrispondenza

Olivero Andrea, Tecnico sanitario di radiologia medica
Ospedale di Rivoli
Via Rivalta, 29 - 10098 - Rivoli
Email: andreaolivero@alice.it

84. L'infermiere nell'unità di degenza infermieristica presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia: un ruolo di cambiamento

Orlandi Walter, Pioppo Manuela, Carnio Gabriella, Ruffini Fabrizio, Bernardini Ilaria, Castraberte Catia, Torroni Daniele

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND Facendo riferimento ai principi contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2009/2011 che identificano nuove forme assistenziali in integrazione a quelle offerte tradizionalmente dagli ospedali per acuti, l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha proposto un modello organizzativo innovativo al fine di dare risposte adeguate ai bisogni di salute delle persone affette da patologie croniche o degenerative. L'unità di degenza infermieristica (U.D.I.) nasce per la gestione di pazienti in fase post acuta provenienti da Unità di degenza per acuti.

OBIETTIVI • Garantire il mantenimento di un adeguato standard qualitativo dell'assistenza agli utenti favorendo il recupero dell'autonomia • Ottimizzare la degenza media e l'appropriatezza dei ricoveri riducendo il fenomeno dei "letti aggiunti" • Favorire l'integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali nonché lo sviluppo della condivisione di percorsi assistenziali

METODI STRUTTURA ORGANIZZATIVA L'U.D.I. afferisce funzionalmente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie. La struttura è dotata di 12 posti letto cui i pazienti afferiscono con un alto indice di rotazione. L'equipe assistenziale è formata da n.6 infermieri, n.6 operatori socio sanitari e n.1 coordinatore infermieristico. L'assistenza è erogata sulle 24 ore con un'unità infermieristica e un operatore socio sanitario. Il Coordinatore infermieristico e il titolare di Posizione Organizzativa si occupano: • Valutazione dei criteri di ammissibilità presso l'U.D.I. dopo la richiesta effettuata dal medico del reparto proponente previa valutazione congiunta con lo stesso al letto del paziente. • Gestione del percorso assistenziale • Corretto utilizzo della risorsa posto letto • Collaborazione per l'implementazione dei percorsi ospedale – territorio finalizzati alla presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali.

RISULTATI • È stata garantita una adeguata qualità dell'assistenza alla persona, favorendo il recupero dell'autonomia del paziente attraverso l'attuazione di un Piano di Assistenza Individuale pianificato dall'equipe infermieristica e ove necessario integrato con altre figure professionali sanitarie come ad esempio Terapisti della Riabilitazione, Dietisti nonché Medici specialisti. Dal 04/05/2015 al 08/12/2015 sono stati presi in carico in regime di assistenza dopo la dimissione dal reparto per acuti n. 303 pazienti; A tutti i pazienti accolti presso l'UDI, al momento dell'uscita dalla stessa, viene consegnata la copia della lettera di dimissione della struttura per acuti unitamente alla relazione infermieristica con descrizione dei bisogni assistenziali e delle problematiche residuali, secondo quanto previsto dal sistema di classificazione NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), comprendente gli elenchi degli interventi infermieristici (Nursing Intervention Classification – N.I.C.) e degli esiti (Nursing Outcomes Classification – N.O.C.) • Sono stati implementati i rapporti funzionali di integrazione con le strutture territoriali, in particolare con il nucleo di valutazione multidisciplinare per le dimissioni protette/difficili. • Miglioramento dell'utilizzo posti letto di area medica come si evince dai dati aziendali, con ottimizzazione degli indicatori di performance delle strutture afferenti alla suddetta area. • Azzeramento del fenomeno dei "letti aggiunti" • La degenza media dei pazienti accolti presso l'UDI è di 6,82 giorni; degenza media trimmata 4.80; In entrambi i casi l'obiettivo previsto dall'atto deliberativo che indica in 7 giorni la degenza media, è pienamente rispettato. • All'interno dell'UDI è stata applicata l'informatizzazione della documentazione assistenziale su piattaforma Galileo, nonché la futura applicazione del progetto di Telemedicina per il controllo dei parametri vitali a distanza. • Sono stati compilati n. 85 questionari sulla qualità percepita che hanno messo in evidenza una buona soddisfazione soprattutto sui seguenti item: assistenza infermieristica ricevuta, informazioni, gentilezza e cortesia del personale, aspetti logistici e confort.

LIMITI Dato il breve periodo di attivazione devono ancora essere meglio strutturati i percorsi assistenziali con il territorio.

CONCLUSIONI L'U.D.I. rappresenta un modello innovativo, che valorizza il ruolo dell'infermiere e delle professioni sanitarie nel loro complesso, nel processo di assistenza alla persona, a nostro giudizio e vista la tendenza nazionale va incrementato sia all'interno delle aziende ospedaliere sia a livello degli ospedali di comunità.

Indirizzo per la corrispondenza

Bernardini Ilaria, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera di Perugia - Direzione Sanitaria
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia
Email: i.bernardini123@gmail.com

85. La famiglia al centro della cura. Un modello di supporto psico-sociale, globale e sostenibile, rivolto ai caregiver che assistono al domicilio un paziente bisognoso di cure palliative

Pannuti Raffaella, Varani Silvia

Fondazione ANT Italia Onlus

BACKGROUND Un recente studio pubblicato da The Economist pone all'attenzione dei nostri amministratori quanto ancora l'Italia sia lontana da un adeguato recepimento della Legge 38. L'Italia si trova infatti al 21esimo posto su 80 Paesi presi in esame rispetto alla qualità del fine vita e della morte, in una classifica che vede primeggiare la Gran Bretagna seguita dai maggiori Stati europei. Tali nazioni condividono alcuni indicatori tra i quali emerge l'erogazione di forme di sostegno e di aiuti finanziari che permettano alle famiglie ed ai pazienti di farsi carico della complessa gestione delle malattie cronico-degenerative in fase avanzata. È invece noto come in Italia le famiglie siano quotidianamente costrette a fare da scudo rispetto alle problematiche psicologiche e socio-assistenziali del fine vita, che lo Stato e il SSN non sono in grado di fronteggiare. Questo gap tra bisogni potenziali e disponibilità di servizi, incide negativamente sia sulla qualità di vita dei malati e dei caregiver sia sulla sostenibilità ed appropriatezza delle cure.

OBIETTIVI Il presente contributo si pone l'obiettivo di osservare come un progetto di cure palliative domiciliari integrato, multidisciplinare e multidimensionale, possa incidere positivamente sulla qualità e sull'appropriatezza del fine vita dei pazienti e delle famiglie. Particolare attenzione viene posta agli aspetti psico-socioassistenziali della presa in carico, che si affiancano alla gestione medico-infermieristica e offrono alla famiglia un aiuto concreto e continuativo.

METODI ANT integra le cure palliative di base e specialistiche di tipo sanitario, ad un programma di assistenza psico-sociale rivolto ai pazienti e alle famiglie. L'Unità di Psico-Oncologia dell'ANT è formata da 30 psicologi che nel 2014 hanno seguito 1.210 pazienti, 880 familiari durante il periodo di malattia e 569 familiari nella fase di elaborazione del lutto. I caregiver sono sostenuti dall'ANT anche dal punto di vista pratico, attraverso un programma di assistenza di base che nel 2014 ha erogato 7.613 interventi di cura alla persona. Inoltre sono attivi 181 volontari socio-assistenziali che aiutano le famiglie con attività domiciliari di compagnia (50%), disbrigo di pratiche burocratiche (33%), accompagnamento a visite e terapie (17%). È poi in essere un programma che ha permesso di assegnare, nel 2014, 545 pacchi contenenti generi alimentari a 178 famiglie di assistiti. In alcune sedi ANT è attiva una serie di servizi collaterali. A Bologna ad esempio, nell'anno 2014: 365 famiglie sono state aiutate nella compilazione e inoltro di pratiche burocratiche; 2.234 presidi sanitari consegnati e 2.144 ritirati a domicilio; 3.533 consegne domiciliari di farmaci; programma "letto pulito" con consegna di 5.180 lenzuola, 515 coperte, 6.990 asciugamani 3.775 federe, ecc; 1.610 trasporti gratuiti del malato dal domicilio agli ospedali e viceversa. Da 3 anni l'ANT organizza infine corsi di formazione rivolti ai caregiver. Il corso è composto di 7 moduli a cadenza settimanale di 2 ore ciascuno condotti da professionisti sanitari ANT, durante i quali vengono affrontati argomenti relativi alla gestione pratica e psico-educativa del paziente.

RISULTATI L'outcome più diretto rispetto al supporto psico-sociale che viene fornito al caregiver, è dato dalla valutazione della qualità assistenziale che le famiglie esprimono attraverso un questionario che viene inviato a casa a circa un mese dall'exitus del paziente. Dalle 1.343 schede restituite ed esaminate nel 2014, è emerso come sono risultati soddisfatti/molto soddisfatti: l'83,3% dei familiari del supporto psicologico ricevuto, l'85% rispetto ai servizi alla famiglia e il 92,3% rispetto all'assistenza globale. Altri indicatori importanti, anche se più indiretti sono: l'80% degli assistiti ANT ha potuto, nel 2014, restare al proprio domicilio sino al momento del decesso, contro una media nazionale pari al 57,9%; 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; in agosto 2014 l'ANT ha ricevuto il contributo del 5 per 1000 relativo all'anno 2012 di importo pari ad Euro 2.524.878, posizionandosi al 10° posto nella classifica nazionale. Tale risultato, oltre a costituire un contributo fondamentale per le attività assistenziali e di prevenzione, può essere considerato un riscontro indiretto della riconoscenza e della fiducia che i cittadini esprimono verso ANT.

LIMITI Mancano dati relativi ad indicatori diretti dell'impatto che i servizi psico-sociali della Fondazione hanno sulla qualità di vita e sul benessere psico-fisico dei caregiver.

CONCLUSIONI Il progetto assistenziale ANT prevede un supporto psico-sociale individualizzato rivolto al caregiver che risulta in grado di sostenere le famiglie in modo efficace. Se si considera che però il nostro SSN non è in grado da solo di fronteggiare le esigenze di cure palliative della popolazione (i 113.866 pazienti che nel 2014 sono deceduti per tumore senza essere intercettati dalle reti di CP mostrano bene questa criticità), appare necessario pensare ad un modello di welfare che veda maggiormente valorizzate le risorse legate al volontariato presenti sul territorio. In questo senso, il non profit deve essere inserito in modo formalizzato nelle reti locali di cure palliative, in base a processi di accreditamento e di certificazione definiti a livello nazionale e che seguano percorsi paralleli ai bandi di gara, così da evitare la preclusione delle risorse che provengono dal terzo settore, che costituiscono invece una linfa vitale necessaria affinché le cure palliative possano essere non solo un "diritto di legge", ma soprattutto un "diritto di fatto" per tutti i pazienti che ne hanno bisogno.

Indirizzo per la corrispondenza

Varani Silvia, Psicologo
Fondazione ANT
Via Jacopo di Paolo, 36 - 40128 - Bologna
Email: silvia.varani@ant.it

86. Sviluppo e sperimentazione di una metodologia uniforme a livello aziendale per il “Morbidity & Mortality”

Pauletto Paolo, Cadorin Laura, Buffon Maria Luisa, Buso Roberta, Scaldaferrì Luca, Valenti Pietro, Boccato Silvia, Battaglia Miriam, Oppes Lucia, Silotto Michela

Azienda ULSS 9 Treviso

BACKGROUND Le conferenze di “Morbidity & Mortality” (M&M) sono considerate potenti opportunità di apprendimento e di miglioramento della pratica clinica. A questo scopo in Azienda ULSS 9 di Treviso è stato realizzato un progetto sperimentale per l'applicazione di tale metodologia. Inoltre, i nuovi requisiti di accreditamento dell'Accordo Stato – Regioni n. 259/2012 prevedono che le organizzazioni sanitarie utilizzino strumenti per la valutazione della qualità dei servizi, tra cui il “M&M”.

OBIETTIVI Obiettivo del progetto è definire una metodologia uniforme a livello aziendale per l'applicazione del “Morbidity & Mortality” e sperimentarla in un'area medica di un ospedale dell'ULSS 9 di Treviso.

METODI È stato costituito un gruppo di progetto composto da medici e infermieri di un dipartimento medico e personale del Servizio Qualità. Sono state definite le fasi metodologiche per l'applicazione del “M&M” e le relative responsabilità: 1. Selezione del caso clinico da analizzare. Il gruppo di progetto ha condiviso alcuni criteri per la selezione del caso clinico, tratti dalla letteratura (Wolff, 2001): - trasferimento da un reparto di cure generali ad uno di cure intensive - riammissione non pianificata entro 21 giorni dalla dimissione - lunghezza della degenza superiore a 21 giorni - ricovero per complicanze o cattivi risultati di trattamento ambulatoriale - arresto cardiaco o respiratorio in paziente non classificato come terminale - deficit neurologici insorti durante il ricovero - infezione ospedaliera - morte I casi individuati sono analizzati dal gruppo di lavoro per selezionare il caso da presentare al gruppo di lavoro allargato e condividere il potenziale problema/evento accaduto. 2. Presentazione del caso selezionato. È stata definita la sequenza da seguire per presentare il caso clinico, a tappe successive (Jenisek, 2001): - storia, sviluppo e stato iniziale della malattia, - diagnosi differenziale e decisioni diagnostiche, - situazione del caso dopo la diagnosi, - intervento terapeutico, - situazione clinica dopo il trattamento, - problema/evento che si è verificato. La presentazione avviene in modo collegiale, coinvolgendo tutto il personale del dipartimento, e non dura più di 30 minuti. 3. Analisi delle cause che hanno generato l'Evento. Per l'analisi delle cause si utilizza il diagramma a lisca di pesce o di “Ishikawa”. Le cause possono essere di natura clinica (valutazione clinica, ragionamento diagnostico, scelte terapeutiche, conoscenze mediche) o di natura organizzativa (ambiente, processi, comunicazione, personale, persone/pazienti, materiali/apparecchiature) 4. Scelta delle cause prioritarie sulle quali intervenire. La scelta avviene utilizzando una matrice di priorità basata su due criteri: grado di correlazione della causa con l'evento e possibilità di rimozione della causa. La matrice è compilata individualmente dal gruppo ristretto. 5. Individuazione azioni di miglioramento. Avviene in riunione collegiale, raccogliendo i suggerimenti di miglioramento da parte dei partecipanti.

RISULTATI È stato analizzato un caso di sepsi presentando in dettaglio il percorso del paziente dalla chiamata del SUEM all'arrivo in Pronto Soccorso, al ricovero in un'area medica. Sono stati analizzati gli aspetti clinici quali anamnesi, esame obiettivo, esami biochimici e strumentali eseguiti nelle varie fasi della degenza e le strategie terapeutiche adottate. A seguito di tale analisi, il gruppo di lavoro ha identificato l'evento come ritardo diagnostico dello stato settico del paziente che ha causato un ritardo di gestione terapeutica e la necessità di trasferimento da un reparto di cure generali ad uno di cure intensive. È emerso che la gravità del paziente non è stata tempestivamente intercettata per la mancanza di una definizione condivisa della sepsi grave. Per tale ragione la tematica della sepsi è stata approfondita e successivamente il gruppo ristretto ha proposto a tutto il Dipartimento di utilizzare una definizione univoca sulla base delle linee guida, di adottare delle scale per stratificare il rischio e di avere un approccio terapeutico condiviso.

LIMITI La metodologia è stata sperimentata su un campione ridotto di casi e quindi è necessario consolidare la metodologia e i risultati fino ad oggi ottenuti.

CONCLUSIONI La Metodologia “M&M” consente di incrementare nei professionisti la consapevolezza dei rischi dell'attività professionale e migliorare i percorsi di cura dei pazienti, attraverso interventi sulle cause prioritarie dell'evento. Il progetto proseguirà nel 2016 nell'ambito di un percorso di formazione sul campo.

Indirizzo per la corrispondenza

Buffon Maria Luisa, Infermiere
Azienda ULSS 9 Treviso
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 - 31100 - Treviso
Email: luisaclaral@libero.it

87. Indicatori di processo e di esito nello screening ortottico prescolare della provincia di Trento

Piffer Silvano, Bombarda Lucia, Trettel Cristina, Moretti Anna Maria

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Trento

BACKGROUND Lo screening ortottico prescolare è una pratica con evidenza di efficacia per la diagnosi precoce dell'ambliopia. Una precoce identificazione di questa condizione, entro i 5-6 anni, condiziona l'efficacia del trattamento ed il ripristino della piena funzionalità visiva. In provincia di Trento è operativo da tempo un programma di screening ortottico prescolare, a 4 anni, effettuato presso le scuole materne su tutto il territorio provinciale e gestito dai servizi ortottici territoriali. Dal 2010 si avvale di un unico sistema centralizzato di registrazione dati.

OBIETTIVI Riportare i dati di processo-esito e di esito vero e proprio del programma di screening ortottico prescolare della provincia di Trento per le coorti di nascita 2006-2007-2008.

METODI Sulla base del gestionale dello screening si è analizzato, per le tre coorti di nascita, la copertura dello screening, la corrispondenza tra invio da parte delle ortottiste al 2° livello e la risposta dello specialista oculista, la prevalenza dell'ambliopia. I casi positivi per ambliopia all'età di 4 anni sono stati rivalutati all'età di 6 anni per verificare la proporzione di casi con recupero del visus.

RISULTATI Il numero medio dei bambini valutati a 4 anni per le singole coorti di nascita, presso le scuole materne provinciali è di 4880/anno, con una copertura media del 95%. Il numero dei soggetti già in cura (per tutte le patologie) è inferiore al 5%. Il 9% dei bambini valutati dai servizi ortottici territoriali risulta positivo al test di screening ed inviato al secondo livello oculistico per l'accertamento diagnostico finale. Sulla base dei ritorni informativi da parte degli specialisti sono confermati come positivi 7 casi su 10 segnalati dai Servizi ortottici. La prevalenza media di una condizione di ambliopia è pari di 1,4% dei bambini valutati dai servizi ortottici (circa 60 casi/anno). Per circa il 90% dei casi di ambliopia identificati nelle tre coorti di nascita si è potuto verificare l'effettuazione di una visita ortottica/oculistica all'età di 6 anni. Un recupero del visus risulta documentato nel 100% dei casi ed in particolare un pieno recupero del visus (OD/OS= 9-10/10) è documentato nell'85% dei casi.

LIMITI Il sistema di gestione dello screening non consente ad oggi di recuperare il 100% dei referti oculistici nei confronti dei bambini inviati come positivi da parte dei servizi ortottici ed il 100% delle valutazioni ortottiche/oculistiche effettuate all'età di 6 anni per confermare l'esito del trattamento effettuato sui casi. I casi che sfuggono sono essenzialmente quelli che afferiscono ai servizi privati.

CONCLUSIONI Il programma di screening provinciale ortottico prescolare è una procedura che opera da tempo e che mantiene nel tempo ottimali indicatori di copertura e di gestione dei soggetti identificati come positivi. I dati di prevalenza della ambliopia sono in linea con la letteratura. Pur con i limiti informativi presentati, per oltre il 90% dei positivi ambliopi risulta confermato un trattamento dopo la diagnosi, con un esito finale all'età di 6 anni che documenta un pieno recupero del visus in quasi 9 casi su 10.

Indirizzo per la corrispondenza

Piffer Silvano, Medico Chirurgo
ONS - Osservatorio Nazionale Screening - ONS - Provincia autonoma Trento
Via delle Oblate, 2 – Ponte Nuovo, Palazzina 28/a - 50141 - Firenze
Email: silvano.piffer@apss.tn.it

88. La gestione dei pazienti con glaucoma in provincia di Trento. Analisi sulla base dei dati correnti.

Piffer Silvano, Polverino Andrea, Roni Riccardo, Romanelli Federica

Azienda provinciale per i Servizi Sanitari

BACKGROUND Il glaucoma è una condizione cronica, in genere associata ad un rialzo della pressione intraoculare, che causa, spesso in modo silente, un danno progressivo a carico del nervo ottico. Il danno porta ad un iniziale deficit del campo visivo che, in caso di misconoscimento o non ottimale gestione può risultare a distanza in cecità. In Italia si stima che le persone affette da glaucoma siano circa un milione di cui circa la metà non ne sarebbe a conoscenza. La malattia se diagnosticata in tempo utile può essere curata e controllata nel tempo. Fondamentale è garantire un follow up adeguato, specie nei primi due anni dopo la diagnosi.

OBIETTIVI Quantificare le persone affette da glaucoma in provincia di Trento utilizzando fonti informative multiple, verificare in un sottocampione di casi l'aderenza al follow-up clinico nei primi due anni dopo la diagnosi iniziale, analizzandone le variabili associate ad una minore aderenza.

METODI La numerosità dei pazienti prevalenti è stata stimata confrontando fonti informative multiple: esenti ticket, accessi in Pronto Soccorso, ricoveri ospedalieri e prescrizioni farmaceutiche territoriali per farmaci traccianti. I dati relativi ai nuovi esenti ticket per glaucoma nell'anno 2013 sono stati linkati con l'archivio delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per valutare la proporzione di casi con almeno 3 visite oculistiche ed almeno 3 esami del campo visivo/anno nei primi due anni successivi alla diagnosi. L'adeguatezza dell'accesso ai controlli specialistici è stato valutato in relazione a genere, classe di età, cittadinanza, distretto sanitario di residenza (centrale e/urbano vs. periferico). Le differenze sono state testate, a seconda del caso, con il test del chi quadrato o del T di Student.

RISULTATI I casi prevalenti al 31.12.2014 sono stati stimati in 7028 (53,8% femmine) pari a 13/1000 residenti; Il contributo dei dati sulle prescrizioni farmaceutiche è risultato fondamentale ai fini della stima corretta della prevalenza. La prevalenza aumenta linearmente con l'età; oltre il 70% dei casi ha 65+ anni. L'83% dei casi è trattato con le seguenti classi terapeutiche: analoghi delle prostaglandine, Timololo-associazioni e beta bloccanti. La prevalenza di utilizzo dei farmaci segue la prevalenza della patologia per età. L'accesso ai controlli ambulatoriali, per esame della vista ed esame del campo visivo non presenta differenze in relazione al genere ed alla cittadinanza, appare minore, in modo statisticamente significativo nei giovani sotto i 34 anni e negli anziani sopra gli 80 anni ($p < 0,05$).

LIMITI Il sistema informativo ospedaliero che consente di valutare anche l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali può non essere utilizzato in modo ottimale presso tutte le prestazioni di cura. Questo potrebbe avere una possibile influenza sull'accuratezza della stima dell'accesso alle visite per il follow up.

CONCLUSIONI I dati di prevalenza della malattia sono in linea con la letteratura ed i dati italiani disponibili. La copertura dei trattamenti appare coerente con la distribuzione della prevalenza. È necessario migliorare l'accesso ai controlli ambulatoriali nei giovani e nei più anziani e verificare l'adeguatezza della distribuzione territoriale dei punti specialistici ambulatoriali.

Indirizzo per la corrispondenza

Piffer Silvano, Medico Chirurgo
ONS - Osservatorio Nazionale Screening - ONS - Provincia autonoma Trento
Via delle Oblate, 2 – Ponte Nuovo, Palazzina 28/a - 50141 - Firenze
Email: silvano.piffer@apss.tn.it

89. Infezioni correlate all'assistenza, strumenti di prevenzione e valutazione presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia: audit clinico per l'antibiotico profilassi e studio annuale di prevalenza delle ICA

Pioppo Manuela, De Lucia Marco, Bologna Donatella, Bernardini Ilaria, Stabile Marco, Casciarri Giovanna, Carnio Gabriella, Orlandi Walter

Azienda Ospedaliera Perugia

BACKGROUND Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono un problema rilevante la cui persistenza è anche legata all'aumento della complessità delle cure e della criticità dei pazienti, tuttavia possono essere prevenute in una percentuale rilevante dei casi dall'applicazione di misure di controllo e strategie efficaci. I costi ad esse imputabili, sia di natura assistenziale che legati al contenzioso, sono tali da rendere gli interventi di controllo delle infezioni una priorità etica e gestionale per ogni sistema sanitario.

OBIETTIVI Verificare l'utilizzo di strumenti come l'audit clinico per la profilassi antibiotica e lo studio di prevalenza ECDC come "buone pratiche" da adottare per la prevenzione e monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

METODI L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha eseguito un percorso di validazione interna delle Linee Guida (LG) del PNLG sull'Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto verificando quale impatto avessero avuto nelle SS.CC. Chirurgiche. Dal 2012 nell'AO di Perugia viene condotta inoltre l'indagine di prevalenza delle ICA da parte di 30 rilevatori, debitamente formati, utilizzando la scheda proposta dall'ECDC che valuta anche l'utilizzo della terapia antibiotica

RISULTATI Come primo risultato dell'audit si è avuta la definizione di percorsi comuni con la elaborazione dell'Istruzione Operativa sulla antibiotico profilassi. Tra la prima e la quinta rilevazione ci sono stati miglioramenti in tutti gli aspetti legati alla somministrazione. L'adesione alle LG è aumentata attestandosi al 67% nell'ultima rilevazione. Il picco si è registrato nel 2013 con il 73%. Per quello che concerne l'indagine di prevalenza si è assistito ad una riduzione sia dei pazienti con ICA che delle Infezioni contratte in ospedale, con un aumento di quelle riferibili ad altre strutture. Interessante la riduzione della prevalenza di infezioni del tratto urinario correlabile agli interventi adottati in azienda come l'implementazione e monitoraggio del cateterismo a circuito chiuso. La prevalenza del trattamento antibiotico ha messo in luce una diminuzione dei pazienti in trattamento antibiotico (da 57,6% del 2012 a 50,1% del 2014) ed un aumento del numero di molecole per paziente.

LIMITI L'applicazione delle Linee guida sull'antibiotico profilassi necessita di una verifica sistematica e di un confronto continuo con i clinici. L'Azienda Ospedaliera di Perugia prenderà parte ad un progetto pilota regionale sulla gestione degli antibiotici in profilassi chirurgica che vedrà la partecipazione diretta dei professionisti.

CONCLUSIONI Occorrono ulteriori audit clinici mirati per intraprendere azioni correttive e puntare all'obiettivo di adesione aziendale alle LG dell'85%, riconoscendo l'audit clinico come uno strumento efficace per aumentare il livello di adesione alle LG da parte dei professionisti. La restituzione dei risultati dello studio di prevalenza ha permesso di individuare le criticità presenti individuando i percorsi più idonei per migliorare alcune procedure ed l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici. Saranno necessari interventi ripetuti e costanti per giungere a risultati ottimali sottolineando anche l'opportunità di protocolli condivisi tra ospedale e territorio per arginare il fenomeno delle ICA.

Indirizzo per la corrispondenza

Bernardini Ilaria, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera di Perugia - Direzione Sanitaria
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia
Email: i.bernardini123@gmail.com

90. Il metodo della Consensus Conference per migliorare l'appropriatezza della profilassi con Palivizumab per la malattia da Virus Respiratorio Sinciziale

Puggelli Francesco, Paolini Diana, Biermann Klaus, De Masi Salvatore, Sala Nino, Leo Maria Carmela, Pugi Alessandra, Pignotti Maria Serenella, Bellini Francesca

Azienda Ospedaliero Universitaria A. Meyer

BACKGROUND Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) è un virus ad RNA responsabile di infezioni stagionali con morbilità e mortalità significativa tra i bambini di età inferiore ai 24 mesi [1]. Per la profilassi passiva dell'infezione è disponibile il Palivizumab, anticorpo monoclonale umanizzato che impedisce la formazione dei sincizi tipici della malattia. Il farmaco ha mostrato una discreta efficacia nella riduzione del numero di ospedalizzazioni VRS correlate, se somministrato a soggetti a rischio. Documenti nazionali e internazionali forniscono differenti raccomandazioni al suo impiego, con conseguente eterogeneità dei comportamenti clinici.

OBIETTIVI L'esiguità di evidenze scientifiche, la sicurezza studiata a breve termine e l'alto costo del farmaco hanno indotto l'AOU Meyer a progettare e condurre una Consensus Conference (CC) al fine di condividere comportamenti clinici appropriati in merito alla profilassi delle infezioni VRS correlate.

METODI L'allestimento della CC è stato effettuato secondo quanto prescritto dal manuale metodologico del Sistema Nazionale Linee Guida [6]. Il Comitato Promotore (CP) ha ideato la CC, ha nominato il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) e, in accordo con questo, ha elaborato i quesiti clinici per la CC, individuando relatori e discussant. Il CTS ha inoltre curato: - ricerca bibliografica - selezione dei lavori pertinenti - compilazione delle Tabelle delle Evidenze - brevi relazioni sui lavori inclusi - supporto ai relatori Il CP ha inoltre nominato i membri del Panel Giuria (PG), avendo cura di garantire la multidisciplinarietà. La CC si è svolta in un'unica giornata nel corso della quale sono state presentate delle relazioni su ciascuno dei quesiti clinici. Il PG, presieduto da un farmacologo, ha: -esaminato i documenti prodotti dal CTS -assistito alle relazioni degli esperti -elaborato, in riunione separata, una bozza delle raccomandazioni cliniche -presentato il documento al termine della conferenza.

RISULTATI Il CP e il CTS hanno concordato i seguenti quesiti clinici relativi alla profilassi stagionale con Palivizumab nei bambini: - pretermine - con malattie Broncopolmonari - cardiopatici - affetti da Sindrome di Down - affetti da immunodeficit - affetti da fibrosi cistica - affetti da malattie neuromuscolari. La ricerca bibliografica (MEDLINE e CENTRAL) ha generato 1591 record. Due successivi round di screening hanno portato all'inclusione di 47 studi. A questi sono stati aggiunti 7 lavori (segnalati dai partecipanti alla CC) per un totale di 54. Il PG ha elaborato la bozza delle raccomandazioni avendo a disposizione le relazioni, i riepiloghi della letteratura elaborati dal CTS, le tabelle delle evidenze e i lavori full-text. Raccomandazioni La profilassi della bronchiolite da VRS con Palivizumab è raccomandata per i neonati con età gestazionale (EG)

LIMITI Le decisioni emerse dalla CC sono il risultato di un processo di condivisione che, come tale, è fortemente legato al contesto. Di qui l'importanza attribuita alla multidisciplinarietà che consente una generalizzazione dei risultati. Il rischio di distorsioni per la presenza di opinion leader è contenuto dalla netta separazione dei centri decisionali (CP, CTS, PG) e dalla composizione ben bilanciata dei diversi organismi, ma non può essere eliminato.

CONCLUSIONI L'esperienza dell'AOU Meyer testimonia l'efficacia della CC quale strumento di condivisione strutturata, soprattutto in un ospedale di terzo livello nel quale sussistono questioni di appropriatezza in ambiti iper-specialistici, per i quali la carenza di evidenze è la norma. La nota carenza di studi clinici in ambito pediatrico, rinforza tale convinzione ed esorta a perfezionare la metodologia di allestimento di tali iniziative.

Indirizzo per la corrispondenza

Puggelli Francesco, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer - Direzione Sanitaria
Viale Gaetano Pieraccini, 24 - 50139 - Firenze
Email: fpuggelli@hotmail.com

91. I dispositivi antidecubito prevengono le ulcere da pressione? Sinossi di revisioni sistematiche

Re Luca, Lamonica Paolo, Lusignani Maura

Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Cà Granda di Milano

BACKGROUND Le ulcere da pressione sono lesioni causate dalla pressione prolungata sulla cute e i tessuti sottostanti quando un soggetto rimane in una determinata posizione per un lungo periodo di tempo, ad esempio per effetto di una ridotta mobilità. I presidi antidecubito costituiscono una componente complementare importante, insieme al corretto, periodico e personalizzato posizionamento manuale da parte del personale sanitario e ad un adeguato supporto nutrizionale, della strategia di prevenzione per l'insorgenza di ulcere da pressione in pazienti ad elevato rischio. Sebbene tali presidi siano di ampio utilizzo in ogni ambiente di cura, ancora non è chiaro il loro impatto nel ridurre l'incidenza di ulcere da pressione. Questo aspetto rende complesso per gli infermieri decidere qual è il dispositivo migliore da destinare ad ogni paziente.

OBIETTIVI Valutare l'efficacia dei presidi antidecubito rispetto alle superfici standard nel ridurre l'incidenza di ulcere da pressione in pazienti ad elevato rischio; valutare l'efficacia a mezzo di una comparazione fra i diversi dispositivi attualmente disponibili.

METODI Gli autori hanno eseguito una sinossi di revisioni sistematiche con interrogazione dei database biomedici Cochrane Library, PubMed, CINAHL, Embase, Web of Science attraverso l'utilizzo di parole chiave (termini MeSH), operatori booleani e filtri. Una prima selezione delle citazioni risultanti è avvenuta per popolazione target (soggetti adulti) e tipo di pubblicazione (revisioni sistematiche con o senza meta-analisi). Per la seconda selezione tra i criteri di esclusione sono stati applicati i seguenti: 1) studi non pertinenti all'argomento; 2) studi generici su strategie di prevenzione e/o trattamento di ulcere da pressione; 3) studi su un particolare presidio o classe di presidi antidecubito; 4) studi su prevenzione e/o trattamento di ulcere da pressione per specifiche condizioni patologiche; 5) studi di valutazione di efficacia di presidi antidecubito per il solo trattamento di ulcere da pressione; 6) studi di valutazione di efficacia di presidi antidecubito indirizzati al trattamento di specifiche tipologie (es. in funzione del grado di severità o del sito) di ulcere da pressione; 7) studi che utilizzano quale misura di esito la pressione di interfaccia. Non sono stati posti limiti in base a stato o lingua di pubblicazione dei documenti né all'ambiente di cura.

RISULTATI I dispositivi antidecubito specifici sono superiori ($RR=0.31\pm 0.40$) rispetto a quelli ospedalieri standard nel ridurre l'incidenza di ulcere da pressione. Attualmente non è possibile stabilire con ragionevole certezza, a parità di meccanismo di azione - bassa pressione costante o pressione elevata - o di livello di tecnologia del dispositivo - High Tech o Low Tech - quale fra i diversi presidi in commercio possa essere identificabile come più efficace di altri.

LIMITI La non estensione della strategia di ricerca ad altri database biomedici né alla letteratura grigia potrebbe avere determinato una sovrastima della dimensione di effetto dei presidi antidecubito. Fra i principali limiti che gli autori delle revisioni sistematiche incluse nella sinossi segnalano si annoverano l'insufficiente dimensione campionaria, la carenza di studi indipendenti, l'inadeguatezza ed eterogeneità dei periodi di follow up, la carenza di valutazioni del rapporto costo-efficacia e costo-beneficio dei differenti presidi antidecubito per soggetti a differente grado di rischio in diversi ambienti di cura, la carenza di metodi validi e affidabili per la valutazione della guarigione delle ulcere da pressione, la carenza di valutazione del comfort e dell'accettabilità percepita dal paziente, la mancanza di chiarezza sui concetti di 'presidio ospedaliero standard', di 'riduzione di dimensioni dell'ulcera da pressione' e di 'persona ad elevato rischio' di insorgenza di ulcere da pressione.

CONCLUSIONI In soggetti ad elevato rischio è suggerito l'utilizzo di un dispositivo antidecubito per la prevenzione di ulcere da pressione rispetto al dispositivo standard ospedaliero; in assenza di solide prove di efficacia si consiglia il presidio a miglior rapporto costo-beneficio. Occorrono studi di qualità metodologica superiore per valutare il ruolo del meccanismo di azione e del livello di tecnologia dei dispositivi sugli esiti clinici, i costi, la qualità di vita, il comfort e l'accettabilità del paziente. Quali criteri per la scelta e l'assegnazione del dispositivo antidecubito più adatto occorre sia conoscerne l'efficacia che utilizzare il giudizio clinico e considerare gli stili e le abitudini di vita del paziente, oltre alle sue precedenti esperienze di ulcere da pressione.

Indirizzo per la corrispondenza

Re Luca, Infermiere

A.O. Niguarda Cà Granda - Direzione Infermieristica Sezione Corso di Laurea In Infermieristica

Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 - Milano

Email: luca.re030366@gmail.com

92. Percorso assistenziale paziente con aneurisma/malformazione arterovenosa (o esiti) che deve sottoporsi ad angiografia cerebrale presso PS-OBI

Regnicoli Februa¹, Bendelari Valentina², Di Ruscio Valentina², Joachim Sandra², De Nicola Maurizio², Giorgetti Francesca², Iorio Sofia², De Andreis Angelo², Montesi Lucio²

¹Ospedale G. Salesi, ²Ospedale Umberto I° Torrette

BACKGROUND L'angiografia cerebrale rappresenta un'indagine diagnostica utilizzata per studiare la morfologia delle arterie e delle vene cerebrali e delle patologie che le coinvolgono. È una procedura invasiva, anche se sicura e praticata di routine in molti ospedali nel mondo, e consiste nella cateterizzazione dell'arteria femorale a livello dell'inguine per raggiungere in via retrograda l'arco aortico e incannulare selettivamente le arterie carotidi e vertebrali. Le arterie e le vene cerebrali potranno essere evidenziate, insieme a tutto l'albero vascolare cerebrale dopo l'iniezione di un mezzo di contrasto iodato, attraverso un apparecchio a raggi X: "l'angiografo digitale". L'utilizzo inoltre di sofisticati software e dei moderni apparecchi angiografici tridimensionali permette di ottenere immagini chiare e dettagliate grazie all'eliminazione di eventuali artefatti legati alla metodica. In pazienti in buone condizioni generali, l'esame viene eseguito in anestesia locale. L'anestesia generale viene utilizzata invece nei pazienti che devono sottoporsi ad embolizzazione ; in quelli con particolari patologie sistemiche, in quelli poco collaboranti e in età pediatrica viene effettuata sedazione. Tale esame radiologico viene effettuato con un ricovero di un giorno presso il settore OBI del Pronto Soccorso dell'Ospedale Umberto I° di Ancona sia come prima esecuzione che come follow up. Nel settore OBI del Pronto Soccorso dell'Ospedale Umberto I° di Ancona non era presente un percorso assistenziale scritto e condiviso per questa tipologia di pazienti

OBIETTIVI Lo scopo del percorso è quello di: - Uniformare i comportamenti tra i componenti dell'équipe (medici, infermieri, OSS dell'OBI, medici, infermieri e operatori sanitari della sala angiografica della neuroradiologia) - Descrivere le azioni da mettere in atto per garantire una corretta gestione della procedura e del post procedura da parte del personale sanitario, del paziente e dei familiari - Ricerca bibliografica

METODI Periodo di lavoro aprile-maggio 2015: ricerca bibliografica riunione dei componenti dell'equipe che hanno aderito al percorso assistenziale condivisione delle esperienze elaborazione del percorso assistenziale

RISULTATI Le angiografie cerebrali eseguite presso il settore OBI del Pronto Soccorso dell'Ospedale Umberto I° di Ancona sia come prima esecuzione che come follow up hanno una frequenza di una/due a settimana. Elaborazione del percorso assistenziale del paziente con aneurisma cerebrale (o esiti) che deve sottoporsi ad angiografia cerebrale presso PS-OBI condiviso tra PS-OBI e Neuroradiologia

LIMITI Da giugno 2015 il percorso è stato parzialmente modificato: i pazienti che inizialmente venivano accolti solo dal settore OBI del Pronto Soccorso dell'Ospedale Umberto I°, da giugno 2015 sono stati suddivisi tra settore OBI del Pronto Soccorso dell'Ospedale Umberto I° di Ancona e da Medicina Generale-settore ordinario.

CONCLUSIONI La necessità di uniformare i comportamenti del personale di assistenza spinge l'équipe a raccogliere informazioni sull'assistenza del paziente con aneurisma cerebrale (o esiti) che deve sottoporsi ad angiografia cerebrale ed a analizzare criticamente tutto il percorso nell'ottica di un miglioramento.

Indirizzo per la corrispondenza

Regnicoli Februa, Infermiere
A.O.U. Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Centrale Operativa 118
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: februa1@libero.it

93. Medicina Difensiva e contenziosi medico-legali: soluzioni e nuove tendenze

Revelli Luca¹, Piras Silvia², Vargiu Giorgio², Damiani Gianfranco³, Lombardi Celestino Pio³, Bellantone Rocco³

¹Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, ²Adiconsum Sardegna, ³Università Cattolica del Sacro Cuore

BACKGROUND Sarebbe di almeno 10 miliardi di euro lo spreco legato alla Medicina Difensiva (MD) positiva (surplus di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del rischio di contenzioso), pari allo 0,75% del PIL e allo 10,5% dell'intera spesa sanitaria nazionale (165 euro di spesa nazionale pro capite su un totale di 1,847 euro). Secondo i dati dell'Agenas, il 58% dei medici italiani dichiara di praticare MD. Il 31% di questi reputa la nostra legislazione assolutamente sfavorevole ai medici.

OBIETTIVI Trovare un giusto equilibrio tra i due diritti: quello al risarcimento del paziente (quando veramente legittimo) e quello alla protezione del patrimonio del medico.

METODI Revisione degli interventi legislativi, della letteratura scientifica, delle inchieste e dei sondaggi giornalisti degli ultimi cinque anni, approfondendo i risvolti professionali, etici, sociali, ed economici.

RISULTATI La legge Balduzzi, un primo tentativo di contenimento della MD, introduce: l'esclusione della responsabilità penale nei comportamenti conformi alle linee guida; l'inversione dell'onere della prova (prima a carico del medico); la riduzione dei tempi di prescrizione. Un recente provvedimento del Ministero della Salute limita l'autonomia clinica dei medici, prevedendo un elenco di esami richiedibili solo in determinate condizioni e addirittura sanzioni pecuniarie in caso di prescrizioni inappropriate. Il Trust, possibilità di protezione del patrimonio personale dei singoli medici è stato fortemente ridimensionato dal dl 83/15.

LIMITI L'attuale legislazione si mostra ancora debole nell'affrontare il fenomeno. In attesa di risoluzioni legislative forti, mutuabili anche da sistemi di altri paesi europei molti medici si orientano verso soluzioni estreme.

CONCLUSIONI In tempi di crisi economica aumentano i contenziosi legati soprattutto a richieste di risarcimento. Il medico deve poter agire liberamente in scienza e coscienza, senza ingerenze o addirittura timori di attacchi al patrimonio personale. Per contenere i danni economici e sociali della MD è necessario: ridurre i casi di malpractice (prevenzione degli eventi avversi); analizzare le criticità che hanno favorito l'errore: percorrere strade di risoluzioni extra-giudiziali delle controversie attraverso l'istituzione di organi conciliativi.

Indirizzo per la corrispondenza

Piras Silvia,
Adiconsum - Presidenza
Viale degli Ammiragli, 91 - 00136 - Roma
Email: silvia46p@yahoo.it

94. La disfagia nelle strutture residenziali: dalla valutazione e rilevazione dei bisogni formativi alla progettazione di istruzioni operative

Reverberi Cristina¹, Vignali Maria Giulia², Losi Elisabetta³, Rancati Jacopo Matteo¹

¹AUSL Reggio Emilia, ²Libero Professionista, ³Università di Modena e Reggio Emilia

BACKGROUND Negli ultimi decenni è progressivamente emersa l'importanza che la deglutizione riveste nel mantenimento della salute umana, soprattutto nella prevenzione delle polmoniti ab-ingestis e della malnutrizione, particolarmente nel soggetto anziano o affetto da patologie neurologiche. L'identificazione precoce e la corretta gestione della disfagia in età adulta e senile offrono quindi benefici sia in termini di mantenimento della salute che della qualità di vita.

OBIETTIVI Gli scopi dello studio sono stati i seguenti: 1) valutare e rilevare attraverso un questionario la compliance degli operatori delle strutture residenziali sul tema della disfagia, in particolare sull'utilizzo dell'addensante, sulle diverse consistenze dei cibi, sulle posture corrette e sull'importanza dell'igiene orale 2) presentare ai partecipanti materiale sugli argomenti sopracitati 3) progettare in base ai bisogni formativi, istruzioni pratiche per migliorare la gestione della disfagia e cercare di ridurre al minimo le complicanze che ne possono derivare: polmonite ab ingestis, malnutrizione, disidratazione e morte.

METODI Il lavoro sperimentale si è suddiviso in due fasi. Nella prima parte è stata effettuata una ricerca bibliografica sul tema in oggetto di studio da cui sono emersi alcuni validi strumenti di screening per la disfagia e l'importanza dell'igiene orale nella prevenzione delle infezioni ab ingestis. Successivamente abbiamo partecipato ad un corso di formazione rivolto a tutti gli operatori delle case protette della provincia di Reggio Emilia in cui sono stati forniti materiali ad hoc (sia cartacei che multimediali). Durante il corso di formazione è stato inoltre somministrato un questionario di rilevazione della compliance degli operatori relativamente alle procedure di presa in carico della disfagia.

RISULTATI I questionari sono stati somministrati a 175 operatori di 6 distretti della provincia di Reggio Emilia (Scandiano, Castelnuovo Monti, Correggio, Guastalla, Montecchio, Reggio Emilia) con una media di 29,16 partecipanti (ds 7,98). Di questi, 76 (45%) non avevano mai fatto formazione sulla disfagia, 90 (55%) sì. Relativamente all'esperienza lavorativa, 72 (44%) non avevano esperienza lavorativa in ospedale, 93 (56%) aveva lavorato presso un ospedale. Dei 175 partecipanti, 87 erano infermieri, 66 OSS, 7 coordinatori e 1 dietista. Dalle analisi effettuate i gruppi risultano pertanto omogenei rispetto ad età, professione, precedente formazione sulla disfagia, esperienza lavorativa e anni di lavoro. L'analisi delle risposte ai questionari non ha mostrato differenze significative tra i distretti, le mediane risultano sovrapponibili, tuttavia più della metà dei partecipanti del distretto di Guastalla ha risposto con punteggi inferiori al risultato atteso. Abbiamo deciso inoltre di correlare il punteggio globale alle variabili significative come riportato di seguito. Per quanto riguarda la formazione, non si rilevano differenze tra i punteggi ottenuti. Al contrario relativamente all'esperienza lavorativa in ospedale, più della metà delle persone che non hanno lavorato in ospedale ottiene punteggi insufficienti al questionario. Per quanto riguarda la professione, pur ottenendo una mediana sovrapponibile, risultano punteggi inferiori all'atteso la professione delle OSS e degli infermieri. Punteggi nella norma sono stati raggiunti da coordinatori e dal dietista. Relativamente ai macro argomenti del questionario, in tutti la mediana risulta sovrapponibile, tuttavia dall'analisi dei box plot risultano alcuni dati interessanti. Per quanto riguarda l'addensante, risultano critici i distretti di Reggio Emilia e Guastalla in cui più della metà dei partecipanti hanno risposto in modo negativo. Molto critico anche l'aspetto delle consistenze dei cibi soprattutto nei distretti di Reggio Emilia, Scandiano, Correggio e Guastalla. Migliori i risultati relativi alla postura in cui solo due distretti risultano critici (Guastalla e Reggio Emilia). Una criticità importante è emersa dalle risposte relative all'igiene orale in cui tutti i distretti risultano critici con risposte al di sotto delle attese.

LIMITI In questo periodo stiamo vivendo un percorso di esternalizzazione delle strutture residenziali che ha determinato alcuni importanti cambiamenti a livello organizzativo, formativo e di turn over di personale. La formazione della gestione/prevenzione della disfagia deve tenere conto di questo soprattutto nella organizzazione di eventi formativi e/o di altre forme di addestramento indiretto e permanente (FAD; Skills lab; BLENDED).

CONCLUSIONI in seguito all'analisi dei risultati si propone: - un percorso formativo residenziale con follow up costanti - monitoraggio dell'efficacia formativa - materiale multimediale a supporto della formazione (poster per la cucina, video, opuscoli informativi, ecc) - laboratori pratici per operatori e famigliari (skills lab) in collaborazione con professionisti (logopedisti, infermieri, dietisti)

Indirizzo per la corrispondenza

Reverberi Cristina, Logopedista
Ospedale di Correggio - San Sebastiano - U.O. Riabilitazione Neurologica Intensiva
Via Mandriolo Superiore, 11 - 42015 - Correggio
Email: cristina.reverberi@ausl.re.it

95. Necessità di associare il giudizio clinico alla classificazione NEWS per migliorare la stratificazione del rischio di deterioramento nei pazienti di Medicina Interna con sindrome coronarica acuta non complicata

Rigoni Marta¹, Spagnolli Walter², Torri Emanuele¹, Cozzio Susanna², Peterlana Dimitri², Dorigoni Stefania², Vettorato Elisa², Nollo Giandomenico¹

¹Fondazione Bruno Kessler, ²APSS di Trento

BACKGROUND Il NEWS, National Early Warning Score, è stato proposto come un valido strumento di stratificazione del rischio al triage di ammissione per ospedalizzazione. Come ogni score di valutazione anche per il NEWS sono stati evidenziati alcuni limiti nella predizione del rischio che possono portare ad una sottostima dello stesso in pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) non complicata o una sovrastima in pazienti con insufficienza respiratoria cronica in ossigeno terapia o febbre.

OBIETTIVI In questo studio abbiamo rivalutato l'influenza della SCA sugli outcome di morte intraospedaliera e trasferimento per urgenza in relazione alla preventiva classificazione dei pazienti con il NEWS.

METODI Sono stati analizzati i dati relativi a 2.677 pazienti ricoverati consecutivamente nel reparto di Medicina Interna dell'ospedale S. Chiara di Trento da luglio 2013 a marzo 2015. I pazienti provenivano dal pronto soccorso, dagli altri ospedali della rete provinciale e dall'unità di terapia intensiva in fase post-acuta. Per tutti i pazienti, al momento dell'ammissione in reparto, è stato calcolato il NEWS in base ai seguenti parametri fisiologici: ritmo respiratorio, saturazione di ossigeno, temperatura corporea, pressione sanguigna sistolica, frequenza cardiaca e livello di coscienza in base a un livello di risposta AVPU (Alert, Voice, Pain, Unresponsive). Come raccomandato dal Royal College of Physicians, i pazienti, in base al punteggio ottenuto, sono stati raggruppati in tre categorie di rischio clinico: basso NEWS 0-4, medio NEWS 5-6, alto NEWS=7. Gli outcome valutati sono stati i decessi intraospedalieri totali e i trasferimenti urgenti per deterioramento clinico verso reparti a maggiore intensità. La relazione tra esito e NEWS è stata valutata utilizzando un modello logistico univariato. Sono quindi stati contati gli eventi negativi dovuti a SCA, in relazione alla categoria dello score. Per ognuno dei due outcome sono state costruite delle tabelle di contingenza 3x2 ed è stato effettuato un test del Chi quadrato di Pearson. La soglia di significatività statistica è stata fissata per un $p=0,05$.

RISULTATI Sono state rilevate 168 morti intraospedalieri. Di queste 44 erano di pazienti appartenenti alla classe basso rischio, 34 alla classe media e 90 alla classe alta. Il rischio relativo di morte aumentava all'aumentare della classe con un Odds Ratio (OR) di 3,5 tra classe media rispetto alla bassa (p

LIMITI Sebbene la numerosità del campione complessivo sia molto alta il numero di eventi negativi rilevati è contenuto limitando la potenza statistica dello studio.

CONCLUSIONI Il nostro studio conferma la capacità del NEWS di stratificare i pazienti in ammissione ad un reparto di Medicina Interna, indicando un rilevante aumento del rischio relativo per outcome negativi all'aumentare della classe NEWS. Tuttavia, si confermano i limiti già riportati sulle performance del NEWS nella corretta classificazione di pazienti con SCA non complicata che in determinate circostanze possono essere classificati a basso o medio rischio pur andando incontro nel breve termine a sensibili peggioramenti che nel nostro caso richiedevano il trasferimento urgente ad unità di cure intensive. Questo risultato non annulla l'efficacia del NEWS che rappresenta comunque un valido strumento di classificazione, ma rafforza l'importanza di associare la classificazione NEWS con il giudizio clinico come suggerito dalle linee guida del Royal College of Physicians, almeno nella valutazione dei pazienti con SCA.

Indirizzo per la corrispondenza

Rigoni Marta,
Fondazione Bruno Kessler - Progetto Implementazione e Ricerca Clinica in Sanità
Via Santa Croce, 77 - 38122 - Trento
Email: marta.rigoni@gmail.com

96. Infezioni del tratto urinario associate a catetere: conoscenze ed adesione ai bundle di infermieri e studenti. Studio osservazionale cross-sectional.

Rocchi Riccardo¹, Simonetti Elisabetta², Marchetti Mara¹

¹UNIVPM, ²Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" Ancona

BACKGROUND Il tema della sicurezza del paziente, cioè l'insieme delle azioni mirate a prevenire i rischi evitabili dovuti dall'assistenza sanitaria, negli ultimi anni, ha assunto un ruolo centrale per i servizi sanitari. A tale riguardo, sono state sviluppate delle manovre atte a ridurre il tasso d'incidenza delle infezioni ospedaliere più frequenti definite BUNDLE. Un bundle è un insieme contenuto di interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che applicati congiuntamente ed in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Il Ministero della Salute, ha redatto un documento dal titolo "Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori", che raccomanda proprio l'utilizzo dei bundle come strumento di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere all'interno delle strutture sanitarie. Al suo interno sono riportati i 4 bundle, uno dei quali è il bundle per la prevenzione delle infezioni del tratto urinario associato a cateterismo vescicale (CAUTI).

OBIETTIVI L'obiettivo posto è quello di comprendere il livello di conoscenza ed applicazione dei bundle del Ministero della Sanità, sia del personale infermieristico in servizio presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, sia degli studenti del 3° anno del corso di Laurea in Infermieristica (anno accademico 2014 – 15) dell'Università Politecnica delle Marche, polo didattico di Ancona. Lo studio è focalizzato sul bundle per la prevenzione delle infezioni del tratto urinario associato a cateterismo vescicale (CAUTI).

METODI Il progetto si è articolato in queste fasi: 1. Analisi della letteratura internazionale riguardante l'argomento in esame 2. Elaborazione di un questionario per la raccolta dati, formato da una parte anagrafica (Sezione A) ed una parte valutativa (Sezione B). Le domande sono volte a valutare le conoscenze riguardanti i bundle, mediante quesiti a risposta multipla, con 4 opzioni per ciascun quesito ed una sola risposta corretta 3. Campionamento della popolazione oggetto di studio secondo modalità "intenzionale". I reparti scelti per condurre la raccolta dati sono quelli che, per tipologia di assistenza, ricorrono più spesso alla pratica del cateterismo a permanenza e fanno parte dei seguenti Dipartimenti: Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Dipartimento di Medicina Interna 4. Somministrazione del questionario ai partecipanti, previo consenso 5. Analisi e rielaborazione dei dati ottenuti.

RISULTATI I risultati ottenuti sono i seguenti: 102 infermieri partecipanti allo studio, il 68% (69) sono donne mentre il 32% (33), uomini, 138 Studenti del 3° Anno del CdL in Infermieristica, 67% (92) donne, 33% (46) uomini. Il massimo punteggio realizzabile compilando correttamente l'intero questionario è di 10 punti. Le medie aritmetiche dei punteggi ottenuti nei Dipartimenti analizzati sono: Chirurgia Generale e Specialistica 6,27, Emergenza ed Accettazione 5,67, Scienze Neurologiche 4,56, Medicina Interna 4,48. In entrambe le popolazioni analizzate, Infermieri e Studenti, il quesito riguardante l'importanza del sistema di fissaggio del catetere, rappresenta quello con la percentuale maggiore di risposte errate: infermieri 85%, studenti 95%. Il 59% di entrambe le popolazioni, ha risposto negativamente al quesito 9, volto a verificare la percentuale di Infermieri e Studenti che durante la propria attività lavorativa hanno visto ed utilizzato sistemi alternativi al cateterismo a permanenza. Confrontando le medie ottenute nei due campioni, si può verificare che entrambi non hanno raggiunto la sufficienza: infermieri 5,42, studenti 5,48. Abbiamo effettuato anche il test del chi-quadrato, comparando le due popolazioni ($p=0,05$; I.C. 95%), verificando che le medie ottenute sono statisticamente significative ($r=0,006$).

LIMITI I limiti del lavoro sono rappresentati da: 1.modalità di studio definita longitudinale cross-sectional, 2.metodica di raccolta dati mediante l'utilizzo di questionari (self-report), 3.ridotta numerosità campionaria.

CONCLUSIONI L'utilizzo dei bundle all'interno dei vari contesti di cura può aumentare la qualità dell'assistenza, a patto che si rispettino regole quali la verifica del livello di conoscenza degli operatori, la sperimentazione dei provvedimenti dapprima in singole unità operative, l'applicazione in toto delle manovre previste. Dai dati ottenuti possiamo concludere che le conoscenze dei campioni analizzati, riguardo le manovre previste nel bundle, sono insufficienti. Sarebbe importante che tali manovre vengano apprese sia dal personale infermieristico che dagli studenti, mediante corsi di formazione e laboratori didattici con il fine di sensibilizzare i professionisti.

Indirizzo per la corrispondenza

Rocchi Riccardo, Infermiere
UNIVPM
P.zza Roma, 22 - 60121 - Ancona
Email: riccardo.rocchi93@hotmail.it

97. Le medicazioni avanzate: il governo clinico e organizzativo come strategia per contenere i costi ed evitare gli sprechi

Rocco Maria Josè , Moscatelli Annalisa, Dondè Paola

Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano (MI)

BACKGROUND È in continua crescita il numero di persone con lesioni cutanee, di diversa eziologia, definite “difficili” (complesso e lungo processo di guarigione, tendenza a cronicizzare). La complessità di gestione è nella guarigione, nel trattamento, nell’impiego di risorse e nella persona spesso portatrice di co-morbilità. L’evoluzione tecnologica ha reso disponibili una vasta gamma di “medicazioni avanzate”, con rischio di abuso o uso inappropriato e conseguente aumento dei costi.

OBIETTIVI Presso la nostra A.O. si è registrato un aumento insostenibile della spesa legata alle medicazioni avanzate: l’obiettivo di riduzione del 3% nel 2015 rispetto al 2014, è stato affidato al gruppo multiprofessionale-disciplinare istituito nel 2014 con lo scopo di armonizzare le attività riconducibili alla gestione di ferite-lesioni cutanee. Il gruppo è composto da 8 medici specialisti (proctologia, infettivologia, reumatologia, ch.plastica, ch.vascolare, diabetologia), 2 infermiere specializzate in wound care e la responsabile degli Ambulatori Infermieristici Lesioni Cutanee, 1 infermiere stomaterapista, la responsabile del Servizio Farmacia. Le concause del problema rilevate sono: acquisti eccessivamente diversificati e fuori gara, disomogeneità di trattamento delle lesioni e uso non sempre appropriato delle medicazioni avanzate.

METODI 1. Costituzione della rete aziendale che prevede un gruppo operativo e un gruppo di espertises, che presidiano e verificano l’uso appropriato delle medicazioni avanzate; 2. realizzazione della gara per le medicazioni avanzate (invio di informativa a Coordinatori e Direttori indicando i prodotti disponibili e i relativi costi per una maggiore responsabilizzazione); 3. eliminazione degli acquisti fuori gara; 4. differenziazione della fornitura di medicazioni avanzate in 3 fasce di prodotti: 1) disponibili per tutti, 2) “con filtro” forniti solo se autorizzati da uno degli espertises, 3) riservati agli espertises. Il Servizio Farmacia centralizza le richieste e garantisce tale differenziazione; 5. affidamento dell’obiettivo a tutti i settori e monitoraggio bimestralmente del consumo; 6. elaborazione del protocollo aziendale per il trattamento delle lesioni cutanee; 7. realizzazione di formazione specifica.

RISULTATI L’analisi dei 9 mesi del 2015 ha visto una riduzione del 22% della spesa rispetto al 2014, una riduzione del quantitativo di consumo del 14%, a fronte di un volume di attività leggermente aumentato. L’ottimo risultato ha ancora margine di miglioramento, considerato che la nuova fornitura, a prezzi più vantaggiosi, è iniziata solo a metà aprile 2015.

LIMITI Non è stato possibile parallelamente al risultato economico valutare gli esiti in termini di efficacia-tempi di guarigione, in quanto la documentazione clinico-assistenziale specifica è stata inserita solo da pochi mesi e non è ancora diffusa in tutta l’Azienda Ospedaliera. Dall’anno prossimo si implementerà un audit per la verifica dei risultati di efficacia.

CONCLUSIONI L’approccio congiunto sia sul versante clinico che organizzativo ha permesso un risultato che in precedenza, agendo su uno solo dei due fattori, non è stato possibile raggiungere. Le competenze, il buon governo e il lavoro di squadra interprofessionale finalizzati ad un unico obiettivo sono stati la strategia vincente.

Indirizzo per la corrispondenza

Rocco Maria Josè, Infermiere
A.O. Ospedale Civile di Legnano - Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale - SITRA
Via Candiani, 2 - 20025 - Legnano
Email: maria.rocco@ao-legnano.it

98. Contenere i costi delle infezioni correlate all'assistenza nella zona sud-est dell'Azienda Sanitaria di Firenze

Rosseti Rossella, Barchielli Chiara, Pacciani Cristina, Pelagani Elena, Nerozzi Elena, Nappini Mirella, D'angelo Alfonso, Mencucci Maristella, Adamo Cristian, Ciruolo Francesca

Azienda Sanitaria di Firenze

BACKGROUND Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali costituiscono un duplice problema per la sanità pubblica, legato sia agli aspetti di umanizzazione delle cure, sia di management economico. Infatti, oltre agli effetti dannosi sulla salute dei pazienti, a compromettere la qualità del servizio, le infezioni comportano l'allungamento dei tempi di cura con la somministrazione di ulteriori terapie, aumentando i costi dell'assistenza; dato che la frequenza delle ICPA in Italia secondo uno studio recentesi aggira sui 6,3 casi ogni 100 ricoveri, il problema è tutt'altro che trascurabile. Per questo motivo un evento infettivo in ambito sanitario deve essere gestito con la massima attenzione, con le precauzioni d'isolamento necessarie al contenimento dell'infezione e alla salvaguardia degli operatori che assistono i pazienti, rispettate da tutti coloro che accedono al paziente con patologia infettiva certa o sospetta. Nella zona sud-est dell'Azienda sanitaria di Firenze dal 2010 è presente un sistema di comunicazione a colori, un linguaggio semplice ed immediato per segnalare il paziente con infezione certa o sospetta nel rispetto della privacy, la comunicazione attraverso i colori è tempestiva comprensibile da tutti gli operatori anche quelli delle ditte appaltate. Questa metodica ha consentito di eliminare completamente il problema del cluster epidemici. Nel 2015, dopo un'attenta valutazione della casistica presente, e la rilevazione di un grosso incremento soprattutto a carico della multi resistenza (20% rispetto all'anno 2014), è stato sviluppato il progetto della stanza Fuxia, con lo scopo di isolare in coorte i pazienti che necessitano di precauzioni da contatto con un isolamento di tipo "funzionale", orientando risorse mirate ed efficaci in una stanza dedicata per ogni reparto.

OBIETTIVI -Uniformare i comportamenti relativi alle procedure di isolamento del paziente infetto; - Strutturare un isolamento per coorte per patologie da contatto in stanza apposita dedicata denominata stanza Fuxia. - formare tutto il personale sul campo attraverso la formazione on the job.

METODI Gestire il processo infettivo del paziente in ospedale deve avere l'obiettivo di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria: 1)Segnalazione popolazione target da parte dell'operatore esperto consente un idonea collocazione di isolamento; 2)Comunicazione con tutti gli attori del processo attraverso il metodo "i colori dell'isolamento" consente di uniformare i comportamenti; 3)Allestire una stanza dedicata con Impostazione di isolamento per patologie che richiedono precauzioni per contatto, con standardizzazione di strumenti operativi: schede 5S per teleria, DPI, presidi, materiale informativo. La stanza è mista, ogni posto letto ha lo spazio di sicurezza (1 metro e mezzo) ed è divisa da tende sanificabili ad ogni cambio paziente. 4)Progettazione annuale formazione on the job, fatta capillarmente a tutti i reparti su gestione paziente infetto, direttamente sul campo con strumenti operativi, simulate e role play (ad isorisorse).

RISULTATI 1)Efficace sistema di isolamento: uniformando i comportamenti nella gestione dei pazienti infetti (comunicazione a colori), utilizzando personale esperto (Ds professional), diffondendo l'informazione attraverso la formazione on the job (formazione fatta in orario di lavoro, nei luoghi di lavoro ad isorisorse) 2)Efficienza delle risorse dedicate: utilizzando personale esperto già presente (Ds professional), economizzando nelle risorse strutturali e nei presidi infatti tutto il materiale e presidi collocati all'interno della stanza dedicata con criterio 5S, elimina gli sprechi e facilita l'uso appropriato.

LIMITI Mantenere una rigorosa attenzione per la tecnica di standardizzazione del lavoro (Reminder) in modo che ciascun team segua sempre lo stesso percorso migliorando continuamente le strategie di apprendimento.

CONCLUSIONI Un paziente infetto ha un grosso impatto sulla spesa sanitaria, riuscire a gestire questo processo, consente di: In termini di efficienza riduzione della spesa sanitaria su: -riduzione tempi di degenza, -riduzione cluster epidemici, - riduzione risorse umane dedicate, -riduzione costi sulla sanificazione ambientale. In termini di efficacia garantisce la risposta all'evento infettivo con una migliore adesione alle buone pratiche ed una corretta assistenza al paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Rosseti Rossella, Infermiere
Distretto Sud-Est - Direzione
Via dell'Antella, 58 - 50012 - Bagno a Ripoli
Email: rossella.rosseti@asf.toscana.it

99. Progetto Visual Infections della Stanza Fuxia

Rosseti Rossella, Barchielli Chiara, Pacciani Cristina, Pelagani Elena, Nerozzi Elena, Nappini Mirella, D'angelo Alfonso, Mencucci Maristella, Adamo Cristian, Ciruolo Francesca

Azienda Sanitaria di Firenze

BACKGROUND Un evento infettivo in ambito sanitario deve essere gestito con la massima attenzione, soprattutto perciò che attiene alle precauzioni di isolamento necessarie al contenimento dell'infezione ed alla salvaguardia degli operatori che assistono i pazienti; queste devono essere riservate al paziente con patologia infettiva certa o sospetta. Nella zona sud-est dell'Azienda Sanitaria di Firenze nel 2010 è stato redatto uno strumento denominato "l'isolamento a colori" (in forma di booklet) che prevede, tra le altre, la misura preventiva dell'appendere un cartellino-colore sulla porta ed ai piedi del letto del suddetto paziente che ha l'obiettivo di informare -con un semplice richiamo visivo- ad indirizzo di chiunque entri in contatto con il paziente, che ci sono delle precauzioni speciali da adottare. Nel 2015 si è aggiunta alla comunicazione a colori la necessità di progettare" dell'organizzazione della stanza Fuxia "con lo scopo di isolare in coorte i pazienti che necessitano di precauzioni da contatto con un isolamento di tipo "funzionale". L'implementazione della comunicazione a colori e dell'isolamento per coorte nella stanza fuxia è stato realizzato attraverso la formazione on the job degli operatori sanitari offerta nei luoghi di lavoro, direttamente dove viene erogata l'assistenza, sviluppata con strategie di apprendimento interattivo, in orario di lavoro, ad isororse.

OBIETTIVI -Uniformare i comportamenti relativi alle procedure di isolamento del paziente infetto; - Strutturare un isolamento per coorte per patologie da contatto in stanza apposita (stanza fuxia); - formare tutto il personale sul campo attraverso la formazione on the job.

METODI La gestione del processo infettivo del paziente in ospedale prevede un attento monitoraggio attraverso: 1)Segnalazione popolazione target da parte dell'operatore esperto del visual hospital con assegnazione idonea collocazione di isolamento; 2)Comunicazione con tutti gli attori del processo attraverso il metodo "i colori dell'isolamento" 3)Impostazione di isolamento per patologie che richiedono precauzioni per contatto in stanza dedicata (stanza fuxia). 4)Standardizzazione di strumenti operativi: schede 5S per teleria, DPI, Presidi, materiale informativo 5)Progettazione annuale formazione on the job, fatta capillarmente a tutti i reparti su gestione paziente infetto, direttamente sul campo con strumenti operativi, simulate e role play. 6)Strutturazione di una rete di personale esperto dedicato (personale infermieristico: DS Professional esperto, personale medico: Tutor) 7)Strumento informatizzato su check-list di isolamento presente nella cartella informatizzata del paziente.

RISULTATI 1)Efficienza delle risorse dedicate ed efficace sistema di isolamento con utilizzo di personale champion (Ds professional esperto); 2)Economia delle risorse strutturali e presidi, tutto il materiale e presidi collocati all'interno della stanza fuxia con criterio 5S; 3)Riduzione del rischio di trasmissione della patologia infettiva da paziente-paziente e paziente-operatori in quanto l'attenzione rimane alta e migliora l'utilizzo delle buone pratiche; 4)Gestione del processo dal Dea attraverso il visual hospital con minor rischio di contagio per gli altri pazienti; 5)Avvio rete di personale Champion (DS professional esperto).

LIMITI La gestione del processo infettivo prevede la standardizzare strumenti operativi ed una comunicazione puntuale che sono alla base di una conoscenza estesa a tutto il personale che lavora in ambito sanitario compreso quello delle ditte appaltate.

CONCLUSIONI Un paziente infetto ha un grosso impatto sulla spesa sanitaria, (Nota: negli anni 2004-2011 in un campione nazionale di 84 strutture sanitarie pubbliche si sono registrati 1177 sinistri derivate da infezioni correlate all'assistenza; 3.37% sul totale delle richieste di risarcimento danni. In media un caso che esita in decesso è risarcito con 113.000 euro, ed uno che esita in lesioni viene risarcito con la cifra media di 44.000 euro. Fonte: MARSH & McLENNAN COMPANIES- E.Patrini- Health Care Risk Management Milano Bodio, in: www.marsh.it).riuscire a gestire questo processo, consente di ridurre in termini di efficienza la spesa sanitaria (riduzione tempi di degenza, riduzione cluster epidemici, riduzione risorse umane dedicate) e in termini di efficacia garantisce la risposta all'evento infettivo con una migliore adesione alle buone pratiche ed una corretta assistenza al paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Rosseti Rossella, Infermiere
Distretto Sud-Est - Direzione
Via dell'Antella, 58 - 50012 - Bagno a Ripoli
Email: rossella.rosseti@asf.toscana.it

100. Adozione del Day Service nella ASL TARANTO: analisi dati anni 2011-2015

Rossi Stefano, Bailardi Francesco, Arnese Alessia, Basile Nicola, D'Elia Roberto, Viola Luigi, De Marco Giorgio

ASL TA

BACKGROUND La Regione Puglia, tra le azioni poste in essere per adempiere a quanto previsto dal Piano di Rientro, a fronte della cospicua riduzione delle risorse economiche disponibili, ha avviato dall'anno 2011 interventi volti, nel rispetto delle EBP, a implementare percorsi assistenziali innovativi finalizzati ad assicurare la sostenibilità dell'assistenza sanitaria e comunque garantire i LEA. Con la DGR 433 del 10/03/2011 la Regione Puglia ha trasferito dal ricovero ordinario al setting di Day Service (nuovo modello organizzativo per l'erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale che affronta problemi clinici, diagnostici, terapeutici e di follow up che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse tali da non richiedere, per tutta la durata del singolo accesso, sorveglianza e osservazione medica e infermieristica protratta) quattro prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza: liberazione del tunnel carpale, intervento per cataratta, follow up ipertensione, follow up diabete. Con successive Delibere la Regione ha trasferito tutti i 108 DRGs ad alto rischio di inappropriatazza al regime di Day Service.

OBIETTIVI Valutare l'efficienza e l'efficacia dei provvedimenti legislativi regionali ai fini del governo clinico nella ASL TARANTO e l'impatto sul rapporto costo-benefici delle prestazioni effettivamente erogate con il nuovo modello assistenziale nel periodo 2011-2015, con particolare riferimento alle strutture sanitarie private accreditate insistenti nel territorio della ASL di Taranto al fine di ridurre il ricorso ai "ricoveri inappropriati".

METODI Attraverso le verifiche tecnico-sanitarie della appropriatezza effettuate dalla SSD UVAR (Unità di Valutazione della Appropriatazza dei Ricoveri) della ASL TA sulle prestazioni di ricovero ordinario nel periodo 2011-2015, si è reso possibile confrontare i DRGs effettivamente erogati in regime di Day Service rispetto alla numerosità dei casi simili erogati in ricovero ordinario, valutando l'aspetto qualitativo dell'outcome. I dati raccolti consentono altresì di quantificare i costi sostenuti dalla diversa applicazione dei differenti modelli assistenziali in termini di risparmio di risorse e possibile riallocazione delle stesse in altri servizi essenziali.

RISULTATI I risultati hanno evidenziato un trend positivo avendo registrato il progressivo aumento delle prestazioni esitate con DRGs ad alto rischio di inappropriatazza erogate in regime di Day-Service rispetto agli stessi DRGs erogati in ricovero ordinario: 146 nel 2011, 746 nel 2012, 1375 nel 2013, 1866 nel 2014, 2687 nei primi nove mesi del 2015. Le prestazioni maggiormente interessate hanno riguardato sia l'area chirurgica (chirurgia generale, oculistica, ortopedia), sia l'area medica (chemioterapia oncologica, follow-up per il diabete e per l'ipertensione). La adozione dell'innovativo setting assistenziale del Day Service, assicurando comunque qualità e sicurezza per i pazienti assistiti, ha consentito di ridurre il tasso di ospedalizzazione per DRGs ad alto rischio di inappropriatazza e realizzare un importante disinvestimento di risorse da riallocare in attività a maggiore value. Le attività di verifica dell'UVAR sugli interventi sanitari sta gradualmente modificando l'attenzione degli operatori verso la appropriatezza prescrittiva, vincendo le resistenze dettate dalla "medicina difensiva", e sta inducendo gli erogatori a adottare modelli assistenziali volti alla maggiore appropriatezza organizzativa.

LIMITI L'analisi dei dati ha evidenziato le seguenti criticità: necessità di aggiornare i "pacchetti" diagnostico-terapeutici al fine di renderli omogenei su tutto il territorio regionale e di integrarli con ulteriori esami che lo Specialista Referente della struttura accettante ritenga necessari per il migliore inquadramento diagnostico-terapeutico rispetto ai diversi casi clinici; opportunità di adeguare le tariffe di rimborso delle prestazioni in Day Service ai costi realmente sostenuti dall'erogatore per la produzione della specifica prestazione in rapporto all'impegno professionale e alle tecniche e alle procedure utilizzate; adottare modalità di accesso ai percorsi di Day Service che coinvolgano maggiormente i MMG e gli Specialisti delle strutture erogatrici.

CONCLUSIONI L'impegno profuso dall'UVAR Aziendale per la effettiva applicazione dell'innovativo modello assistenziale del Day Service legiferato dalla Regione Puglia trova riscontro nei dati rilevati dal 2011 ad oggi e dimostra che il cambiamento necessario e indispensabile per continuare a garantire i LEA e la sostenibilità del SSN, riducendo inefficienze e sprechi, non può prescindere dall'autentico convincimento di ciascun operatore "a innovare se stesso per innovare il sistema".

Indirizzo per la corrispondenza

Bailardi Francesco, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale Taranto - Unità Valutazione Appropriatazza Ricoveri e Prestazioni - UVARP-PAC
Viale Virgilio, 31 - 74100 - Taranto
Email: francescobailardi@libero.it

101. Analisi della gestione della terapia farmacologica e riduzione del rischio clinico con l'ausilio del sistema informatizzato Bustermed nell'Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona

Sartori Anna¹, Tonolli Chiara², Miolo Giorgia¹, Marini Paola¹, Tardivo Stefano¹, Lavarini Monica¹, Manfrè Silvia¹, Maffei Elena¹

¹Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, ²Università di Padova

BACKGROUND Gli errori di terapia in ospedale sono uno dei problemi principali da affrontare per tendere alla massima qualità delle cure mediche e portare elevato beneficio al paziente creando il minimo danno. In Italia la Raccomandazione Ministeriale n.7 (2008) e successive, legate all'uso in sicurezza dei farmaci, affrontano i tipi di errore che si possono generare nella gestione del farmaco. L'AOUI ha allineato le modalità organizzative interne alle indicazioni ministeriali elaborando una Procedura Aziendale Gestionale (PAG16) al fine di ridurre i rischi legati alla terapia implementando la prescrizione informatizzata

OBIETTIVI Lo scopo dello studio è analizzare la gestione della terapia prendendo in esame il percorso ospedaliero del farmaco dal magazzino dal Servizio Farmacia al letto del paziente con l'ausilio del software di prescrizione informatizzata Bustermed.

METODI Il progetto di gestione informatizzata Bustermed è stato introdotto nel corso dell'anno 2014 in AOUI e nel 2015 presso le Unità Operative (UO) dell'Ospedale Civile Maggiore (OCM). Il software è integrato con la cartella clinica informatizzata Gecos fornendo un'unica fonte di dati per prescrizione e registrazione della somministrazione terapia. Bustermed prevede il riconoscimento del paziente attraverso la lettura del codice a barre sul braccialetto identificativo e l'associazione al giusto farmaco attraverso la lettura del codice AIC. Per questo progetto sono stati registrati ed analizzati i Near Miss Events (NME) in cinque UO monitorate durante un mese a campione. I dati estrapolati dal database del software Bustermed prendono in considerazione due tipologie di errore: farmaco incompatibile con allergia e somministrazione anticipata. Si sono selezionate due classi di farmaci, antibatterici naturali ed anti-trombotici, per i quali l'orario di somministrazione errato può portare ad una mancanza di effetto terapeutico o ad una tossicità. I farmaci ed il numero delle somministrazioni anticipate sono stati estratti incrociando il numero di NME con il numero totale delle registrazioni. La formazione del personale prevede lezioni frontali seguite da un affiancamento sul campo da tecnici informatici.

RISULTATI I NME per le somministrazioni anticipate (oltre 1 ora) rappresentano lo 0.39% (1.057.485 somministrazioni totali) nei cinque reparti. Di questi lo 0.28%, pari a 2.938 somministrazioni, sono eventi realmente accaduti. Circa il 56% delle somministrazioni è avvenuto con più di un'ora e mezza di anticipo. Per le classi di farmaci analizzate, antibatterici naturali ed anti-trombotici, il numero delle somministrazioni a rischio con oltre 1 ora e mezza di anticipo è di circa il 10% e non si evidenziano differenze nella tipologia di farmaco. Il maggior numero di eventi a rischio per entrambe le classi di farmaci è direttamente proporzionale al tempo di apprendimento del sistema. Gli errori di terapia per somministrazioni di farmaco in pazienti allergici sono stati il 68.6% delle 70 registrazioni totali di NME. Di queste, solamente 17 sono veri incidenti perché non provviste di nota medica che autorizza l'infermiere alla somministrazione.

LIMITI Bustermed necessita di periodiche rivalutazioni e presenta limiti quali inserimento manuale dei farmaci esteri, possibilità di registrazione allergia da farmaco per specialità e non per principio attivo, limitata flessibilità nelle situazioni di emergenze e tempi di somministrazione prolungati.

CONCLUSIONI La prescrizione informatizzata è un'innovazione tecnologica migliorativa che facilita il processo decisionale nella fase di prescrizione e di somministrazione del farmaco. È uno strumento importante nella prevenzione degli errori in terapia promuovendo la sicurezza dei pazienti e garantendo la qualità delle prestazioni farmaceutiche. A conclusione del presente lavoro è opportuno evidenziare come una soluzione informatizzata di questo tipo migliora la qualità dei servizi assistenziali e la sicurezza del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Maffei Elena, Farmacista
Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento - U.O. Farmacia
Piazzale Aristide Stefani, 1 - 37126 - Verona
Email: elena.maffei@ospedaleuniverona.it

102. Uso ed Abuso di Benzodiazepine: Corsi ECM

Signoretta Vincenzo¹, Bianconi Lina¹, Ragni Pietro¹, Finelli Chiara¹, Fantozzi Fulvio², Santamaria Vincenzo¹, Zanichelli Simona¹, Orlandini Danilo³, Formentini Paolo²

¹Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, ²Libero Professionista, ³Società medica di Reggio Emilia Lazzaro Spallanzani

BACKGROUND: Le Benzodiazepine (BZD), in Italia, sono i farmaci di fascia C con ricetta a maggiore utilizzo e spesa, con un volume prescrittivo nazionale di 52,9 DDD/1000 abitanti die territoriali pesate ed una spesa pari a 553,3 milioni di euro (OsMed 2014). Dai dati di farmacoutilizzazione si evincono ampi margini d'inappropriatezza prescrittiva anche alla luce dei rischi correlati quali abuso, aumentato rischio di cadute e fratture nell'anziano, aumentato rischio d'insorgenza di demenza. Si può affermare in base ai dati di letteratura che il problema delle BZD dura da più di 50 anni ma è stato pressoché ignorato dalla maggior parte dei medici e da quasi tutti gli organismi di controllo dei farmaci. Il rapporto costo/beneficio delle BZD rimane senza dubbio favorevole nel breve periodo (2-4 settimane) ma diventa difficile da valutare per usi più prolungati per la difficoltà di prevedere il rischio dipendenza.

OBIETTIVI I medici devono essere maggiormente abili nel prevenire, cioè individuare i pazienti a rischio, e trattare un'eventuale dipendenza iatrogena da BZD. L'opera di formazione professionale e sensibilizzazione per prevenire la dipendenza dalle BZD e favorirne un loro utilizzo appropriato deve essere intensificata e coinvolgere tutti i professionisti sanitari. Nel tentativo di far fronte a questa tematica dal forte impatto sociale la Società medica di Reggio Emilia Lazzaro Spallanzani (Provider ECM nazionale) nel biennio 2014-2015, ha proposto tre iniziative di formazione dedicate.

METODI Un Gruppo multidisciplinare formato da Medici di Medici Generale, Clinical Risk Manager, Geriatri, Tossicologi, Medico Competente, Farmacista, Infermiere ha condotto tre eventi formativi gratuiti che hanno avuto come obiettivi: la condivisione degli aspetti legati all'uso/abuso di BZD e le problematiche nelle varie categorie di persone; l'individuazione delle strategie per intercettare il problema attraverso una rete tra professionisti sanitari, discussione di casi clinici. Il primo evento è stato svolto in due incontri nel Novembre 2014 con la tecnica del Problem Based Learning; nel confronto ci si è avvalsi di un forum virtuale dedicato accessibile a tutti gli iscritti al sito. Il secondo evento formativo è stato svolto nel Dicembre 2014 con modalità frontale. Nel primo semestre 2015 si è svolto un terzo evento, con la modalità della Formazione sul Campo, articolato in cinque incontri durante i quali si sono condivisi i contributi emersi dai due eventi del 2014, i contributi del forum e le proposte emerse sulle aree di miglioramento grazie alla partecipazione di tutor dedicati che avevano preso parte alle precedenti iniziative e si sono discussi casi clinici reali.

RISULTATI Il primo evento ha visto la partecipazione di 26 professionisti sanitari: 5 Farmacisti, 7 Infermieri, 14 Medici. Nel Forum dedicato sono state avviate 7 discussioni, in cui sono stati raccolti 17 messaggi. Il secondo evento ha visto la partecipazione di 32 operatori sanitari: 6 Farmacisti, 3 Infermieri, 20 Medici, 3 Odontoiatri. Il terzo evento ha visto la partecipazione di 10 professionisti sanitari. Durante gli eventi sono state affrontate le seguenti tematiche: trattamento dell'insonnia soprattutto nell'anziano, alternative farmacologiche e non; trattamento degli stati d'ansia; modalità di intercettazione degli abusatori di BZD e possibili misure di controllo, aspetti medico-legali connessi al trattamento con BZD.

LIMITI Trattandosi di iniziative di formazione e sensibilizzazione nonostante l'apprezzamento e la partecipazione non si è potuta rilevare e quantificare l'effettiva ricaduta nella quotidiana pratica professionale.

CONCLUSIONI Si sono formulate diverse proposte tra cui: nell'insonnia, utilizzo delle BZD solo nei casi gravi per non più di 10-15 giorni; nei disturbi d'ansia, utilizzo delle BZD per massimo quattro settimane o comunque al bisogno. Si sono affrontati casi clinici di abusatori di BZD, differenziando le categorie di abusatori in: long term users (LTUs) e high-dose users (HDUs). Si è individuato nel Lormetazepam la molecola più pericolosa e si sono indagate varie strategie terapeutiche per il trattamento delle dipendenze da BZD tra cui i classici schemi di riduzione graduale del dosaggio. Tra le alternative terapeutiche nel trattamento dell'insonnia sono state indagate le alternative farmacologiche e le evidenze a supporto ed è stato rimarcato il ruolo dei provvedimenti di igiene del sonno. Si è sottolineata l'importanza del coinvolgimento dei pazienti nelle scelte terapeutiche e di offrire loro un'informazione completa e documentata. Il problema è ben lungi dall'essere risolto ma solo creando un'integrazione tra le varie professionalità chiamate in gioco ed un'alleanza con i pazienti si può tentare di arginare e sperare di risolvere una questione dai forti connotati sociali e dal notevole impatto in termini di Salute Pubblica.

Indirizzo per la corrispondenza

Signoretta Vincenzo, Farmacista
Azienda USL di Reggio Emilia - Dipartimento Farmaceutico
Via Amendola, 2 - 42122 - Reggio nell'Emilia
Email: vinny-darth@libero.it

103. Livello di conoscenza degli studenti in Infermieristica sulla corretta gestione dei dispositivi vascolari periferici: studio trasversale

Simonetti Valentina¹, Dania Comparcini², Davide Miniscalco³, Elisa Floridi¹, Silvano Troiani³, Giancarlo Cicolini⁴

¹ASUR Marche AV 5 Ascoli Piceno, ²AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona, ³Università Politecnica delle Marche, ⁴Università G. d'Annunzio di Chieti

BACKGROUND I cateteri venosi periferici (CVP) sono i dispositivi più usati dagli infermieri per l'accesso vascolare; tuttavia, il loro uso espone pazienti a rischi infettivi (locali/sistemici). La compliance con le linee guida di pratica clinica per la prevenzione delle infezioni catetere-correlate, sono estremamente importanti per aiutare i professionisti a ridurre il rischio di infezioni, anche se non vengono sempre rispettate dagli operatori. Fra le principali motivazioni che portano i professionisti sanitari a discostarsi talvolta dalle raccomandazioni evidence-based alcuni autori riportano: carenza di conoscenze ed abilità, attitudini negative dei professionisti e fattori legati all'organizzazione. In particolare, la conoscenza rappresenta un fattore cruciale in grado di migliorare l'autoconsapevolezza degli operatori durante il management di tale dispositivo e di conseguenza migliora la pratica clinica. Tuttavia, ad oggi la letteratura sull'argomento è limitata e nessun dato ad oggi è disponibile per riflettere sul livello di conoscenza degli studenti in infermieristica, delle attuali raccomandazioni per prevenire le infezioni associate al catetere.

OBIETTIVI verificare il livello di conoscenza delle attuali raccomandazioni del CDC di Atlanta sulla corretta gestione dei dispositivi vascolari periferici da parte degli studenti infermieri. Inoltre, sono stati valutati i potenziali fattori predittivi associati alla aderenza alle raccomandazioni.

METODI Lo studio è stato condotto da febbraio a giugno 2015, presso le sedi dell'Università Politecnica delle Marche, includendo tutti gli studenti del primo, secondo e terzo anno di corso. I partecipanti hanno compilato un questionario validato (Cicolini et al. 2013) costituito da 10 item a risposta multipla. Per ogni risposta esatta è stato attribuito un punto; le risposte errate invece, non hanno influenzato il punteggio finale. Il punteggio massimo poteva essere di 10 punti, il minimo di zero.

RISULTATI Il campione finale è costituito da 900 studenti (tasso di risposta: 73.11%), equamente distribuiti fra i cinque poli; di genere femminile (75.2%); con un'età media di 22 anni; frequentanti il primo anno di corso (40.3%) e con almeno un anno di esperienza di tirocinio clinico (40.3%). Analizzando le 10 risposte al questionario, è possibile osservare un alto tasso di risposte errate rispetto alle domande poste circa il lavaggio delle mani prima dell'inserimento del CVP (70.1%); l'uso di aghi in acciaio per la somministrazione di farmaci (60.7%); la scelta della medicazione più idonea a coprire il sito di inserzione del catetere (56.2%); la corretta concentrazione di clorexidina per l'antisepsi della cute prima dell'inserimento del CVP (70.7%); l'uso delle creme antibiotiche sul sito di inserzione (68.5). La mediana del punteggio ottenuto dalle risposte ai 10 item del questionario da parte della totalità dei soggetti è di 5 (IQ:4-6). Non si osserva una differenza statisticamente significativa fra i punteggi ottenuti ed il genere ($p=0.108$); mentre si possono osservare delle associazioni statisticamente significative tra lo score e le altre variabili: anno di corso, esperienza di tirocinio ed Unità Operative frequentate (tutte p

LIMITI Il principale limite dello studio è rappresentato disegno monocentrico dello studio che non consente la generalizzabilità dei risultati.

CONCLUSIONI Molte delle procedure raccomandate per la gestione del CVP erano poco conosciute dai partecipanti allo studio e ciò potrebbe portare gli studenti ad aderire solo parzialmente alle linee guida nella pratica clinica, con conseguenze negative nella cura del paziente. Tuttavia, l'esperienza ed il livello di formazione acquisita durante il corso di studi, sembrano essere associati ad una maggiore conoscenza degli studenti. Questo può rappresentare uno spunto di riflessione per i manager infermieristici ed i Direttori Didattici dei Corsi di Laurea in Infermieristica, che attraverso l'analisi delle criticità emerse, potrebbero favorire l'attivazione di nuovi programmi educativi o modalità di training volti ad aggiornare le conoscenze in questo ambito. Inoltre, dallo studio sono emersi anche alcuni fattori predittivi di scarsa aderenza; pertanto, in accordo con i risultati dell'indagine i maggiori sforzi dovrebbero essere rivolti agli studenti del primo anno di corso. Per concludere, vista l'importanza di procedere ad un'accurata prevenzione delle infezioni catetere-correlate e delle flebiti, sarebbe auspicabile una maggiore attenzione su questo argomento, promuovendo l'attivazione di nuove ricerche per ampliare le conoscenze e confrontare i risultati ottenuti nei vari contesti sia in ambito nazionale che internazionale.

Indirizzo per la corrispondenza

Simonetti Valentina, Infermiere
Ospedale di Civitanova Marche - U.O. Otorinolaringoiatria
Via Ginevri, 1 - 62013 - Civitanova Marche
Email: valentina_simonetti@libero.it

104. Qualità di vita dei pazienti portatori di stomia: studio osservazionale

Simonetti Valentina¹, Comparcini Dania², Nardi Serena³, Villa Paolo¹, Troiani Silvano³, Brunetti Cristina¹, Cicolini Giuancarlo⁴

¹ASUR Marche AV 5 Ascoli Piceno, ²AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ³Università Politecnica delle Marche, ⁴Università G. d'Annunzio di Chieti

BACKGROUND Secondo i dati epidemiologici, i portatori di stomia in Italia sono aumentati progressivamente, fino ad arrivare a 70.000 nel 2013, contro i 55.000 del 2009. Tra le cause sono riscontrabili sia l'aumento dell'incidenza della patologia neoplastica e delle cronicità, che l'incremento della longevità delle persone. Diversi studi hanno evidenziato come la stomia sia spesso percepita come un ostacolo alle normali relazioni sociali, impattando negativamente sulla qualità di vita delle persone. La valutazione della qualità di vita degli stomizzati tuttavia, non è una pratica sempre attuata dai professionisti deputati all'assistenza, nonostante possa essere molto utile per conoscere le difficoltà e i bisogni riscontrati e vissuti dai pazienti stessi e poter attuare delle strategie correttive.

OBIETTIVI Valutare la qualità di vita; conoscere il profilo socio-demografico e le difficoltà legate alla gestione della stomia dei pazienti stomizzati.

METODI Lo studio è stato condotto dal 17 Marzo al 30 Giugno 2014 presso l'ambulatorio delle stomie del Presidio Ospedaliero "G. Mazzoni" di Ascoli Piceno. Sono stati reclutati tutti i soggetti stomizzati afferenti agli ambulatori delle stomie, includendo allo studio tutti i portatori di stomia da almeno un mese, maggiorenni e che hanno acconsentito volontariamente a partecipare all'indagine. Ai partecipanti è stato somministrato lo strumento Stoma QoL - versione italiana, costituito da 20 item che valutano la percezione di impatto della condizione di stomizzato sui vari aspetti della vita quotidiana. L'analisi dei punteggi correlati alle modalità di risposta permette di calcolare un indice sintetico di Qualità di Vita (da 20 a 80: peggiore e migliore qualità di vita, rispettivamente).

RISULTATI Il campione complessivo è risultato composto da 58 soggetti equamente distribuiti fra maschi e femmine; di età media 75 anni. La maggioranza dei partecipanti presenta una stomia definitiva (87.9%) a causa di un tumore (81%). Dall'analisi delle risposte allo Stoma-QoL, si evidenzia il focalizzarsi della preoccupazione su aspetti collegati al fatto che l'ausilio possa staccarsi o riempirsi le variabili riferite alla dimensione socio-relazionale risultano invece poco considerate non producendo consenso sulla modalità negativa (Spesso). In generale l'indice di qualità di vita risulta essere medio (40).

LIMITI Il disegno di studio monocentrico e il campione ristretto non consentono una buona validità esterna. Ulteriori studi prospettici si rendono necessari a sostegno dei risultati ottenuti.

CONCLUSIONI I risultati dello studio possono essere utili per comprendere meglio i fattori che contribuiscono maggiormente all'abbassamento della qualità di vita dei soggetti con stomia. L'utilizzo sistematico, sulla singola persona assistita, di uno strumento validato come lo Stoma-QoL, permetterebbe di produrre le informazioni necessarie per tutte le decisioni di governo e di sviluppo della qualità dell'assistenza rivolta allo stomizzato.

Indirizzo per la corrispondenza

Comparcini Dania, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: da.comparcini@gmail.com

105. Associazione tra variabili anamnestiche e induzione del travaglio ed espletamento del parto in gestanti a termine di gravidanza con Rottura Prematura delle Membrane

Simonetti Valentina¹, Di Matteo Cinzia¹, Comparcini Dania², De Giorgio Sara³, Cicolini Giancarlo¹

¹Università "G. D'Annunzio", ²AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona, ³Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli

BACKGROUND La Rottura Prematura delle Membrane a termine (Term PROM) è definita come la rottura delle membrane prima dell'inizio del travaglio oltre le 37 settimane di gestazione. L'incidenza di PROM a termine di gravidanza è dell'8%. Il travaglio spontaneo sorge dopo 24, 48 e 96 ore, rispettivamente nel 70%, 85% e 95% delle donne. Nel management assistenziale, le donne con rottura prematura delle membrane possono essere sottoposte all'induzione immediata del travaglio con ossitocina, all'induzione immediata con prostaglandine, ad una condotta d'attesa seguita da induzione con ossitocina se necessaria, o ad una condotta d'attesa seguita se necessaria da un'induzione con prostaglandine. Numerosi studi mettono a confronto gli esiti del parto con la tipologia di trattamento delle pazienti con Rottura Prematura delle membrane, il metodo di induzione e il tipo di espletamento del parto. Sono stati condotti pochi studi per valutare come l'età e la nazionalità possano influenzare il tipo di induzione del parto e il tipo di parto.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è quello di analizzare come gli aspetti anamnestici materni quali la nazionalità, la parità e l'età possano influenzare la tipologia di parto, l'induzione e durata del travaglio, le differenze tra gestanti primipare e pluripare, in pazienti con rottura prematura delle membrane (PROM) oltre la 37° settimana di gestazione.

METODI Lo studio, osservazionale retrospettivo, è stato condotto presso il Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano. Sono state prese in esame tutte le cartelle delle gestanti a termine di gravidanza che, nel periodo compreso tra ottobre 2011 a giugno 2013, hanno avuto accesso al Pronto Soccorso con diagnosi di Rottura Prematura delle Membrane, dalla 37° settimana di gestazione, con feto in presentazione cefalica, di età compresa tra i 20 e i 45 anni, di qualsiasi nazionalità. Le analisi sono state effettuate con il software Stata 13.1.

RISULTATI Sono stati analizzati i dati di 849 pazienti. Nel 23% dei casi (n=193) il parto è stato indotto. Il 63% del campione è di nazionalità italiana. Il parto è stato indotto al 23% delle donne italiane e al 22% di quelle straniere. Il 68% delle donne sono primipare, tra queste, il 27% ha avuto il parto indotto, mentre tra coloro che avevano già avuto una gravidanza, il parto è stato indotto solo nel 13% dei casi (p

LIMITI Non è stato possibile mettere a confronto gli esiti dell'induzione al parto con gel intracervicale a rilascio graduale in quanto, nella realtà ospedaliera dove è stato condotto lo studio, l'utilizzo del dispositivo vaginale è stato introdotto solo recentemente.

CONCLUSIONI Lo studio ha confermato che le donne pluripare hanno meno possibilità di essere indotte al parto rispetto alle donne nullipare. Non si notano differenze tra nullipare e pluripare nell'intervallo di tempo intercorso tra l'ultima applicazione di prostaglandine e il parto. Il rischio di espletare il parto con taglio cesareo è maggiore sia nelle pazienti che hanno avuto un parto indotto rispetto a coloro in cui il travaglio è insorto spontaneamente, sia in donne che non hanno mai partorito rispetto a donne pluripare. L'anestesia peridurale è stata scelta prevalentemente dalle primipare e nelle donne a cui è stato indotto il parto. Inoltre, la ventosa ostetrica è stata applicata più frequentemente nelle pazienti che hanno eseguito l'epidurale. È auspicabile effettuare ulteriori studi multicentrici per approfondire gli aspetti indagati nel presente studio al fine di migliorare la qualità assistenziale attraverso la possibilità di ottenere una previsione precoce di induzione al parto e taglio cesareo nelle gestanti.

Indirizzo per la corrispondenza

Comparcini Dania, Infermiere
Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: da.comparcini@gmail.com

106. Proposta di un Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) di tipo divulgativo – educativo rivolto alla Popolazione per il riconoscimento precoce dei sintomi premonitori delle Malattie del Corpo Vitreo e della Retina.

Stroili Manuela, Pastore Marco, Bigarella Patrizia, Tognetto Daniele

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

BACKGROUND L'attività di promozione della salute è cruciale per sensibilizzare la popolazione al riconoscimento precoce dei sintomi relativi a malattie retiniche che possono portare a cecità al fine di consentire una diagnosi ed un trattamento tempestivi. Le diverse cause di cecità insorgono anche in giovane età e spesso sono rappresentate da patologie prevenibili o curabili. Nei Paesi industrializzati la diagnosi precoce è ottenibile con il riconoscimento dei sintomi o con uno screening ed un tempestivo invio al medico oculista. Alcune malattie della retina e del vitreo come l'edema maculare diabetico, le rotture e il distacco di retina, la degenerazione maculare legata all'età, le trombosi venose e le membrane epiretinali, l'emovitreo ed i tumori oculari sono patologie che possono essere diagnosticate tempestivamente e curate.

OBIETTIVI Per contribuire alla riduzione di gravi complicanze oculari informando i pazienti sulla loro malattia per farli giungere in tempo alla diagnosi e alla cura, lo strumento ideato è un Poster educativo, che analizza la sintomatologia delle principali patologie retiniche. Viene poi costruito un PDT di tipo divulgativo-educativo per le Patologie Vitreo-Retiniche. Se ne prevede la divulgazione in luoghi di pubblica utilità tramite ASL e Regione che potranno distribuirlo anche ai Medici di Medicina Generale (MMG) ed alle Farmacie per l'esposizione nelle aree d'attesa.

METODI Gli Autori hanno costituito un gruppo di lavoro, coinvolgente medici strutturati e specializzandi, che attraverso un'analisi della casistica della Clinica Oculistica dell'Ospedale Maggiore di Trieste che gestisce il Centro di riferimento regionale per il Friuli Venezia Giulia della chirurgia vitreo-retinica, ed in riferimento alla letteratura sull'argomento, ha valutato i sintomi relativi alle principali patologie vitreoretiniche.

RISULTATI Presso la Clinica dal 2000 al 2015 sono stati seguiti 2.859 nuovi Pazienti, effettuate 20.134 visite specialistiche ed eseguiti 3.164 interventi di chirurgia vitreo-retinica. Il PDT per le Malattie vitreo-retiniche è stato strutturato in base ai sintomi riconoscibili dal paziente. I sintomi riferiti dai pazienti riguardanti le lesioni vitreoretiniche comprendono: la comparsa di un'ombra fissa nel campo visivo simile ad un velo, un annebbiamento visivo, una diminuzione progressiva della vista che inizia dalla periferia del campo visivo per poi progredire verso il centro, la visione di lampi di luce, la visione di piccoli corpi mobili che si osservano in particolare guardando una superficie chiara e descritti come puntini, stormi volanti di uccelli, moscerini, ragni, filamenti grigi contorti, una visione traballante, una visione che dà l'impressione di vedere attraverso l'acqua, una distorsione delle immagini. Tutti questi sintomi sono presenti prevalentemente in assenza di dolore o segni d'infiammazione come prurito, rossore e bruciore. Il paziente deve essere educato a notare questi disturbi della visione. Il riconoscimento di sintomi riferibili a patologie vitreoretiniche è fondamentale per richiedere l'intervento dell'oculista che potrà eseguire, oltre ad una visita oftalmologica completa, esami di approfondimento quali ad esempio la Tomografia a coerenza ottica (OCT) e la Fluorangiografia.

LIMITI I pazienti devono comprendere il significato del Poster e vi può essere sottovalutazione da parte del medico.

CONCLUSIONI Attualmente giungono ancora tardivamente alla nostra osservazione pazienti che ricordano di aver avuto alcuni dei sintomi sopraindicati, ma che non ne conoscevano il significato prognostico sfavorevole. Auspichiamo che l'informazione da noi attivata nei confronti di operatori di altre discipline sanitarie e della nostra Popolazione possa contribuire alla riduzione delle complicanze invalidanti in ambito oculistico.

Indirizzo per la corrispondenza

Stroili Manuela, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste - S.S. Dip. Technology Assessment
Via Farneto, 3 - 34142 - Trieste
Email: manuela.stroili@tin.it

107. **Audit sull'impatto della Malattia Diabetica nell'attività di ricovero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste e proposta di uno Strumento di formazione del Paziente diabetico per la prevenzione dell'aggravamento della malattia e dell'insorgenza delle complicanze più frequenti o gravi.**

Stroili Manuela, Spangaro Franco, De Monte Ariella, Gandolfi Chiara

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

BACKGROUND La malattia diabetica è una malattia cronica e si distingue in Diabete di tipo 1, carente d'insulina e trattato giornalmente con Insulina sottocutanea e dieta e in Diabete di tipo 2, resistente all'assorbimento dell'Insulina prodotta e curato con dieta e farmaci per via orale. Il tipo 2 colpisce oltre il 6,2% degli italiani e un 8,1% della popolazione europea, il tipo 1 ne costituisce il 10%[1]. Nella nostra AOU dal 2010 al 2014, su 137.911 dimissioni, 16.478 SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera) riportano una diagnosi di Diabete, di questi 3.272 (DRG) sono chirurgici e 13.206 di tipo medico. A Trieste esistono anche Ambulatori distrettuali. È noto che le gravi complicanze del Diabete possono diminuire se alcuni Parametri sono tenuti regolarmente sotto controllo[2,3].

OBIETTIVI I nostri obiettivi sono stati l'individuazione della Popolazione diabetica da noi ricoverata, delle complicanze chirurgiche più debilitanti e l'allestimento di uno Strumento (Scheda) di facile comprensione da consegnare al Paziente ed ai suoi familiari per educarli alla concreta gestione della Malattia nei periodi in cui non si recano dal Medico, rendendoli autonomi nel riconoscere i parametri che provocano l'aggravamento del Diabete. Successivamente si potrà valutare se c'è un minor ricorso alle strutture ospedaliere.

METODI Gli Autori hanno organizzato incontri di Formazione, costituito un Gruppo di Lavoro, promosso Audit e generato idee di miglioramento dell'assistenza, consultato le Banche Dati, discusso e scritto le 2 Schede.

RISULTATI La Popolazione diabetica che si è ricoverata da noi è costituita da 9.056 diversi soggetti, ricoverati 16.478 volte per varie cause: 60% maschi e 40% femmine, età 15-64 anni il 18% e dai 65 in su l'80%; i ricoveri s'incrementano significativamente dopo i 40 anni d'età. Di questa popolazione 8.232 (91%) sono stati ricoverati da 1 a 3 volte, mentre 53 persone sono state ricoverate da 10 a 51 volte in Ricovero Ordinario o in Day Hospital. Nei 3.272 Ricoveri chirurgici è stato possibile distinguere i due tipi di diabete. Per il Diabete di tipo 1 su 95 ricoveri riportiamo i seguenti interventi: 27 in Cardiologia Emodinamica o in Cardiocirurgia, 1 impianto di Pacemaker cardiaco, 3 vascolari, 1 amputazione di arto e 1 reimpianto di arto. Per il Diabete di tipo 2 su 3.177 ricoveri riportiamo: 1.095 in Cardiologia Emodinamica o in Cardiocirurgia, 329 impianti di Pacemaker cardiaco o di Defibrillatore automatico, 212 vascolari, 59 sostituzioni o reimpianti di arto, 30 amputazioni generiche, 26 amputazioni di arto superiore, dita piede o tessuto muscolo-scheletrico/connettivo, 41 interventi per obesità. I Medici hanno elaborato 2 distinte Schede "di Monitoraggio dei fattori di aggravamento del Diabete" per il tipo 1 e il tipo 2, in formato fotocopiabile e che indicano con che frequenza il Paziente deve controllare i seguenti parametri di aggravamento del suo Diabete e quale sia il loro valore ideale per verificarne subito lo scostamento: peso, calorie della dieta, pressione arteriosa, lavaggio e asciugatura dei piedi, glicemia prima e lontano dai pasti, emoglobina glicosilata, corpi chetonici e microalbuminuria nelle urine, colesterolo LDL, trigliceridi, creatininemia, controllo del fondo dell'occhio, elettrocardiogramma, insorgenza di dolore persistente agli arti. I Medici della 3ª Medica hanno spiegato e consegnato le 2 Schede finora a 25 Pazienti dimessi entrando nella fase di sperimentazione per testare comprensibilità ed efficacia dello Strumento, personalizzando i parametri per ciascun Paziente diabetico ed allegandole alla Lettera di dimissione, con particolare attenzione ai Pazienti che vanno incontro a ricoveri ripetuti. Le Schede sono state presentate al Dipartimento di Medicina Interna per la sua estensione alle altre Strutture.

LIMITI Il Medico che dimette il Paziente deve conoscere la Terapia del Diabete e la Dieta prescritta ed avere il tempo di 20 minuti per personalizzare la Scheda sul Paziente ed accertarsi che la comprenda. Le SDO (16.478) devono avere una codifica accurata delle Diagnosi per consentire delle analisi mirate ed una precisa, anonima classificazione dei Pazienti per il miglioramento delle azioni di prevenzione e delle cure.

CONCLUSIONI È noto che le complicanze più gravi del Diabete possono diminuire se i Parametri sopra riportati vengono mantenuti stabilmente entro i valori consigliati e le nostre 2 Schede di Monitoraggio possono contribuire al mantenimento della vigilanza sull'andamento della Malattia da parte del Paziente e dei suoi familiari. Le 2 Schede inoltre diventano uno strumento utile per il Medico di Medicina Generale che deve essere coinvolto nel progetto educativo. REF[1] Italian Diabetes Monitor Ed.A. Consoli n.1 e 2, 2015; [2] ISS, Prevalenza e incidenza delle complicanze del diabete: studio DAI 2007, Rapporti ISTISAN 07/25; [3] Joint British Diabetes Societies Inpatient Care Group; Management of adults with diabetes undergoing surgery and elective procedures: improving standards. Revised 2015.

Indirizzo per la corrispondenza

Stroili Manuela, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste - S.S. Dip. Technology Assessment
Via Farneto, 3 - 34142 - Trieste
Email: manuela.stroili@tin.it

108. Utilizzo della Nursing Competence Scale (NCS) in ambito dialitico

Sturba Marzia Serafina¹, Troiani Silvano¹, Manocchi Katia², Traini Tiziana¹

¹UNIVPM, ASUR Marche Area Vasta 5

BACKGROUND Le professioni sanitarie svolgono un ruolo cruciale per il funzionamento delle aziende sanitarie, grazie a professionisti che contribuiscono al benessere sociale, mantenendo responsabilmente buoni livelli di competenza. Il valore attribuito alla valutazione delle competenze è un concetto ormai universalmente accettato nella letteratura infermieristica arrivando a migliorare la qualità del lavoro ed i sistemi di programmazione e gestione delle risorse umane. La NCS è stata utilizzata in diverse unità operative (emergenza, terapia intensiva, sala operatoria, medicina, chirurgia, neurologia, psichiatria) ma non ancora in ambito dialitico.

OBIETTIVI Rilevare la NSC (Nurse Competence Scale) tramite la somministrazione di un questionario autovalutativo, il livello delle competenze cliniche percepite dagli Infermieri stessi, ovvero i deficit di conoscenza e di conseguenza i propri bisogni formativi.

METODI Studio osservazionale trasversale (cross sectional) condotto nei centri dialisi dell'ASUR Area Vasta 1, Area Vasta 2, Area Vasta 3, Area Vasta 4 e Area Vasta 5 della regione Marche. Il campione, costituito dagli infermieri dei centri di dialisi, è stato preventivamente informato sulle finalità del progetto presentando sia l'idea progettuale che illustrando il questionario (contenente una scala di Likert a 5 livelli di competenza), evidenziando che i dati raccolti sarebbero stati elaborati nel più completo rispetto dell'anonymato.

RISULTATI Sono stati analizzati complessivamente 175 questionari, di cui 39 (22%) provenienti dall'Area Vasta 1; 19 (11%) dall'Area Vasta 2; 57 (33%) dall'Area Vasta 3; 27 (15%) dall'Area Vasta 4; 33 (19%) dall'Area Vasta 5. Dall'analisi dei dati, per singolo dominio, si evince che il personale infermieristico di tutte le aree vaste della regione Marche, ha punteggi più elevati per quanto riguarda domini relativi alle competenze di educazione e di ruolo ricoperto, mentre tutte mostrano punteggi più bassi per quanto riguarda il dominio assicurazione qualità. La percentuale più elevata di risposte indicante una competenza auto-valutata al massimo discreta è risultata in corrispondenza degli item "Accertare i bisogni psicologici dei familiari" e "Concorrere a sviluppare con tutta l'equipe l'uso di strumenti diagnostici" e, a seguire, "Organizzare per il paziente la consulenza di un esperto" e "Concorrere a sviluppare con tutta l'equipe l'osservazione del paziente. Dall'analisi dei dati, per singolo dominio, si evince che il personale infermieristico di tutte le Aree Vaste dell'A.S.U.R. della regione Marche, ha punteggi più elevati per quanto riguarda le competenze di educazione e di ruolo ricoperto, mentre tutte mostrano punteggi più bassi per quanto riguarda il dominio assicurazione qualità. Inoltre, il confronto tra le cinque Aree Vaste evidenzia che l'Area Vasta 4 presenta punteggi significativamente più elevati ed in particolare per quanto riguarda le competenze di educazione, gli interventi terapeutici e il ruolo ricoperto. Per concludere, l'indagine condotta evidenzia come l'applicazione di uno strumento di autovalutazione permetta ai professionisti infermieri di esprimere il proprio bisogno formativo e all'organizzazione di identificare quali competenze sviluppare e potenziare, coerentemente con il modello organizzativo, gli obiettivi aziendali e le esigenze del professionista stesso.

LIMITI Difficoltà a lavorare in squadra, a coordinarsi con altre figure professionali al fine di sviluppare un unico piano assistenziale che vede coinvolto un team multidisciplinare e a utilizzare i risultati della ricerca per realizzare interventi assistenziali migliori.

CONCLUSIONI Esiste la consapevolezza che solo attraverso lo screening mirato dei bisogni formativi e organizzativi è possibile attuare strategie aziendali efficaci volte a soddisfare le esigenze delle singole categorie professionali e a migliorare, di conseguenza, l'organizzazione sanitaria. In particolare, il campione indagato ha mostrato risultati univoci in tutti i domini, evidenziando bisogni formativi specifici e prioritari. Ancor più di rilievo sono i risultati emersi per ciascun item indagato nell'ambito del contesto dialitico. Nello specifico, i risultati mostrano come gli interventi formativi, necessari per completare le competenze, possano essere indirizzati verso l'area della ricerca, le attività assistenziali sviluppate in un contesto di equipe e lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici realizzati in un ambito di equipe multidisciplinare. Infatti, la percentuale più elevata di risposte indicante una competenza auto-valutata al massimo discreta, in tutti i domini indagati, è risultata in corrispondenza di item in cui le competenze richieste fanno riferimento ad interventi multidisciplinari e all'utilizzo dei risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell'assistenza infermieristica.

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

109. Miglioramento delle pratiche di monitoraggio delle alterazioni metaboliche: applicazione della metodica dell’Audit Clinico

Tedeschini Enrico, Bergonzini Elisa, Bellei Elena, Farina Gaetano, Formicola Vitoantonio, Ferrara Maria, Starace Fabrizio

AUSL Modena

BACKGROUND Il Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche (DSM DP) dell’Azienda USL di Modena ha individuato come obiettivo primario la promozione di attività orientate a promuovere il benessere fisico e prevenire situazioni di rischio e di patologia. Gli utenti afferenti ai servizi di salute mentale presentano un rischio aumentato dal 40 al 60 % di sviluppare una sindrome metabolica sia perché conducono una vita meno attiva rispetto alla popolazione generale e prestano una minor attenzione alla propria salute fisica e all’adozione di stili di vita sani e regolari, sia perché i trattamenti farmacologici, in particolare gli antipsicotici di seconda generazione (SGA), hanno come principali effetti collaterali quelli di tipo metabolico (diabete di tipo 2, dislipidemia, ipertensione ed obesità). Un accurato e periodico monitoraggio delle alterazioni metaboliche secondarie alla terapia farmacologica avrebbe quindi il potenziale di migliorare la qualità della vita delle persone con disturbi mentali, attraverso il miglioramento della salute fisica.

OBIETTIVI L’obiettivo del progetto è aumentare la sensibilità e l’attenzione dei professionisti sanitari al monitoraggio degli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici, effettuando un audit clinico svolto in singola giornata in tutto il DSM DP e calato nella realtà quotidiana delle unità operative e dei professionisti.

METODI La Direzione del Dipartimento di Salute Mentale ha identificato come criticità il monitoraggio dei parametri fisici in pazienti che assumono SGA. È stato costituito un gruppo di lavoro, formato da medici e infermieri che, partendo dai dati di letteratura e dalle raccomandazioni nazionali ed internazionali, ha definito gli standard ottimali per il monitoraggio. Il 16 Aprile 2015 è stata organizzata una giornata per la sensibilizzazione sul tema della salute fisica e del benessere “Giornata del Benessere” durante la quale è stata somministrata dagli operatori una checklist sintetica di monitoraggio del benessere fisico agli utenti del DSM DP che quel giorno hanno avuto accesso ai Centri di Salute Mentale (CSM) di Modena e provincia. La check list, oltre ai dati anagrafici, ha permesso di raccogliere dati rispetto ai parametri fisici (indice di massa corporea - IMC , circonferenza addominale – CA e pressione arteriosa - PA) e laboratoristici (profilo lipidico, glucidico) in particolare in pazienti che stanno assumendo un SGA. I risultati della “Giornata del Benessere” sono stati analizzati per confrontare la pratica corrente con gli standard. I risultati sono stati utilizzati durante due giornate formative, in cui sono stati coinvolti anche gli utenti, per migliorare la pratica clinica in vista di una successiva “Giornata del Benessere”, programmata per l’inizio Dicembre 2015. Unitamente a questo, sono stati inviati reminder periodici dalla Direzione del Dipartimento attraverso e-mail e i responsabili medici ed infermieristici dei Centri di Salute Mentale (CSM) sono stati sensibilizzati al tema con incontri specifici.

RISULTATI Durante la prima “Giornata del Benessere” sono state compilate 238 check list su un totale di 590 utenti che hanno avuto accesso ai CSM in quella giornata, con una distribuzione omogenea negli otto CSM del DSM DP. I dati raccolti hanno evidenziato una sostanziale inadeguatezza della pratica corrente rispetto agli standard, con un numero di cartelle compilate in modo completo corrispondente circa al 20%. La campagna di sensibilizzazione e la formazione hanno portato ad un progressivo aumento dell’attenzione verso il tema del benessere fisico, evidenziato da un numero di partecipanti al secondo evento formativo triplicato rispetto al primo (55 vs 18).

LIMITI Durante gli eventi formativi sono state analizzate anche le criticità e le barriere che hanno impedito una corretta applicazione degli standard di monitoraggio. Carenza di spazi, mancanza di comunicazione tra i sistemi informatici utilizzati da MMG e DSM DP, disomogeneità nella modalità di raccolta e registrazione dei dati sono state le maggiormente citate.

CONCLUSIONI L’utilizzo dell’audit clinico con questa modalità giornaliera e calata nella realtà quotidiana delle unità operative e dei professionisti si è rivelato un strumento semplice e facilmente applicabile. I risultati sono sotto gli standard rispetto all’appropriatezza del monitoraggio clinico, ma in linea rispetto alla letteratura internazionale (Barnet et al, 2010). La maggior partecipazione agli eventi formativi sul tema, l’analisi delle barriere e il coinvolgimento diretto della Direzione del Dipartimento e degli utenti nelle attività di sensibilizzazione sono però elementi fondamentali per il miglioramento dei risultati atteso durante la seconda “Giornata del benessere”.

Indirizzo per la corrispondenza

Tedeschini Enrico, Medico Chirurgo
Ospedale di Pavullo nel Frignano
Via San Giuseppe Benedetto Cottolengo, 5 - 41026 - Pavullo nel Frignano
Email: e.tedeschini@ausl.mo.it

110. L'esposizione al rischio biologico correlata al tirocinio clinico

Traini Tiziana, Fanesi Giulia, Amadio Mariella, Troiani Silvano

UNIVPM

BACKGROUND Il "rischio biologico" è la probabilità che, in presenza di un agente biologico, si verifichi un evento indesiderato per la salute. Essendo l'esposizione al rischio biologico una minaccia per coloro che lavorano in ambito sanitario, è indispensabile ridurre al minimo gli infortuni enfatizzando l'importanza dell'utilizzo dei DPI durante l'esecuzione delle manovre invasive. L'esposizione agli agenti biologici è la maggiore causa di infortuni tra gli infermieri, probabilmente perché risulta essere il personale che manipola maggiormente aghi e altri tipi di taglienti precedentemente entrati a contatto con i liquidi biologici del malato. Anche gli studenti delle professioni sanitarie, in particolare modo gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, durante lo svolgimento del tirocinio clinico, sono esposti al rischio biologico, durante l'arco dell'apprendimento clinico composto da 1800 ore di tirocinio, distribuiti durante i tre anni di corso.

OBIETTIVI Indagare il numero e la tipologia di infortuni verificatisi tra gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, per capire dove e come intervenire per un'educazione alla prevenzione di questo problema, con l'auspicio di ottenere, in futuro, una riduzione del numero degli infortuni a rischio biologico.

METODI Studio osservazionale retrospettivo. Il campione è formato da 326 studenti del CdL Infermieristica dell'UNIVPM, iscritti al CdL in Infermieristica dei cinque Poli didattici dell'Università Politecnica delle Marche dal 2009 al 2015, suddivisi nei tre rispettivi anni di corso. I dati sono stati forniti dal Servizio Prevenzione e Protezione dell'UNIVPM, previa autorizzazione del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia

RISULTATI Durante il periodo di osservazione, da giugno 2009 a settembre 2015, sono stati registrati 326 infortuni a rischio biologico riguardanti gli studenti iscritti al CdL in Infermieristica dell'UNIVPM di cui 128 (39,26%) frequentanti il primo anno, 89 (27,30%) il secondo anno e 101 (30,98%) il terzo. La percentuale di femmine esposte al rischio biologico è del 75,77% mentre quella dei maschi è del 24,23%. L'età media degli studenti presi in esame è di 24,05 anni. Il polo didattico in cui si sono verificati più infortuni è quello di Pesaro (23,62%). La più alta incidenza di infortuni è stata riscontrata nel 2014, con il 20,25%. Gli studenti più giovani risultano essere maggiormente esposti al rischio biologico. Causa di infortunio più frequente, in base alla modalità di esposizione, è quella della puntura accidentale (69,33%), seguita dal contatto con liquidi biologici potenzialmente infetti (30,06%) e, dalle lesioni da taglienti (0,61%). I device che più spesso causano lesioni da punta sono gli aghi cavi delle siringhe monouso (30,09%), gli aghi da insulina (25,22%) e gli aghi di tipo butterfly (22,12%) (Fig.3). Il sangue è il liquido biologico con il quale gli studenti sono entrati maggiormente a contatto nelle esposizioni muco cutanee (81,63%), al secondo posto le urine con l'11,22%. Gli studenti del primo anno sono più soggetti a infortuni di tipo biologico. Gli studenti del secondo anno risultano essere i più "attenti", mentre "paradossalmente" si registra un aumento degli infortuni tra i tirocinanti del terzo anno rispetto al secondo.

LIMITI Non è possibile quantificare il numero di infortuni non segnalati. I risultati non possono essere generalizzati a tutte le Università italiane, poiché potrebbero esserci delle differenze per quanto riguarda la durata dei periodi di tirocinio e l'adozione non conforme dei sistemi di controllo sugli incidenti occorsi.

CONCLUSIONI È indispensabile incoraggiare la segnalazione e il continuo monitoraggio degli incidenti con lo scopo di evidenziare le criticità, cercando di focalizzare l'attenzione soprattutto sulla gestione in sicurezza dei dispositivi pungenti e taglienti, prima causa del fenomeno infortunistico a rischio biologico. Si potrebbero inserire nel piano di studi ulteriori insegnamenti volti a sviluppare gli aspetti della sicurezza, della prevenzione e della protezione. Bisogna enfatizzare l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. Si ritiene necessario introdurre, nelle lezioni frontali, qualche ora per insegnare agli studenti una maggiore attenzione durante l'apprendimento clinico e l'importanza della prevenzione degli infortuni a rischio biologico, allo scopo di alimentare sempre di più la cultura della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro. È indispensabile enfatizzare l'utilizzo dei DPI, o, introdurre di nuovi per la prevenzione degli infortuni a rischio biologico, soprattutto per evitare di compromettere la salute degli operatori sanitari, ma anche perché si genera un impatto economico, non indifferente sia per la persona che ne è vittima (costi emotivi e sociali), sia per il Sistema Sanitario Nazionale che deve sopperire alla perdita di produttività, ai costi del trattamento e del follow-up ed al contenzioso.

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

111. La salute dei migranti

Traini Tiziana¹, Troiani Silvano¹, Warnakulasuriya M. Shanaka Minon F.¹, Mielli Lucia²

¹UNIVPM, ²ASUR Marche Area Vasta 5

BACKGROUND L'incontro tra culture tra loro diverse, che portano con sé storie, aspettative, espressioni di bisogni diversi da quelle stanziali, modifica piano piano la nostra società, nei comportamenti, negli atteggiamenti, nel linguaggio, ma anche nell'espressione professionale. Tra il 1990 e il 2010, l'Europa ha attirato 28 milioni di immigrati, il triplo rispetto al periodo 1970/1990, mantenendo una percentuale di 8,4% di immigrati sulla popolazione dell'UE. Solo 5 paesi, fra cui l'Italia, ospitano il 75% della popolazione straniera residente in Europa. Al 15° censimento, che fu fatto il 9 ottobre 2011 sul territorio italiano, la popolazione residente in Italia ammontava in totale a 59.433.744 unità, di cui 4.029.145 erano cittadini extracomunitari, residenti con il permesso di soggiorno: cioè il 6,78% dell'intera popolazione italiana. Tra le cause dell'emigrazione si distinguono abitualmente: - Fattori naturali (scarsità di risorse per lo sviluppo del gruppo umano, disastri naturali); - Fattori umani: esogeni, che possono essere, a loro volta, straordinari (guerre, persecuzioni) o inerenti ai processi socioeconomici e alle politiche di popolazione degli Stati. Prima dell'arrivo nel nostro paese, i migranti sono esposti a più fattori di rischio, come quelli culturali, ambientali e microbiologici dei loro paesi di provenienza o dai paesi di transito. Tuttavia le condizioni di vita, caratterizzate dalla povertà e il degrado e uno scarso accesso ai servizi clinici e di prevenzione, possono favorire l'insorgenza e lo sviluppo di patologie.

OBIETTIVI Adattare l'assistenza infermieristica, alle specifiche aspettative culturali, oltre che alle esigenze assistenziali, affinché ne derivi un'assistenza sanitaria efficace, capace di rispondere a tutti i bisogni del paziente non cittadino comunitario

METODI Applicazione degli elementi emici (interni alla cultura), stabilendo una relazione basata sulla fiducia, insieme alla conoscenza etica (esterna alla cultura), relativa alle idee professionali, nell'unione delle quali si può dare origine ad un'assistenza integrata propria dell'infermiere transculturale.

RISULTATI In uno studio, condotto dalla Federazione Ipsavi, dove si richiedeva la condizione di salute della persona, l'87,5% delle risposte da parte dei cittadini stranieri hanno risposto "sono buone" o "molto buone", a fronte dell'83,5% degli italiani. Una miglior percezione dello stato di salute si registra, per i cittadini dei paesi UE, tra i polacchi (88,4%) e, per i cittadini non comunitari, tra i cinesi (90,2%) e gli indiani (88,8%). Valori inferiori alla media interessano gli ucraini (85,8%) e i marocchini (85,2%). Le patologie più diffuse sono quelle dell'apparato respiratorio. Seguono le malattie dell'apparato digerente e dei denti, quelle del sistema nervoso, in prevalenza nelle donne, e quelle del sistema osteomuscolare. Le principali patologie per cui si rivolgono al servizio ambulatoriale, sono il diabete e l'ipercolesterolemia. Per quanto riguarda gli immigrati dall'Europa dell'Est, le richieste di intervento sanitario più frequenti, da parte degli uomini riguardano i traumatismi (25,9%) e le malattie dell'apparato digerente (13,8%), cardiocircolatorio (9,4%) e respiratorio (8,2%). Da parte delle donne la gravidanza, il parto e il puerperio (56,6%), le patologie a carico del sistema osteo-articolare (16,8%) e dell'apparato digerente (14,4%), oltre ai tumori (10,5%). I ricoveri sono meno frequenti, ad esclusione delle malattie infettive e parassitarie, che invece colpiscono in misura maggiore le donne immigrate

LIMITI Si possono identificare cinque possibili livelli di incomprensione (prelinguistico, linguistico, metalinguistico, culturale e metaculturale), derivanti da un'estrema frammentazione e diversificazione delle comunità e quindi dei bagagli linguistici e culturali presenti nel territorio

CONCLUSIONI I dati ISTAT evidenziano come in Italia vi sia un costante e cospicuo aumento della popolazione immigrata, con effetti che si ripercuotono a livello societario, demografico e sanitario. Tra le molteplici attività svolte dall'Infermiere, riveste notevole importanza quella di intermediario posto tra l'utente e le istituzioni sanitarie. In questo ruolo, difficile da interpretare, l'infermiere si trova tutti i giorni impegnato anche nella gestione dei conflitti culturali con l'utenza, nel tentativo di soddisfare le esigenze di un'utenza multietnica. La competenza professionale richiesta all'operatore sanitario deve essere adattata al bisogno relazionale dell'utente; perciò l'acquisizione da parte dell'infermiere, di conoscenze mutate dall'Antropologia Culturale, dal Nursing Transculturale ed Interculturale e dalla Psicologia Relazionale, associate alla conoscenza di specifici aspetti etico-deontologici e della normativa vigente in materia di immigrazione, può ottimizzare le prestazioni erogate agli utenti stranieri. La mediazione culturale deve essere considerata come il "ponte" fra le parti, e rappresentare una funzione utile e necessaria per agevolare il processo di integrazione e di mutamento sociale della società di accoglienza.

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

112. La gestione della disfagia post-ictus in Stroke Unit

Troiani Silvano, Traini Tiziana, Agostini Orlando

UNIVPM

BACKGROUND La disfagia è un disturbo causato da varie menomazioni neurologiche e/o strutturali: può essere il risultato di traumi a livello di capo e collo, incidenti cerebrovascolari, malattie degenerative neuromuscolari, cancro della testa o al collo, demenza ed encefalopatie. Presenta un'incidenza dal 13% al 71% nei pazienti colpiti da ictus cerebrale. Questa condizione, può rappresentare un allarme socio-sanitario; le proiezioni statistiche dell'OMS, prevedono che intorno al 2020, circa il 20% della popolazione mondiale, di età superiore a 60 anni, presenterà tale complicanza. Strategie appropriate e precoci nella presa in carico dell'utente, garantiscono una migliore prognosi. La valutazione del rischio di disfagia, secondo le principali Linee Guida di riferimento prodotte (SPREAD, NICE, SIGN), è fortemente raccomandata, prima dell'inizio della somministrazione di alimenti e bevande. L'approccio precoce mediante l'utilizzo di scale di valutazione, è universalmente riconosciuto come strategia per evitare rischi di complicanze estremamente pericolose per l'utente, quali la "polmonite ab-ingestis" o addirittura l'exitus per soffocamento (per una alterata sicurezza della deglutizione). Se tale complicanza non dovesse essere gestita con appropriatezza, oltre ad influire negativamente sulla qualità di vita del paziente, favorirebbe una condizione di denutrizione/malnutrizione e la conseguente disidratazione (alterata efficienza della deglutizione)

OBIETTIVI La ricerca mira a verificare la tipologia della valutazione della disfagia e quindi del trattamento assistenziale nei pazienti ricoverati con diagnosi di ictus nella Stroke Unit-Neurologia dell'Asur Marche Area Vasta n. 5.

METODI Nel periodo 1 giugno - 30 agosto 2015, è stato effettuato uno studio retrospettivo, includendo nell'indagine 54 pazienti di cui 30 Maschi e 24 Femmine, per il 55% rappresentanti la fascia d'età compresa tra 65 e 74anni. La valutazione delle capacità deglutorie è stata effettuata, durante il ricovero, utilizzando il Water Swallow Test. Sono state analizzate 54 cartelle integrate ovvero tutte le cartelle sanitarie dei pazienti oggetto di analisi, per un totale di 54 pazienti di cui n.28 disfagici. Sono stati inclusi tutti i pazienti post-ictus afferenti alla Stroke Unit dell'Area Vasta n.5 ASUR Marche presso il P.O. di San Benedetto del Tronto dal 1 giugno al 31 agosto 2015. Sono stati esclusi i soggetti con decadimento cognitivo grave e i soggetti in nutrizione artificiale. Le procedure in uso, oltre ad essere documentate, sono state confermate da colloqui ed interventi da parte degli stessi professionisti che si occupano, seppure con responsabilità diverse, del problema della disfagia (Infermiere, Neurologo, Fisiatra, Logopedista, Fisioterapista, OSS)

RISULTATI Alla verifica del Water Swallow Test, sono risultati disfagici 28 pazienti. Nessun paziente di quelli campionati è deceduto, come anche nessun caso di polmonite da ab-ingestis viene riscontrata. Il follow-up eseguito sui pazienti con ictus afferiti alla S.U. il giorno prima dalla dimissione dalla S.U. è stato realizzato in 19 casi, di cui 10 pazienti con alimentazione modificata risultano migliorati e quindi potevano nutrirsi regolarmente sia con cibi solidi che liquidi, 2 di quelli portatori di SNG potevano alimentarsi con dieta modificata e cioè morbida sia per quanto riguarda i liquidi che i solidi. Infine 5 su 12 pazienti portatori di SNG al momento del trasferimento, continuavano ad essere portatori di tale presidio. Da notare inoltre che dopo una settimana dalla prima valutazione, corrispondente cioè all'evento, 1/3 dei pazienti presentano una risoluzione già nella prima settimana dopo l'evento acuto, quelli con la dieta modificata possono cioè alimentarsi normalmente; quelli con il S.N.G. seppure con una dieta modificata, potevano invece assumere naturalmente il cibo. I dati dimostrano come la tipologia della nutrizione e dell'alimentazione sia correlata alla severità dei sintomi presenti nei soggetti presi in esame e mostrano una sostanziale sovrapposibilità a quelli riportati in letteratura, seppur riferiti ad un campione ridotto.

LIMITI Numero del campione e tempo limitato delle attività di raccolta dei dati

CONCLUSIONI La valutazione della disfagia è decisiva per la gestione dell'ictus acuto. È raccomandata non solo per evitare l'exitus per soffocamento, ma per prevenire condizioni di denutrizione/malnutrizione e quindi migliorare la qualità di vita del paziente, colpito da ictus cerebrale. Per una corretta gestione assistenziale della disfagia, sarebbe auspicabile che tutti gli infermieri applicassero lo screening al momento della presa in carico dell'utente. La bontà delle competenze del personale di assistenza riguardo alla gestione della disfagia del paziente con ictus, viene testimoniata dai risultati emersi. I dati infatti, in particolar modo quelli riguardante l'assenza di polmoniti da "ab ingestis", confermano il valore e la validità dell'assistenza fornita ai pazienti del campione preso in esame.

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

113. Ipotesi di un percorso formativo dello studente infermiere nel blocco operatorio

Troiani Silvano¹, Traini Tiziana¹, De Marzi Marzia¹, Floridi Elisa²

¹UNIVPM, ²ASUR Marche Area Vasta 5

BACKGROUND Per sviluppare al meglio le competenze professionali dello studente infermiere riguardanti il ragionamento diagnostico e il pensiero critico, è necessario incentivare, nel percorso di Tirocinio Clinico, l'interazione tra insegnamento teorico ed esperienza pratica sul campo, al fine di raggiungere una qualificazione del lavoro per competenze, basata sull'istruzione, sulla formazione, sulla metodologia learning by doing (imparare facendo), sul learning by thinking, (imparare pensando o imparare riflettendo), learning by loving (imparare amando) e sulla ricerca. Nel percorso chirurgico la corretta gestione della fase peri-operatoria, rappresenta un aspetto cruciale per l'attuale realtà dei Servizi Sanitari, impegnati a rispondere nei perimetri lavorativi quotidiani, a nuove esigenze di ottimizzazione delle risorse, riduzione del rischio chirurgico, presa in carico del paziente da parte di team interdisciplinare. Da queste esigenze scaturisce la necessità di un aggiornamento di competenze riferite al futuro Infermiere, al quale deve essere dedicato uno specifico progetto formativo attraverso il metodo learning by doing che si concretizza direttamente nei setting/tempi di lavoro, mettendo in atto attività a tutti gli effetti considerabili come lavorative. Il contratto di tirocinio è uno strumento a sostegno dell'apprendimento clinico, nel quale vengono inseriti gli obiettivi del tirocinio, i criteri e le modalità di valutazione. Oltre ad una parte generale standard per tutte le realtà, questo strumento sarà completato dalla guida di tirocinio, con obiettivi specifici coerenti con la realtà in cui viene espletato lo stesso, per rendere consapevole lo studente delle proprie aspettative e degli ambiti di crescita professionale. Il processo di valutazione in itinere e finale, nel tenere conto dell'arricchimento di portfolio specifico (capacità, conoscenze possedute) del singolo studente dovrà, attraverso un confronto con la guida di tirocinio, certificare le sue abilità specificamente e prevalentemente tecniche

OBIETTIVI Sperimentare un approccio metodologico del tirocinio clinico, fondato sull'analisi dei problemi assistenziali nel setting chirurgico e sulla certificazione delle competenze.

METODI Nel periodo 1 Marzo – 30 Giugno 2015, è stata effettuata una revisione degli item delle aeree di apprendimento professionalizzanti previste nel Contratto di Apprendimento Clinico nel setting formativo chirurgico dell'U.O. Blocco Operatorio dell'ASUR Area Vasta 5. A questo proposito si evince il progetto base che è quello di revisionare l'attuale contratto di Apprendimento Clinico redatto dall'Università Politecnica delle Marche sede di Ascoli Piceno ed attivarlo nell'attività di una Sala Operatoria per piccola chirurgia appositamente dedicata, implementando così un inserimento graduale, esaustivo ed adeguato del tirocinante infermiere all'interno del B. O.

RISULTATI Il passaggio dal vecchio B.O., architettonicamente non più adeguato alle richieste di spazio e di attività, dotato di un parco tecnologico obsoleto, al nuovo B.O. ha favorito e reso possibile la sperimentazione del nuovo modello organizzativo di Tirocinio Clinico, che naturalmente presuppone un grande impegno e volontà di cambiamento da parte dei Professionisti, coinvolti nella formazione sul campo.

LIMITI Nel percorso chirurgico la corretta gestione della fase peri-operatoria, rappresenta un aspetto cruciale per l'attuale realtà dei Servizi Sanitari, impegnati a rispondere nei perimetri lavorativi quotidiani, a nuove esigenze di ottimizzazione delle risorse.

CONCLUSIONI La revisionata e condivisa proposta di tirocinio clinico del B.O., permette allo studente Infermiere, oltre all'acquisizione delle competenze necessarie per l'assistenza infermieristica, anche lo sviluppo delle competenze necessarie per l'assistenza intra campo sterile, superando così il vecchio limite di conoscenza alla sola assistenza fuori campo. Attraverso tale strumento lo studente si inserisce nel contesto del B. O. tenendo presente gli obiettivi specifici del Servizio e raggiungendo in maniera ottimale gli obiettivi di ogni area di apprendimento (Etico-Deontologica, Tecnico-Assistenziale, Educativa-Relazionale, Organizzativa-Gestionale). Solo attraverso la valutazione del raggiungimento positivo nelle aree sopra menzionate, lo studente potrà dimostrare la sua capacità di apprendimento non più come soggetto fuori campo, ma protagonista a tutti gli effetti di un setting chirurgico dedicato ed ambire così a partecipare attivamente ed autonomamente alla strumentazione di piccoli interventi svolti in modalità day surgery.

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

114. Conciliare semplicità organizzativa ed igiene delle produzioni nella microimpresa alimentare: una survey in Piemonte

Vercellino Davide¹, D'Errico Valeria¹, Barzanti Paola¹, Nicolandi Luca², Caputo Marcello³, Negro Mauro³, Cravero Mauro⁴, Corgiat Loia Gianfranco⁴, Ru Giuseppe¹

¹Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, ²Azienda Sanitaria Locale TO4, ³Azienda Sanitaria Locale CN1, ⁴Regione Piemonte, Direzione Sanità, Settore Prevenzione e Veterinaria

BACKGROUND A partire dal 2004, la legislazione europea in materia di igiene degli alimenti definisce i requisiti strutturali e gestionali che le imprese produttrici devono soddisfare per tutelare il consumatore dai pericoli fisici, chimici e biologici potenzialmente associati agli alimenti. L'applicazione delle disposizioni comunitarie risulta particolarmente difficile nel piano di autocontrollo (PA) delle microimprese alimentari, a causa delle limitate risorse umane ed economiche disponibili. Di conseguenza, la DG SANTE ha previsto la possibilità di applicare in queste aziende procedure semplificate, che la Regione Piemonte ha codificato con la Determinazione Dirigenziale n° 692/2012. Questa strategia di semplificazione permette agli operatori del settore alimentare (OSA) di ottimizzare tempo e denaro investiti nell'attività di autocontrollo; inoltre consente al personale del controllo ufficiale di concentrarsi su una verifica operativa piuttosto che documentale.

OBIETTIVI Questo studio ha coinvolto OSA che gestiscono microimprese in Piemonte, con il fine di valutare: 1) la conoscenza delle possibilità di semplificazione dell'autocontrollo, 2) la percezione dell'utilità del PA e 3) la consapevolezza dei pericoli potenzialmente associati agli alimenti.

METODI Un campione di OSA afferenti a microimprese delle filiere carne (macelli, macellerie e gastronomie), latte (caseifici e gelaterie) e ristorazione (bar, trattorie e ristoranti) è stato intervistato telefonicamente con un questionario strutturato e pre-validato. Le imprese sono state selezionate dall'anagrafe regionale con campionamento casuale e stratificato per azienda sanitaria locale (ASL). La numerosità campionaria prevista era di 90 interviste per filiera, in modo che, con un livello di confidenza del 95%, l'errore massimo di stima fosse compreso nel range 4,5-10,5%.

RISULTATI Hanno risposto alla survey 187 microimprese di cui 79 della filiera carne (C), 72 della filiera latte (L) e 36 della ristorazione (R). Nelle tre filiere, il tasso di risposta è stato rispettivamente dell'88% (C), 95% (L) e 75% (R): questo tasso è stato calcolato dividendo il numero di intervistati per il totale degli operatori compresi nel campione che è stato possibile contattare (pertanto nel denominatore sono stati inclusi gli OSA che hanno rifiutato l'intervista, ma non quelli irrintracciabili). La durata media dell'intervista è stata di 15 minuti. Nel 42% (IC 95%, 35-49%) dei casi gli intervistati erano a conoscenza delle opportunità di semplificazione, tuttavia solo il 24% (IC 95%, 18-30%) delle imprese già sfruttava le possibilità offerte, seppur con buona soddisfazione. Infatti il 77% (IC 95%, 66-85%) degli OSA che già conosceva la semplificazione ha identificato questa opportunità come un concreto alleggerimento degli adempimenti per l'autocontrollo. Rispondendo alla domanda che chiedeva all'intervistato di indicare i tre pericoli di maggiore rilevanza sanitaria tra quelli potenzialmente associati agli alimenti (risposta multipla), il 77% (IC 95%, 70-83%) degli operatori segnala pericoli biologici, il 30% (IC 95%, 24-38%) chimici ed il 9% (IC 95%, 6-14%) fisici, mentre l'11% (IC 95%, 7-17%) non sa rispondere. Il 91% (IC 95%, 86-95%) degli intervistati ritiene che il PA sia utile per prepararsi ai controlli ufficiali, l'89% (IC 95%, 83-93%) che fornisca maggiori garanzie per produrre alimenti sani, il 78% (IC 95%, 72-83%) che aiuti a gestire meglio le fasi produttive ed il 51% (IC 95%, 47-61%) che aumenti la fiducia da parte dei clienti.

LIMITI Rappresentano una debolezza di questo studio le difficoltà riscontrate nel contattare gli operatori della ristorazione e nell'ottenere la loro disponibilità per l'intervista, problematiche che hanno determinato la bassa numerosità campionaria finale ed il basso tasso di risposta che caratterizzano questa filiera. Le difficoltà di contatto sono in parte attribuibili al carattere più dinamico di questo settore rispetto ad altri ed alla conseguente rapida obsolescenza dei dati in anagrafe, mentre la mancanza di disponibilità degli OSA all'intervista è stata giustificata, in buona parte dei casi, con la mancanza di tempo disponibile o con l'indisponibilità al di fuori degli orari di apertura al pubblico.

CONCLUSIONI Le possibilità di semplificazione dell'autocontrollo hanno incontrato una risposta favorevole da parte delle microimprese, tuttavia appare necessario migliorarne la pubblicizzazione, al fine di incrementarne conoscenza ed utilizzo. Tra gli OSA è maturata una buona consapevolezza dell'utilità del PA, anche se più come strumento di adempimento burocratico che di valorizzazione della qualità dei prodotti. In merito ai potenziali pericoli per il consumatore, la percezione degli OSA appare ancora limitata, nello specifico: troppi intervistati non hanno saputo rispondere alla domanda che indagava i principali pericoli associati agli alimenti, inoltre il pericolo chimico meriterebbe probabilmente una maggiore attenzione da parte delle imprese.

Indirizzo per la corrispondenza

Vercellino Davide,
Ist. Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta – Biostat., Epid. e Analisi del Rischio
Via Bologna, 148 - 10154 - Torino
Email: d.vercellino.vet@gmail.com

115. Insegnare PubMed: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

Vidale Claudia, Dal Bo' Ornella, Arnoldo Luca

Azienda Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia

BACKGROUND Molti studi internazionali hanno avvalorato l'importanza di considerare la metodologia basata sulle prove disponibili per migliorare la cura dei pazienti (EBP). In considerazione di ciò l'Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine (Academic Hospital) organizza, dal 2002, corsi sulla ricerca bibliografica biomedica in internet, rivolti al personale sanitario, al fine di ottenere le migliori evidenze disponibili. Dal 2006 ha, inoltre, istituito un corso di ricerca bibliografica in PubMed rivolto al personale con esperienza già acquisita nella consultazione della banca dati.

OBIETTIVI L'obiettivo è quello di affinare ulteriormente le abilità individuali per ottenere risultati pertinenti e validi a fronte di quesiti clinici. Il corso, rivolto a poche persone per volta, ha cambiato impostazione durante gli anni. Ciò perché si sono rese disponibili nuove tecnologie. Si è passati così da uno standard residenziale di un solo incontro di quattro ore ad un formato blended di dieci ore, suddiviso in due incontri residenziali inframmezzati da formazione a distanza con la piattaforma "Moodle". Lo scopo di questo contributo è di valutare, in base ai dati disponibili, se l'impostazione blended con piattaforma "Moodle" sia più o meno efficace di quella tradizionale.

METODI Nel primo formato del corso i partecipanti sono stati invitati, prima della lezione in presenza, a proporre alla docente il proprio quesito di ricerca. Il quesito è stato sviluppato e illustrato in aula. Tutti i partecipanti sono stati coinvolti nella discussione. Nel secondo formato del corso, organizzato in tre tempi, i partecipanti sono stati invitati, prima della lezione in presenza, ad entrare nella piattaforma "Moodle" e a scaricare il materiale didattico. Durante il primo incontro in presenza (due ore e mezza) è stata presentata la modalità del corso, sono state esaminate le difficoltà e criticità principali della ricerca in PubMed, in modo particolare illustrati gli schemi per l'impostazione del quesito clinico. La parte di formazione a distanza (quattro ore) è consistita nella scelta del singolo quesito di ricerca e nella sua strutturazione grazie anche ad uno schema di supporto pre confezionato e al tutoraggio con il Forum di discussione. La terza parte (tre ore e mezza) è stata caratterizzata dalla presentazione del percorso adottato per ottenere la stringa di ricerca finale da parte di ogni singolo professionista. Tutti i partecipanti sono stati coinvolti nella discussione. Successivamente i ricercatori hanno provveduto, dove necessario, alla revisione della propria strategia di ricerca e alla consegna dell'elaborato nella piattaforma "Moodle".

RISULTATI Hanno partecipato al corso 76 professionisti (31 infermieri, 25 medici, 5 tecnici, 5 fisioterapisti, 10 appartenenti ad altri profili professionali). 62 hanno frequentato il primo formato e 14 il secondo. Il valore più alto della scala likert utilizzata per la valutazione di rilevanza, qualità ed efficacia è stato raggiunto rispettivamente nel 59.7%, 61.3% e 46.8% dei casi per 62 professionisti che hanno frequentato la prima tipologia di corso; per quanto riguarda invece la tipologia blended il valore più alto è stato raggiunto rispettivamente nel 85,7%, 78,6% e 78,6 % dei casi per i 14 professionisti coinvolti evidenziando una maggior gradimento ed efficacia percepita.

LIMITI Attualmente, data la recente attivazione del corso blended di PubMed, non sono stati utilizzati schemi internazionali di valutazione degli elaborati. Si ritiene, comunque, di adottarli nelle prossime edizioni.

CONCLUSIONI Si conclude che la seconda modalità di corsi (blended) di EBP di ricerca bibliografica in PubMed sia stata percepita più efficace. Si ritiene che gli elementi qualificanti siano l'attiva partecipazione, la possibilità di dettagliare al massimo il quesito e il tutoraggio a distanza nonché la maggior durata complessiva del corso.

Indirizzo per la corrispondenza

Vidale Claudia, Bibliotecario biomedico
Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria Misericordia di Udine - Ufficio Documentazione Biomedica
Piazzale Santa Maria della Misericordia, 15 - 33100 - Udine
Email: vidale.claudia@aoud.sanita.fvg.it

116. Dice che era un bell'uomo e veniva, veniva dal mare...parlava un'altra lingua...: la gestione dell'assistenza sanitaria per i pazienti stranieri presso l'AO Ordine Mauriziano di Torino

Vitale Arianna¹, Giacometti Marika², Cavalla Antonio¹, Martinetto Isabella Silvia¹, Arione Roberto¹, Falco Silvio¹

¹AO Ordine Mauriziano di Torino, ²Università degli Studi di Torino

BACKGROUND Presso l'AO Ordine Mauriziano si è recepita la normativa vigente in materia di assistenza agli stranieri sia a livello nazionale che a livello regionale. La scelta è stata quella di riorganizzare l'assistenza sanitaria identificando le procedure inappropriate o che determinavano il rischio di inefficienze, riallocando le risorse (umane, procedurali, economiche) in servizi per l'assistenza agli stranieri coordinati e integrati fra loro.

OBIETTIVI L'obiettivo principale è stato quello di "curare tutti, ma in modo sostenibile" ed è stato sottoarticolato nei seguenti obiettivi: 1. recepire la normativa europea e le successive norme nazionali e regionali in materia di assistenza agli stranieri; 2. creare conoscenza e capacità di garantire l'assistenza agli stranieri (dal punto di vista amministrativo) fornendo istruzioni operative per il personale amministrativo e sanitario aziendale nell'accettazione e gestione di pazienti stranieri (knowledge generation, knowledge management, knowledge translation); 3. descrivere e registrare in modo accurato le prestazioni erogate in favore dei cittadini stranieri in relazione al loro "status", così come previsto dalle normative regionali ed aziendali, assicurando trasparenza amministrativa al cittadino straniero; 4. autorizzare solo l'erogazione delle prestazioni rimborsabili a chi ne ha diritto, a tutela di quanto previsto dalla normativa; 5. monitorare il flusso degli stranieri e verificare il completamento delle pratiche per il pagamento e per i rimborsi delle prestazioni erogate.

METODI Sono state implementate diverse azioni integrate e coordinate tra di loro a cura della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e della Direzione Amministrativa, per raggiungere gli obiettivi sopra descritti: 1) costituzione di un team aziendale per la definizione di un regolamento aziendale per la definizione di norme generali per l'erogazione di prestazioni sanitarie a pazienti stranieri; 2) creazione del punto di contatto aziendale che costituisce l'interfaccia aziendale con i cittadini stranieri, i loro familiari o garanti o le loro assicurazioni; 3) creazione del punto di tariffazione aziendale, situato presso la S.C. DMPO, costituisce l'ambito in cui vengono definiti i preventivi e le somme dovute dai pazienti stranieri solventi, sulla base delle specifiche indicazioni aziendali e della quantificazione delle prestazioni erogate; 4) partecipazione come partner associato al progetto HoNCAB - Support creation of a pilot network of hospitals related to payment of care for cross border patients - con l'obiettivo di concorrere alla creazione di una rete di ospedali per la raccolta e lo scambio di informazioni sugli aspetti amministrativi - pagamento e rimborso - delle prestazioni sanitarie dei pazienti transfrontalieri.

RISULTATI Nei primi 6 mesi del 2015 sono state gestite le pratiche relative a 42 pazienti stranieri. Di questi, per 12 è stata emessa fattura personale, 18 sono risultati di competenza dell'ASL territoriale e 12 di competenza della Prefettura. Il valore economico totale delle prestazioni erogate (sia di ricovero sia di accesso PS) è stato di circa 210.000 euro. La messa in atto di questa serie di azioni coordinate tra loro ha permesso di facilitare lo scambio di buone norme di gestione della sanità transfrontaliera e di informazioni sui problemi incontrati in corso d'opera e sulle possibili soluzioni. Inoltre è stato possibile ottenere l'accesso a informazioni aggiornate e di non facile reperimento sulla sanità transfrontaliera, quali informazioni sui flussi di pazienti e sui vari fattori che ne influenzano la mobilità.

LIMITI La piattaforma informatica condivisa non è attualmente in grado di dialogare con il sistema informativo aziendale e ciò comporta un aggravio di lavoro nonché la necessità di prestare particolare attenzione nella fase di inserimento dati.

CONCLUSIONI Oggi non si può prescindere dall'erogazione di cure secondo i principi di sostenibilità quindi si devono garantire le prestazioni e al tempo stesso far sì che esse siano rimborsabili e rimborsate, monitorando il flusso di pazienti stranieri e promuovendo la sensibilizzazione degli operatori verso il rispetto delle procedure relative all'assistenza sanitaria per i pazienti stranieri, sempre secondo criteri di appropriatezza. Nell'ambito di tale progetto è stato possibile cogliere l'opportunità relativa al fatto che il monitoraggio delle prestazioni sanitarie per pazienti stranieri è previsto quale obiettivo aziendale assegnato alla DMPO. Partendo da questi presupposti, quindi, è stato possibile implementare diverse azioni integrate e coordinate tra di loro per raggiungere un obiettivo di appropriatezza e di controllo della spesa.

Indirizzo per la corrispondenza

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

117. Il trattamento delle tachiaritmie sopraventricolari tramite ablazione transcateretere a radiofrequenza(TC-RF). Esperienza e risultati del Servizio di Elettrofisiologia del Dipartimento Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste.

Zecchin Massimo, Stroili Manuela, Bianco Elisabetta, Sinagra Gianfranco

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

BACKGROUND L'ablazione transcateretere mediante radiofrequenza (TC-RF) riveste oggi un ruolo fondamentale nel trattamento delle aritmie sopraventricolari (TSV) e ne viene riconosciuta la superiorità rispetto alla cura con farmaci [1,2].Le aritmie cardiache si differenziano in due gruppi: quelle idiopatiche senza alterazioni strutturali del muscolo cardiaco e quelle generate da un substrato specifico cicatriziale causato da alterazioni congenite, esiti di interventi chirurgici, infezioni o ischemie, alterazioni da valvulopatie o cardiomiopatie. Ad eccezione delle forme incessanti che possono causare una riduzione della funzione contrattile "tachicardiomiopatia" ed in presenza di sindrome di Wolff Parkinson White (WPW), le TSV non aumentano la mortalità, ma compromettono lo stato di salute. Le TSV hanno una prevalenza di 2,25/1000 ed un'incidenza stimata di 36/100.000 nuovi pazienti all'anno. L'indicazione all'ablazione transcateretere viene posta per ottenere un miglioramento della qualità della vita del paziente attraverso l'eliminazione del substrato aritmico. Gli Autori operano in linea con le evidenze scientifiche e le raccomandazioni redatte dalle principali società internazionali di aritmologia e l'ambulatorio Aritmie valuta annualmente circa 1019 pazienti, inviati dai colleghi cardiologi del territorio.

OBIETTIVI Gli obiettivi prioritari sono il miglioramento della qualità della vita dei Pazienti e la verifica che le complicanze ed i risultati attesi dall'esecuzione di questa Procedura siano allineati ai migliori standard della Letteratura internazionale. Ulteriore obiettivo è l'informazione degli altri Medici per poter realizzare un corretto e tempestivo invio del Paziente nella sede più opportuna.

METODI La procedura di ablazione consiste nell'eliminare il substrato aritmico creando una necrosi coagulativa mediante radiofrequenza o crioablazione, usando elettrocateretri per via venosa femorale o giugulare o succlavia e/o arteriosa fino al cuore. Si svolge in corso di blanda sedazione in una sala con fluoroscopia per localizzare la posizione dell'elettrodo nel cuore e con un sistema di mappaggio elettroanatomico tridimensionale per la localizzazione anatomica della sede e della mappa di attivazione elettrica dell'aritmia, un poligrafo per l'analisi dei segnali elettrici endocavitari, uno stimolatore cardiaco esterno, un ecografo per ecografia transtoracica ed intracavitaria ed un defibrillatore esterno. Operano 2 medici esperti, 1 tecnico, 2 infermieri professionali esperti ed eventualmente un ingegnere per il mappaggio elettroanatomico, il paziente viene dimesso dopo 24-48h.

RISULTATI Riportiamo i risultati delle ablazioni eseguite presso il nostro Centro confrontati con gli standard della letteratura. Abbiamo trattato 341 Pazienti: Fibrillazione atriale (FA) 132 casi con 93,9% di successo in acuto (standard > a 90%) e 28% di recidive a 12 mesi (standard 30%), Flutter tipico 48 casi con 97,9% di successo in acuto (standard 97%) e 16,7% di recidive a 12 mesi (standard 10%), Flutter atipici 27 casi con 81,5% di successo in acuto (standard 73-100%) e 17% di recidive a 12 mesi (standard 7-53%), Tachicardia da Rientro Nodale Atrio-Ventricolare (TRNAV) 89 casi con 96,6% di successo in acuto (standard 96-97%) e 3,4% di recidive a 12 mesi (standard 5%), 45 Tachicardie da Rientro Atrio-Ventricolari (TRAV) da via accessoria con 91,1% di successo in acuto (standard 93%) e 11,1% di recidive a 12 mesi (standard 8%). Tutti i pazienti sono stati controllati ambulatorialmente (follow-up) con diversi intervalli dopo l'ablazione a seconda del tipo di aritmia. Per le TRNAV e TRAV dopo un'ablazione efficace vi può essere la guarigione; altre aritmie invece vengono seguite a lungo visto l'elevato tasso di recidive in letteratura fino a 5 anni. L'accesso a questo trattamento è concordato con il Centro Cardiovascolare territoriale di Trieste dove i Medici di Medicina Generale inviano i pazienti cardiopatici e sono in corso costantemente Aggiornamenti aperti a tutti i Medici.

LIMITI Il tasso complessivo di complicanze è stato del 5%; complicanze maggiori si sono osservate nel 4,5% nei pazienti trattati per FA (es. versamento pericardico) e nel 2,6% delle altre aritmie (es. pseudoaneurisma dell'arteria femorale), ma nessun paziente è deceduto. Le complicanze minori sono ematoma inguinale, pericardite, trombosi venosa.

CONCLUSIONI L'ablazione transcateretere è una terapia efficace per il trattamento delle TSV, in alcuni casi definitivo o con un basso tasso di complicanze e superiore alla terapia farmacologica in termini di miglioramento della qualità di vita e minor necessità di prestazioni sanitarie. L'attività del Servizio di Elettrofisiologia della SC di Cardiologia è in linea con le indicazioni e l'efficacia descritti in Letteratura. REF[1]Calkins H et al. Europace. 2012 Apr;14(4):528-606;[2]Page et al. 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia 10.1016/j.jacc.2015.08.856.

Indirizzo per la corrispondenza

Stroili Manuela, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste - S.S. Dip. Technology Assessment
Via Farneto, 3 - 34142 - Trieste
Email: manuela.stroili@tin.it