

ABSTRACT BOOK

12^a Conferenza Nazionale GIMBE
Per una sanità al centro dell'agenda politica
Bologna, 3 marzo 2017



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. Picasso: progetto di integrazione delle continuità e appropriatezza socio-sanitaria e ospedaliera

Amprino Viola, **Azzan Elide**, Focati Maria Elisena, Gualano Maria Rosaria, Piacenza Alessia, Siliquini Roberta, Stura Roberto, Varese Paola, Gentili Gilberto

2. Rivalutare le terapie farmacologiche negli anziani fragili: quale impatto su appropriatezza ed esiti?

Cattaruzzi Chiara, Cadelli Laura, Ros Barbara, Antonini Antonela, Groppo Barbara, Marcuzzo Lucrezia

3. Ridurre il tasso di tagli cesarei: efficacia di una strategia multifattoriale

Crescini Claudio, **Rinaldo Denise**, Zilioli Anna

4. La gestione integrata dei pazienti con diabete mellito: il Q-score per migliorare la qualità

Manfredini Giulia, Bellelli Francesco, Scarpa Marina, Riccomi Silvia, Capelli Oreste

5. Prescrizione informatizzata dell'insulina in ospedale e utilizzo di penne monouso: quale impatto su appropriatezza e sprechi?

Manicardi Valeria, Michelini Massimo, Pagliani Ugo Aldo, Finardi Lorenzo, Borghi Francesca, Busani Corrado, Di Mare Antonio, Marchesi Cristina

6. Nei pazienti con BPCO il livello di alfabetizzazione sanitaria influenza la compliance terapeutica?

Marasca Cristina, Dignani Lucia, Lucertini Carla, Guarinoni Milena Giovanna, Toccaceli Andrea

7. Tecnologie ad alta energia nei blocchi operatori: identificare le inapproprietezze per avviare il processo di miglioramento

Ortolani Elisa, Zuccheri Paola, Brigati Giovanni, Sarchione Nicoletta, Falcone Patrizia, Cotti Fortunata, Castelvetti Cristina, Valastro Valentina, Di Sanza Giusy, Borsari Morena

1. Picasso: progetto di integrazione delle continuità e appropriatezza socio-sanitaria e ospedaliera

Amprino Viola¹, **Azzan Elide**², Focati Maria Elisena², Gualano Maria Rosaria¹, Piacenza Alessia², Siliquini Roberta¹, Stura Roberto², Varese Paola², Gentili Gilberto²

¹Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche Università di Torino (TO), ²ASL AL

BACKGROUND Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento dell'incidenza e della prevalenza delle patologie cronico-degenerative nonché il ricorso a politerapie inducono a definire modelli d'assistenza innovativi. La Direzione Aziendale ASL AL, considerate le caratteristiche epidemiologiche e gli indici demografici del territorio, ha elaborato un piano di azione volto all'adeguamento della rete ospedaliera e alla riqualificazione delle strutture distrettuali attraverso il Progetto P.I.C.A.S.S.O. Il Progetto mira a rafforzare la presa in carico del cittadino fragile nella piena attuazione del concetto di multi-professionalità in un contesto patient-centered.

OBIETTIVI Obiettivo generale: promuovere la continuità nella presa in carico del cittadino fragile secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa. Obiettivi specifici: incrementare la presa in carico di pazienti fragili sul territorio, ridurre la prescrizione di terapie farmacologiche inappropriate e gli accessi impropri in PS.

METODI Il Progetto si articola in tre linee d'azione: 1) Centro di Accoglienza delle Fragilità (C.A.F.); 2) Osservazione Breve Territoriale (O.B.T.); 3) Progetto di ricerca "Primavengoio! Per un migliore uso dei farmaci". Le caratteristiche epidemiologiche del Distretto di Acqui Terme/Ovada hanno reso il territorio ideale per la prima fase sperimentale (dic. 2015-dic. 2016). 1) Il Centro di Accoglienza delle Fragilità, collocato nella sede distrettuale di Ovada, rappresenta un Punto Unico di Accesso sul territorio per i cittadini fragili. Gli infermieri territoriali e l'Infermiere di Famiglia (I.F.) garantiscono la presenza settimanale per la presa in carico dei bisogni assistenziali degli utenti. 2) Parallelamente sono stati attivati 3 posti letto di Osservazione Breve Territoriale ubicati presso la Struttura Complessa di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero (P.O.) di Ovada. L'O.B.T. rappresenta un unicum nel panorama regionale in cui l'osservazione clinica dell'utente fragile non può superare le 24h ed è in carico ai Medici di Assistenza Primaria in collaborazione con gli infermieri territoriali e ospedalieri. 3) In ultimo lo studio Primavengoio! si pone il duplice obiettivo di migliorare l'aderenza terapeutica in pazienti con poli-cronicità (patologia principale: BPCO) in politerapia attraverso interventi integrati multi-professionali (Medico Specialista e I.F.) sugli stili di vita e un'azione di deprescribing dei farmaci secondo evidenze scientifiche (Criteri di Beers) nei dimessi dalla Struttura di Medicina Generale del P.O. di Ovada. Per sensibilizzare i pazienti sull'importanza della terapia è stato inserito nella lettera di dimissione il codice colore: a ogni farmaco prescritto corrisponde un colore differente in base all'importanza rivestita (bianco, verde, giallo e rosso).

RISULTATI Gli utenti afferenti al C.A.F., presi in carico dall'I. F. (dic. 15-ott. 16) sono stati 118 di cui 41 diabetici, 28 con scompenso cardiocircolatorio, 22 affetti da BPCO, 1 con neoplasia e 26 pazienti presi in carico provenienti dalle altre declinazioni progettuali; il 59% è stato visitato a domicilio mentre il 41% presso l'ambulatorio C.A.F. (età media 81 ± 11.9 ; 53% genere femminile). Le prestazioni eseguite presso l'O.B.T. sono state 38: 21 accertamenti clinici, 8 emotrasfusioni, 5 preparazioni per esami diagnostici e 4 somministrazioni di terapie. Il tempo di degenza varia da 2h15min a 24 h (durata media osservazione $6h30 \pm 5.8$; età media 77.1 ± 17.5). Per verificare l'aderenza alle terapie è stato utilizzato l'Indice di Morisky (87.5% pazienti score=4). Per lo studio Primavengoio! sono stati reclutati 26 pazienti affetti da BPCO (età media 74.9 ± 6.3) in fase di stabilità clinica (n° medio di farmaci/paziente 5.9 ± 2.13) di cui 17 sottoposti a riabilitazione respiratoria (65.4%) e 9 anche a consulenza nutrizionale (34.6%). Nell'ambito del deprescribing della terapia alla dimissione sono state esaminate 608 lettere di dimissione (criteri di esclusione: decesso n° 60, ricovero > 1 n° 3, lungodegenti n° 36, missing n° 65) e considerate per l'analisi finale 444. Il 79% dei pazienti con età = 65 ha ricevuto una terapia = 8 farmaci. Il codice colore è stato associato al 63% delle lettere di dimissioni. I farmaci non appropriati secondo i Criteri di Beers sono stati 160/2428 (6.6%). L'analisi multivariata, corretta per sesso, età, durata della degenza, diagnosi ICD-9-CM, codice colore, ha dimostrato che l'età = 80 aa (OR=2.81 IC=1.05-7.52) aumenta significativamente la probabilità di assumere una politerapia alla dimissione mentre il genere femminile risulta essere fattore protettivo (OR=0.56 IC=0.34-0.92).

LIMITI La bassa numerosità campionaria è dovuta alla scelta dell'ambito territoriale (abitanti tot. n. 27.840; età = 65 anni n. 8.164).

CONCLUSIONI La gestione integrata del paziente fragile con cronicità è auspicabile per potenziare la presa in carico globale.

Indirizzo per la corrispondenza

Amprino Viola, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino -Scuola di Medicina - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: vamprino@unito.it

2. Rivalutare le terapie farmacologiche negli anziani fragili: quale impatto su appropriatezza ed esiti?

Cattaruzzi Chiara, Cadelli Laura, Ros Barbara, Antonini Antonela, Groppo Barbara, Marcuzzo Lucrezia

ASUIUD Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

BACKGROUND La compromissione delle prestazioni funzionali e cognitive e le ricadute clinico assistenziali conseguenti a eventi indesiderati da farmaci (ADE) nei pazienti anziani sono ampiamente documentate in letteratura scientifica. Documentato è anche il rapporto tra polifarmacoterapia, prescrizioni potenzialmente inappropriate (PIM), errori terapeutici e comparsa di ADE. La Riconciliazione Terapeutica (MR) e le Revisioni della Terapie (TR) sono strumenti utilizzati dai sistemi sanitari di area anglosassone per ridurre il rischio di errore terapeutico e le inappropriatezze prescrittive. Il ricorso a interventi di MR in ambito ospedaliero ha dimostrato la riduzione delle PIM e degli errori terapeutici, ma ad oggi carenti sono le evidenze dell'impatto di un intervento multiprofessionale di TR sull'inappropriatezza prescrittiva e sulle conseguenze assistenziali dei soggetti anziani, fragili, ospiti di case di riposo (CdR) per non autosufficienti.

OBIETTIVI Misurare e migliorare il livello di inappropriatezza delle terapie di pazienti di età $\geq$ 65 anni, ospiti delle 19 CdR convenzionate con l'Azienda Sanitaria (circa 1300 soggetti). Valutare l'impatto di un intervento di TR condotto in team multiprofessionale, comprensivo di un processo di semplificazione delle terapie, sulle conseguenze clinico assistenziali correlate all'uso inappropriato di farmaci, quali accessi al Pronto Soccorso, rischio di ospedalizzazione e durata di degenza ospedaliera a 6 mesi dalla TR.

METODI In uno studio pilota concluso nel 2014, approvato dal Comitato Etico, si valutò la fattibilità della TR in 4 CdR su 333 soggetti e si analizzarono le inappropriatezze prescrittive rilevate. I criteri di Beers, START-STOPP, l'aderenza delle prescrizioni al Prontuario Aziendale, l'uso dei farmaci secondo indicazioni e regime posologico, la classificazione della gravità delle interazioni tra farmaci secondo fonti accreditate, furono gli standard per l'ottimizzazione delle terapie. Le prescrizioni considerate superflue dai curanti furono sospese. Ogni profilo prescrittivo fu analizzato e discusso, ogni suggerimento e ogni modifica fu documentata. Alla conclusione dello studio pilota fece seguito la fase di estensione, attualmente in corso. Gli indicatori di esito nei 6 mesi successivi all'intervento di TR saranno confrontati con quelli dei sei mesi precedenti tramite record-linkage tra le bd sanitarie.

RISULTATI Risultati dello studio pilota La prevalenza dei conflitti terapeutici rilevati in 2556 terapie risultò pari al 34,1% (871/2556). 309 suggerimenti (35,5%) avanzati dai farmacisti furono accettati dai clinici, in maggior misura consistenti in sostituzioni di farmaci e di dosaggio. 112 terapie furono sospese perché ritenute superflue. Il numero medio di farmaci per paziente diminuì in modo statisticamente significativo (da $7,7 \pm 2,8$ a $7,3 \pm 2,7$; $p < 0,05$). La spesa evitata per le terapie sospese ammontò a 290 € pro capite. Risultati preliminari dello studio di estensione I conflitti terapeutici rilevati su 3009 terapie (351 soggetti) sono stati 1325 (3,8 per soggetto, 44% delle prescrizioni). I suggerimenti accettati sono stati 754 (56,2%). L'intervento di TR ha ridotto le interazioni gravi e i farmaci in terapia, rispettivamente, da 1,1 a 0,7 per soggetto (da 395 a 234) e da 3009 a 2755 (range 1-20; media per soggetto da 8,6 a 7,8 farmaci).

LIMITI Lo studio risente della mancanza di formazione specifica e della iniziale inesperienza al lavoro in team dei medici, farmacisti e infermieri coinvolti nella TR.

CONCLUSIONI Lo studio pilota ha dimostrato l'efficacia di un intervento multiprofessionale, confermata nella fase di estensione, nel migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ha identificato aree critiche meritevoli di approfondimento, quali l'esistenza di terapie ridondanti o superflue, la scarsa percezione del rischio da interazioni gravi e da errori da manipolazione delle terapie per pazienti disfagici. Ha comportato miglioramenti organizzativi quali l'utilizzo del foglio unico di terapia ove non presente, l'uniformità nella rilevazione e registrazione dei principali parametri antropometrici ed ematochimici, la correzione di modi e tempi di allestimento e somministrazione dei farmaci, il monitoraggio attento di pazienti a rischio di ADE. Riferimenti bibliografici: Cattaruzzi C, Cadelli L, Marcuzzo L et al. Feasibility of a multidisciplinary approach for medical review among elderly patients in four Italian long-term nursing homes. Eur J Hosp Pharm 2016;0:1–3. doi:10.1136/ejpharm-2015-000812.

Indirizzo per la corrispondenza

Cattaruzzi Chiara, Farmacista
Azienda Sanitaria Universitaria integrata di Udine - Assistenza Farmaceutica
Via Pozzuolo, 330 - 33100 - Udine
Email: chiara.cattaruzzi@asuiud.sanita.fvg.it

3. Ridurre il tasso di tagli cesarei: efficacia di una strategia multifattoriale

Crescini Claudio, **Rinaldo Denise**, Zilioli Anna

A.S.S.T. Bergamo Ovest

BACKGROUND L'aumento del tasso di tagli cesarei è un problema di rilevanza internazionale. Nel 2014 il tasso complessivo di TC nella nostra Unità operativa era alto (32,6%), in linea con il tasso nazionale del 36%, per cui abbiamo deciso di migliorare la qualità dell'assistenza clinica implementando una serie di cambiamenti strutturati di tipo organizzativo e culturale.

OBIETTIVI ridurre il tasso di tagli cesarei mantenendo sicurezza per madre e neonato.

METODI Nel 2015 abbiamo migliorato l'organizzazione clinica della Sala Parto introducendo: • Monitoraggio mensile degli outcomes ostetrici • Identificazione/reclutamento di un responsabile di sala parto e di una coordinatrice ostetrica • Miglioramento del teamwork (lavoro di equipe) • Briefing ostetrico ogni mattina con discussione e valutazione di ogni taglio cesareo effettuato • Miglioramento della capacità di interpretare i tracciati cardiotocografici • Training ostetrico periodico sulle skills tecniche e non tecniche con manichini e simulatori complessi • Revisione dei protocolli clinici • Introduzione di un ambulatorio specifico dedicato alla valutazione e ammissione al travaglio della paziente precesarizzata • Introduzione di un ambulatorio per il rivolgimento di feto podalico con manovre esterne • Introduzione di un nuovo partogramma con curve cervimetriche che consentano tempi di dilatazione più lunghi • Implementazione di una nuova gestione della distocia del travaglio conforme alla cosiddetta "gestione omnicomprensiva" del travaglio • Classificazione del livello di rischio della donna in travaglio con gestione da parte delle ostetriche del basso rischio.

RISULTATI Il tasso di TC era 32,6% (412/1266 pazienti; 95% CI: 30.0 – 35.2 del) nel gruppo "prima" e 18,1% (172/948 pazienti; 95% CI: 15.7 – 20.8 del) (Fisher's exact test: $p < 0.0001$) nel gruppo "dopo". Il tasso complessivo di TC è stato ridotto del 44,5%. La riduzione è stata statisticamente significativa nelle classi di Robson 1-5 e 10. L'incidenza di neonati con pH cordonale < 7 e punteggio di APGAR < 7 a 5' non è variato nei due gruppi di studio considerati.

LIMITI il mantenimento dei risultati raggiunti richiede attenzione, investimento risorse e monitoraggio costante dei risultati. È necessaria formazione costante del personale di assistenza e supporto degli organi di direzione.

CONCLUSIONI È possibile ridurre la percentuale di tagli cesarei allineandosi ai valori ritenuti adeguati dalle società scientifiche internazionali con un impegno finalizzato.

Indirizzo per la corrispondenza

Crescini Claudio, Medico Chirurgo
Ospedale Civile di San Giovanni Bianco - U.O. Ostetricia - Ginecologia
Via Castelli, 5 - 24015 - San Giovanni Bianco
Email: crescini1152@gmail.com

4. La gestione integrata dei pazienti con diabete mellito: il Q-score per migliorare la qualità

Manfredini Giulia¹, Bellelli Francesco¹, Scarpa Marina², Riccomi Silvia², Capelli Oreste¹

AUSL Modena, MMG

BACKGROUND Da alcuni anni l'Associazione Medici Diabetologi Italiani ha proposto uno strumento sintetico per la valutazione della qualità delle cure nei Centri Diabetologici (CD) definito Q Score (Quality Score). Si tratta di un indicatore composito che valuta il rispetto di target terapeutici per HbA1c, Pressione arteriosa (PA), Colesterolo LDL, Microalbuminuria (MIC), attribuendo 10 punti se l'obiettivo è raggiunto e 0 punti in caso contrario. Se i valori non sono determinati il punteggio calcolato è 5. Il punteggio massimo raggiungibile è 40, il minimo è 0. È stato dimostrato su popolazioni di diabetici seguite nei CD che lo Score Q correla con il Rischio Cardiovascolare individuale(*): a parità di età, sesso, BMI, durata della malattia, fumo e pregresso evento cardiovascolare, chi appartiene alla fascia di Q score basso (25). Analoga correlazione è stata da noi recentemente dimostrata (**) in diabetici assistiti dai MMG in Gestione Integrata Territoriale. * Studio QuED: Nutr Metab & Cardiovasc Diseases 2008;18:57-65 * Studio QUASAR: Diabetes Care 2011;34:347-352 ** Bollettino Epidemiologico Nazionale 2016 – in corso di stampa

OBIETTIVI Valutare il raggiungimento dei target terapeutici previsti dagli indicatori componenti il Q Score da parte dei MMG della provincia di Modena che partecipano al Percorso assistenziale del DM tipo 2 in Gestione Integrata (Progetto Diabete).

METODI Annualmente i MMG della provincia di Modena che partecipano al Progetto Diabete raccolgono i dati clinici che compongono il Q score, oltre alle informazioni sui trattamenti farmacologici, la funzionalità renale e le comorbidità. Ogni medico riceve un report che analizza il Q score di ogni singolo paziente e le indicazioni per il miglioramento della qualità assistenziale.

RISULTATI Nel corso del 2015 hanno partecipato al Progetto Diabete 447 MMG che hanno seguito in gestione integrata 20307 diabetici. Il 69,9 % (14198 pazienti) ha ottenuto un punteggio Q score > 25 mentre il restante 30% è composto dalla fascia intermedia di Q score (5502 pazienti) e da un 3% con Q score < 15 (607 pazienti). In queste due fasce si situano coloro che sfuggono ai controlli (circa il 10% del totale) o che non raggiungono gli obiettivi terapeutici. Rispetto ai parametri raccolti nel 2014 risultano migliorati i dati dei pazienti con ipercolesterolemia (LDL > 130), che risultano maggiormente trattati con statine, sebbene il 29% non raggiunga il target. L'analisi dei dati per fasce di età evidenzia che i risultati peggiori in termini di valori medi, si verificano nella fascia di età tra i 18 e 35 anni sia per la concentrazione di emoglobina glicata che di LDL, mentre la pressione arteriosa risulta più elevata tra i pazienti più anziani (>75 anni). Degli oltre 1200 pazienti che presentano una emoglobina glicata > 75 mmol/mol, solo 360 sono in trattamento insulinico; la maggior parte dei casi ha un'età compresa tra 55 anni e 74 anni e ha un Q score intermedio-basso.

LIMITI Il limite principale di questa analisi è che i valori riportati sono autocertificati dai MMG e non verificati sui sistemi aziendali (es. laboratorio e centri diabetologici). D'altronde le correlazioni precedentemente verificate (studio di validazione della predittività del rischio CV) sostengono la sostanziale veridicità dei parametri raccolti.

CONCLUSIONI Il Q score risulta essere uno strumento semplice ed efficace per la valutazione della qualità dell'assistenza anche per il paziente diabetico seguito dai MMG in gestione integrata. I dati raccolti nei 5 anni dall'inizio del progetto mostrano che, dopo un iniziale miglioramento delle performance si è giunti ad una sostanziale stabilità sia per quanto riguarda le accezioni positive, come ad esempio la % di pazienti con Q score superiore a 30, sia per quelle negative, prima su tutte la difficoltà a gestire nel miglior modo possibile i diabetici giovani. Queste ultime rilevazioni devono indirizzare gli sforzi gestionali verso un maggiore coinvolgimento delle fasce di pazienti a maggior rischio di sviluppo di complicanze nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Indirizzo per la corrispondenza

Manfredini Giulia, Infermiere
Azienda Unità Sanitaria Locale Modena - Programma Governo Clinico
Via San Giovanni del Cantone, 23 - 41121 - Modena
Email: giulia.manfredini@libero.it

5. Prescrizione informatizzata dell'insulina in ospedale e utilizzo di penne monouso: quale impatto su appropriatezza e sprechi?

Manicardi Valeria, Michelini Massimo, Pagliani Ugo Aldo, Finardi Lorenzo, Borghi Francesca, Busani Corrado, Di Mare Antonio, Marchesi Cristina

AUSL di Reggio Emilia

BACKGROUND I pazienti con diabete in ospedale sono almeno uno su quattro in medicina ed uno su tre nelle aree critiche. La terapia appropriata in corso di un evento acuto è la terapia insulinica, che spesso i pazienti iniziano per la prima volta in ospedale, in modo empirico ed approssimativo. Tale terapia richiede continui aggiustamenti dei dosaggi in base alle diverse situazioni cliniche che ne modificano quotidianamente il fabbisogno.

OBIETTIVI Creare strumenti informatici di supporto per una prescrizione semiguidata della terapia insulinica, basata sulle migliori evidenze, ma anche flessibile e in grado di rendere autonomi gli infermieri per attuare le variazioni di insulina ai pasti. Inserire le penne monouso di insulina in ospedale in sicurezza. Strutturare la dimissione «protetta» dei pazienti che iniziano per la prima volta la terapia insulinica in ospedale, che devono essere presi in carico prima della dimissione da parte della diabetologia, educati e riforniti del necessario per l'autogestione della terapia.

METODI Nei 5 ospedali dell'Azienda USL di Reggio E. è in uso un applicativo informatizzato per la terapia (PSC), che permette la identificazione del paziente (tramite il braccialetto con barcode) e del farmaco (lettura del codice a barre) prescritto e somministrato. Sono state inserite le Penne monouso di Insulina, monopaziente, con ago di sicurezza, ed individuate dal barcode del paziente. È stato messo a punto un foglio di calcolo semiguidato, informatizzato, per la prescrizione di insulina basal-bolus, basato su un algoritmo EBM. Il medico inserisce il peso del paziente e ottiene il fabbisogno di insulina/die: si moltiplica il peso per 0,4, in condizioni di resistenza insulinica media, o per 0,6 in condizioni di resistenza severa (es. grande obesità, nutriz artificiale). Il foglio di calcolo produce le dosi di insulina da assegnare come basale (40%) e da distribuire ai pasti (60%= 20-40-40%), e le variazioni automatiche calcolate in base ad una griglia di valori glicemici pre-prandiali predefiniti.

RISULTATI È stata condivisa e presentata la PR44 che prevede: il medico che prescrive la terapia insulinica usa il foglio di calcolo ed inserisce i dosaggi di insulina ai pasti e al basale sul programma informatizzato di terapia. L'infermiera trasmette, con il terminale a lettore-ottico, le glicemie ai pasti al foglio di terapia informatizzato, che restituisce la dose di insulina da somministrare, secondo l'algoritmo inserito. Somministra la dose di insulina con la penna monouso, mono - paziente. 3 giorni prima della dimissione attiva la consulenza strutturata del team diabetologico per la presa in carico: il personale della diabetologia istruisce il paziente all'uso del glucometro, al corretto uso delle penne da insulina, alla corretta somministrazione, al riconoscimento delle ipoglicemie. Fornisce i presidi e il piano terapeutico per il materiale, e il primo appuntamento post dimissione entro un mese. Lascia in cartella la scheda relativa al materiale fornito. Alla dimissione l'infermiera di reparto consegna al paziente la/le penna/e in uso durante la degenza, che segue il paziente a domicilio o nei trasferimenti interni, mentre la farmacia non fornisce insulina. La PR44 condivisa, è stata approvata dalla direzione sanitaria dell'AUSL, presentata in tutti gli ospedali con eventi formativi dedicati. Dal 2016 la Procedura è applicata in ogni ospedale e il primo monitoraggio degli Indicatori alla fine di settembre 2016 ha evidenziato che: 1180 pazienti sono stati dimessi con Insulina a domicilio, per un totale di 2108 prescrizioni di insulina (basale e/o rapida), di cui 1/1180 pazienti ha ricevuto Flaconi di Insulina in dimissione. Il 99% dei pazienti ha ricevuto Penne monouso di insulina in dimissione e la educazione terapeutica da parte del team diabetologico. Oltre 2000 flaconi di insulina (da 1000 UI) risparmiati sono uno spreco evitato. 1179 pazienti dimessi con Penna monouso, presi in carico pre-dimissione ed istruiti, significano maggiore sicurezza per il paziente e una garanzia di continuità assistenziale ospedale – territorio.

LIMITI Le dosi di insulina ai pasti alla prima prescrizione vanno inserite manualmente nel Programma PSC dal medico prescrittore.

CONCLUSIONI Il sistema semiguidato di prescrizione insulinica garantisce appropriatezza prescrittiva, appropriatezza assistenziale (le infermiere eseguono sempre la glicemia pre-pasto nei pazienti con Insulina per ottenere la dose da somministrare), la necessaria flessibilità nell'adeguare le dosi di insulina ai valori glicemici e autonomia delle infermiere nelle somministrazioni ai pasti. L'introduzione delle Penne monouso da insulina permettono di dare continuità tra ospedale e territorio e di ridurre gli sprechi. La presa in carico pre-dimissione da parte del team diabetologico di riferimento garantisce la dimissione di un paziente in sicurezza, in grado di autogestirsi la terapia a domicilio.

Indirizzo per la corrispondenza

Manicardi Valeria, Medico Chirurgo
Ospedale di Montecchio Emilia - E. Franchini - U.O. Diabetologia
Via Barilla, 16 - 42027 - Montecchio Emilia
Email: valeria.manicardi@ausl.re.it

6. Nei pazienti con BPCO il livello di alfabetizzazione sanitaria influenza la compliance terapeutica?

Marasca Cristina¹, Dignani Lucia¹, Lucertini Carla¹, Guarinoni Milena Giovanna², Toccaceli Andrea¹

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND La conoscenza di ciò che influenza l'aderenza terapeutica (o Medication Adherence) delle persone con patologia cronica è di fondamentale importanza per pianificare ed attuare interventi infermieristici precisi e mirati. Uno dei determinanti che sembra avere un notevole impatto sulla compliance dei soggetti che ne sono affetti, è il livello di alfabetizzazione sanitaria. Infatti, una scarsa alfabetizzazione sanitaria (o Health Literacy - HL) è associata ad outcomes negativi, come scarse attività di prevenzione, aumento dei ricoveri, aumento della mortalità, ma soprattutto peggiore gestione della patologia cronica e scorretto utilizzo dei farmaci. Tra le varie patologie croniche, la BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rappresenta un importante problema sanitario per l'alta prevalenza e le importanti ripercussioni sulla salute delle persone che ne sono affette. L'aderenza terapeutica rappresenta quindi uno degli elementi chiave nella gestione di questa patologia. Questo studio, attraverso un disegno descrittivo e correlazionale, persegue l'obiettivo di misurare quanto il livello di HL influenza l'aderenza terapeutica delle persone che soffrono di BPCO.

OBIETTIVI Valutare se esiste una correlazione tra l'Health Literacy e l'Aderenza Terapeutica nelle persone con BPCO.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale di correlazione, nel periodo luglio-settembre 2016. Sono stati arruolati i soggetti con BPCO che si recavano presso AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona per follow up ambulatoriali, previo consenso informato. Sono stati esclusi: a) assistiti che necessitavano di aiuto da parte di un caregiver per l'assunzione della terapia; b) assistiti con alterazioni dello stato cognitivo. Per l'indagine sono stati impiegati due strumenti. Il primo, costruito ad hoc, era composto da due sezioni: una per la rilevazione delle variabili socio-demografiche, una per ottenere informazioni sul livello di Health Literacy, composto da 15 items. Quest'ultima valutava, attraverso risposta dicotomica, 3 aree: capacità di comprensione e lettura di informazioni sanitarie; rapporto con il personale sanitario; abilità di prendersi cura di sé nel lungo periodo. Per indagare l'aderenza terapeutica, è stato impiegato il "Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire", uno strumento validato composto da 8 items. L'analisi dei dati è stata realizzata attraverso il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versione 19).

RISULTATI Il campione, composto da 80 soggetti, era costituito prevalentemente da uomini (62,50 %), con un basso livello di scolarità (il 51,25% ha frequentato solo la scuola elementare). Le persone arruolate erano perlopiù coniugate (63,75%) e attualmente pensionate (60%). Dall'analisi del questionario per la valutazione del livello di HL, è emerso che il campione riteneva nel 68.75% dei casi di possedere adeguate conoscenze mediche sul proprio stato di salute, nel 60% di essere in grado di leggere e comprendere le informazioni sanitarie fornite, nel 70% di essere consapevole degli effetti di una mancata aderenza terapeutica. Per quanto riguarda l'aderenza terapeutica, il 65% dei BPCO arruolati ha dichiarato di dimenticare talvolta di assumere la terapia farmacologica, e nel 32.50% dei casi di non assumere la terapia quando la propria patologia respiratoria era sotto controllo. L'analisi correlazionale ha evidenziato che esiste una debole associazione lineare positiva tra la necessità di aiuto per la corretta comprensione delle informazioni e la riduzione dell'aderenza terapeutica ($r = 0.32$; $p = 0.003$), e un'associazione debole negativa tra la possibilità di aggiornamento e la mancata aderenza terapeutica ($r = -0.40$; $p = 0.000$). Non è risultata significativa l'associazione tra il possesso di conoscenze mediche e l'aderenza alla terapia con patologia stabile, e tra istruzioni nell'assunzione della terapia e aderenza terapeutica.

LIMITI Uno dei limiti dello studio è rappresentato dall'aver utilizzato un questionario costruito ad hoc per la valutazione del livello di Health Literacy; inoltre la ridotta numerosità campionaria pone dei limiti alla validità esterna dello studio.

CONCLUSIONI I risultati della ricerca hanno permesso di comprendere l'importante ruolo rivestito dall'Health Literacy e della Medication Adherence nei soggetti con BPCO. L'associazione rilevata tra la necessità di aiuto per comprendere le informazioni sanitarie e la riduzione dell'aderenza terapeutica evidenzia l'importanza del ruolo educativo rivestito dai sanitari nei soggetti portatori di BPCO. Si potrebbe considerare l'utilizzo routinario degli strumenti utilizzati nello studio come valido supporto nella valutazione della HL e dell'aderenza terapeutica nelle persone portatrici di patologia cronica.

Indirizzo per la corrispondenza

Marasca Cristina, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Pronto Soccorso e
Medicina D'Urgenza
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: cristina.marasca@libero.it

7. Tecnologie ad alta energia nei blocchi operatori: identificare le inapproprietezze per avviare il processo di miglioramento

Ortolani Elisa, Zuccheri Paola, Brigati Giovanni, Sarchione Nicoletta, Falcone Patrizia, Cotti Fortunata, Castelvetro Cristina, Valastro Valentina, Di Sanza Giusy, Borsari Morena

Dipartimento Farmaceutico AUSL di Bologna

BACKGROUND A Novembre 2014 la Regione Emilia Romagna ha diffuso un documento evidence-based contenente le linee di indirizzo per il corretto uso delle tecnologie ad alta energia (radiofrequenza e ultrasuoni) in chirurgia generale e in alcune chirurgie specialistiche (Otorino, Ginecologia, Urologia). Tale documento fornisce criteri e indicazioni di utilizzo appropriato dei dispositivi a Ultrasuoni- US e Radiofrequenza -RF (USERF) in relazione alle diverse tipologie di procedure chirurgiche e/o destinazioni d'uso dei prodotti e specifici indicatori di monitoraggio.

OBIETTIVI Questo lavoro ha l'obiettivo di presentare lo stato dell'arte dell'AUSL Bologna e indagare sulle possibili implicazioni, in termini di risparmio economico, derivanti da azioni di governo clinico sul tema.

METODI Sono state applicate le indicazioni fornite dalla Commissione Regionale Dispositivi Medici circa le modalità di recepimento e monitoraggio di adesione al documento. L'analisi è stata effettuata considerando gli interventi eseguiti nell'anno 2015 nei blocchi operatori in cui il grado di informatizzazione permette il collegamento del materiale a singolo paziente e tracciatura dello stesso con codifica ICD9 dal verbale operatorio. Avendo compreso la maggiore casistica di utilizzo (80% e 95%, rispettivamente per tecnologia US e RF, della totalità degli interventi) l'analisi può essere considerata rappresentativa per l'Azienda. I dati di attività sono stati estrapolati utilizzando il software modulare UMS Digistat che gestisce tutti gli eventi intra-operatori (pianificazione, cartella anestesiológica, scarico dei materiali per intervento chirurgico, refertazione) dall'ingresso del paziente nel blocco operatorio alla sua uscita. Come indicatore di monitoraggio si è impiegata la % di uso della tecnologia US o RF o Convenzionale calcolata come N° procedure chirurgiche effettuate con DM US o RF o Convenzionale / N° procedure chirurgiche totali.

RISULTATI Su un totale di 2138 interventi di chirurgia generale e 648 di chirurgia specialistica, la tecnologia USERF è stata utilizzata rispettivamente nel 13.8% (N=294) e nel 40.9% (N=265) degli stessi. In chirurgia generale l'uso della tecnologia ad alta energia risulta conforme a quanto indicato nelle Linee Guida, con alcuni scostamenti. Si sono evidenziate aree di inapproprietezza nella chirurgia del colon ad esempio nell'emicolecemia destra e sinistra laparotomica (terapia convenzionale rispettivamente dello 0% contro l'85% raccomandato dalla Regione, e del 37% contro l'80% da linee guida) tuttavia in altri interventi l'utilizzo della tecnologia USERF risulta inferiore a quanto raccomandato. In chirurgia specialistica si evidenzia uno scostamento dal gold standard in alcuni interventi di Otorinolaringoiatria ed Urologia. In particolare nella tiroidectomia parziale/totale (N=252) si utilizza la tecnologia US nel 71% dei casi rispetto al 40%, da indicazione; nella nefroureterectomia laparotomica (N=39) si utilizza la tecnologia a RF nel 62% anziché nel 30% dei casi mentre nella prostatectomia radicale laparotomica (N=24) nel 79% anziché nel 40%. La tonsillectomia (N=248) è risultata tra le più appropriate (100% uso tecnologia convenzionale). Complessivamente la spesa per la classe CND K0202 (Dispositivi a US) e K0203 (Dispositivi a RF) nel 2015 è diminuita rispetto all'anno precedente rispettivamente del 25% e dell'8%. Ipotizzando un costo medio di 502€ per l'uso del DM a RF e 642€ per l'uso del DM a US, e applicando i costi ai dati di attività della chirurgia generale, si evidenzia un risparmio del 50,4% rispetto all'applicazione delle linee guida agli stessi interventi. Al contrario, per le chirurgie specialistiche, si è riscontrato un aumento della spesa, per questo tipo di DM, del 12,9% se confrontato con le indicazioni regionali.

LIMITI L'analisi non contempla la totalità degli interventi eseguiti nei blocchi operatori della AUSL di Bologna in quanto il processo di informatizzazione delle sale è tuttora in fase di implementazione.

CONCLUSIONI Il documento trova applicazione nella maggior parte delle tipologie di intervento presso la nostra Azienda. Come strategia di miglioramento si sono condivise tali analisi con gli utilizzatori attraverso incontri periodici con l'obiettivo di ridurre le aree di inapproprietezza dell'uso di queste tecnologie. Il coinvolgimento in team multidisciplinari dei diretti utilizzatori è fondamentale in quanto consente sia una valutazione delle criticità che portano all'utilizzo improprio di tali tecnologie sia ad avviare azioni di miglioramento condivise. Documenti di indirizzo regionali sono importanti, in particolare nel campo dei dispositivi medici, in quanto calandoli nella realtà clinica possono portare ad una reale razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse sanitarie, coniugandole con le esigenze del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Brigati Giovanni, Farmacista
Ospedale di Bologna - Maggiore C.A. Pizzardi - Farmacia Ospedaliera
Largo Nigrisoli, 2 - 40133 - Bologna
Email: g.brigati@ausl.bologna.it

ABSTRACT

INDICE ALTRI

8. Sviluppo di un sistema informatizzato per le comunicazioni sulle infezioni ospedaliere

Albertoni Francesco, Fiori Marco, Di Giacomo Liliana, Ianari Adriana

9. Il Controllo remoto degli emogas analizzatori nell'Azienda Usl di Livorno (Area NORDOVEST)

Antonelli Fabio, Caiazza Andre, Razzolini Ilaria, Quintavalle Cristina, Masi Pietro, Cantini Stefano, Turelli Gabriele, Agarini Elena, Biondi Lorian, Fiorini Marcello

10. Importanza del corretto setting assistenziale per garantire la presa in carico del paziente e la qualità del processo di cura: uno studio retrospettivo osservazionale in Lombardia

Aperti Paola, Tonoli Luca, Bussi Anna Rosa, Meneghetti Orietta, Pietrantonio Filomena

11. L'opinione degli italiani sull'Osteopatia

Arienti Chiara, Sciomachen Paola

12. La continuità assistenziale dell'AO Ordine Mauriziano di Torino: un servizio essenziale che si rinnova in un'ottica di efficienza e innovazione

Arione Roberto, Falco Silvio, Vitale Arianna, Costamagna Graziella, Mitola Barbara, Vigna Iolanda

13. Procreazione Medicalmente Assistita: aderenza alla norma nell'erogazione del servizio nelle strutture ospedaliere della città metropolitana di Milano

Artosi Erica, Dadda Fabiana, Nicolosi Daniela, Revelli Viola

14. Ospedale & territorio: da conflitto a collaborazione efficientamento del sistema integrato dei servizi sociosanitari nel territorio

CNETO - Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera

15. La gestione dei ricoveri non programmati: primi risultati a 12 mesi dall'avvio del "progetto bed manager" presso il P.O. di Ravenna

Bagnoli Marisa, Monti Mauro, Ravaioli Cinzia, Balducci Sara, Montanari Claudia, Melandri Rita, Tarlazzi Paolo, Fusaroli Paolo, Missiroli Paolo

16. Igiene delle mani e infezioni correlate all'assistenza: studio descrittivo-osservazionale presso l'Azienda OU Ospedali Riuniti di Ancona

Baldinelli Jessica, Mercuri Maurizio, Marchetti Mara

17. Registro clinico per il PDTA dello Scompenso Cardiaco: uno strumento di Clinical Governance di non semplice gestione.

Baroni Sarah, Schenetti Francesca, Ricci Caterina, Bellei Francesco, De Girolamo Gianfranco, Bonora Karin, Capelli Oreste, Spagnoli Gianbattista

18. Strategie comunicative per il coinvolgimento dei cittadini in merito ai vaccini ed alle strategie di vaccinazione

Bartolini Serena, Baldeschi Mauro, Picciolli Paola

- 19. Esperienza nel processo di nursing degli studenti del CdL in Infermieristica- studio qualitativo fenomenologico**
Bendelari Valentina, Mercuri Maurizio, Marchetti Mara
- 20. Sperimentazione di un nuovo setting assistenziale: studio fenomenologico**
Berluti Liviana, Dignani Lucia
- 21. 4Q: un modello per l'applicazione delle linee guida della BPCO in medicina generale**
Bettoncelli Germano, Bruschelli Carla
- 22. HTA per l'acquisizione di una emoteca elettronica in un SIMT**
Bianchi Margherita, Paolucci Irene, Gagliardi Anna, Maglito Liliana, Orecchia Riccardo, Primatesta Giuseppina
- 23. La filosofia ISO 9001:2015, dall'analisi dei processi alla valutazione dei rischi: un esempio applicativo presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia**
Bogni Donatella, Lucarini Gabriella, Morcellini Rosita, Ontari Gianluca, Pettinacci Luciano, Zucconi Marco
- 24. Il percorso di accreditamento come best practice spotlight organization (BPSO) host italia della RNAO, del collegio Ispvi di Milano-Lodi-Monza e Brianza e la nascita delle due prime BPSO direct, presso l'ospedale e il corso di laurea in Infermieristica del San Raffaele di Milano**
Bonetti Loris, Magri Miriam, Rossetti Anna Maria, Manara Duilio, Castaldo Anna, Muttillio Giovanni
- 25. Ben Vivere nell'Ospedale di Rivoli. Un modello multicomponente per la promozione della salute nei luoghi di lavoro**
Boraso Flavio, Cosola Alda, Minniti Davide, Elinoiu Natalia, Gambaiani Michela, Garbuglia Marinella, Sappe' Rossella
- 26. Cultura e formazione manageriale in sanità: un modello innovativo di governance per l'area dirigenziale dell'ASLTO3 del Piemonte**
Boraso Flavio, Presutti Michele, Minniti Davide, Rebora Monica
- 27. Il letto giusto al momento giusto**
Caffarelli Carla, Gonnelli Stefano, Duma Carlo, Bellandi Lucia, Bianciardi Caterina, Guercini Jacopo, Briani Silvia
- 28. Le interruzioni durante il processo di preparazione e somministrazione della terapia farmacologica. Confronto tra due setting, monospecialistico e multispecialistico, di area medica**
Caiazza Andrea, Maneo Cecilia, Pistoia Annalisa, Solinas Debora, Menicagli Enrico
- 29. Il punto unico integrato nel percorso di continuità delle cure**
Calligaris Laura, Canciani Luigi, Mauro Graziella, Toffoli Carla
- 30. Accoglienza e Dimissione: un percorso dedicato**
Cardillo Maria, Bertolini Adriana, Grassi Chiara, Marotta Marco, Stefania Baratta, Fialdini Luca
- 31. The HCV Sicily Network: a web-based model for the management of HCV chronic disease**
Cartabellotta Fabio, Di Marco Vito

- 32. Valutazione di conoscenze e attitudini degli operatori sanitari nei confronti delle vaccinazioni, analisi specifica nei medici competenti**
Casagrande Franca, Riccò Matteo, Brioni Alessandro, De Rinaldis Maria Francesca
- 33. La Certificazione di Qualità ISO 9001:2015 del Clinical Trial Center - ARNAS Garibaldi di Catania**
Castagna Fabrizio, Longhitano Laura, Avola Francesco, Caudullo Desiree, Commendatore Oriana, Sambataro Daniela, Scaccianoce Irene, Cordio Stefano, Fassari Giuseppina Emanuela, Bordonaro Roberto
- 34. Modello di Governo Clinico (UFA-ONCO-EMA) - Regione Sicilia**
Caudullo Desiree, Fassari Giuseppina Emanuela, Murolo Giuseppe, Sambataro Daniela, Castagna Fabrizio, Scaccianoce Irene, Tirendi Giorgia, Randisi Adalgisa, Consoli Ugo, Bordonaro Roberto
- 35. Sviluppare resilienza ed integrazione per una nuova organizzazione dipartimentale nell'area della diagnostica e dei servizi**
Cavallo Maria Rita, Esposito Paola, Presutti Michele
- 36. Formare alla sicurezza trasfusionale: l'analisi di processo come strumento di apprendimento organizzativo**
Cavallo Maria Rita, Esposito Paola, Presutti Michele
- 37. Potenziare le competenze e la consapevolezza del cittadino nell'accesso ai servizi sanitari e di tutela della salute**
Cavallo Maria Rita, Presutti Michele
- 38. Fruibilità e la qualità delle informazioni dell'Area Internet del DSP: un progetto di miglioramento**
Celenza Francesca, Bianco Lauretta, Domina Rosa
- 39. Prevenzione clinico farmacologica della nefropatia da mezzo di contrasto: realizzazione di un database elettronico di ausilio alla pratica clinica**
Cenci Cristina, Aurelia Petrini, Marco Ciuffetti, Ivana Battistini
- 40. Progetto Gastropack: un nuovo modello di specialistica ambulatoriale**
Ceroni Liza, Descovich Carlo, Restino Gennaro, Baldassarre Vita Nunzia, Macchia Sandro, Cennamo Vincenzo
- 41. ISPED CARD (ClinicAI Registry for Diabetes)**
Cerutti Franco, Pricci Flavia, Roazzi Paolo, Gruppo Di Lavoro Isped Card, Cherubini Valentino
- 42. "Alcmeone": innovativa architettura organizzativa e avanzata piattaforma tecnologica di servizi a supporto dell'integrazione dei percorsi di assistenza e cura del paziente cefalalgico**
Conforti Domenico, Iannacchero Rosario
- 43. Il salasso: una pratica antica per un moderno ruolo dell'infermiere**
Cotichelli Giordano, Cioffi Davide, De Luca Walter
- 44. Quando l'ospedale incontra la medicina delle catastrofi**
Cotticelli Federico, Comparcini Dania, Baglioni Isabella, Buccolini Mara, Garbuglia Giordano, Simonetti Valentina, Torresi Elisa, Turri Giorgio, Vitali Roberta

45. Dossier formativo l'esperienza dell'azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

Dal Bò Ornella, De Pol Loretta, Barbo Marina

46. Lotta alla sepsi: approccio multidisciplinare tempestivo

De Filippis Giuseppe, Bodina Annalisa, Gaiazzi Michela, Radice Chiara, Schieppati Stefano, Lombardo Massimo

47. La resilienza dell'infermiere di area critica

De Luca Walter, Cioffi Davide, Cotichelli Giordano

48. Utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) per deospedalizzare i pazienti con malattia renale

De Nicola Michela, Savina Stefano, Bonvegna Francesca, Borzumati Maurizio, Gagliardi Anna, Bianchi Margherita,

49. Analisi dell'uso dei social media per diffondere informazioni sulle vaccinazioni

De Rinaldis Maria Francesca, Lopalco Pietro Luigi, Brioni Alessandro

50. Modello ospedaliero di governo delle tecnologie: dai processi formativi all'applicazione aziendale

Desperati Massimo, Cabiati Cristina, Marocco Gianluca, Bertolotti Marinella, Maconi Antonio

51. Un "ritocchino" per il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP)

Di Carlo Gaia, Molinari Chiara, Castiglioni Maria Teresa, Caretto Amelia, Bombardieri Paola, Cavalleri Lorena, Rinaldi Stefania, Dozio Nicoletta, Scavini Marina

52. Quantificazione di cannabinoidi in matrice cheratinica a scopo tossicologico-forense: sviluppo di una metodica mediante Turboflowtm HPLC-MS/MS

Di Gaudio Francesca, Castelli Valentina, Fontana Manuela, Fanara Serena, Indelicato Sergio

53. La dimissione protetta dalle Unità Operative di Osservazione Breve verso l'assistenza domiciliare integrata come alternativa al ricovero presso le UO di degenza

Di Nardo Raffaele, Di Renzo Maurizio Rivera

54. Valutazione del livello di utilizzo del Sistema di Segnalazione degli Eventi Avversi nei Laboratori di Emodinamica di Abruzzo e Molise

Di Renzo Maurizio Rivera, Piccirillo Giorgia, Di Giovanni Pamela, Cicolini Giancarlo

55. Nurses' self-efficacy: an observational study

Dignani Lucia, Berdini Michele, Girotti Susi, Guarinoni Milena Giovanna, Lucertini Carla, Toccaceli Andrea

56. Fine vita e dignità umana: studio qualitativo fenomenologico

Dignani Lucia, Chiarello Alice, Girotti Susi, Toccaceli Andrea, Lucertini Carla, Guarinoni Milena Giovanna

57. I determinati della qualità della vita dopo intervento di cardiocirurgia valvolare: una revisione sistematica

Dignani Lucia, Giampaolletti Andrea, Lucertini Carla, Toccaceli Andrea, Guarinoni Milena Giovanna

- 58. Sicurezza al triage e conoscenze infermieristiche: studio osservazionale multicentrico**
Dignani Lucia, Vitali Daiana, Girotti Susi, Lucertini Carla, Guarinoni Milena Giovanna, Toccaceli Andrea
- 59. Rosuvastatina in prevenzione primaria in soggetti a rischio intermedio? Beneficio modesto, soluzione inefficiente**
Donzelli Alberto, Schivalocchi Alessandro, Cassavia Galdino
- 60. Incentivi finanziari ai medici per produrre salute e ridurre la mortalità? La lezione del QOF**
Donzelli Alberto, Schivalocchi Alessandro, Sghedoni Donatella
- 61. L'applicazione acritica dei target pressori del trial SPRINT rischia di comportare un eccesso di mortalità?**
Donzelli Alberto, Schivalocchi Alessandro, Sghedoni Donatella
- 62. Analisi proattiva di tre potenziali aree a rischio nel contesto della prevenzione degli eventi avversi**
Doratiotto Stefano, Castriotta Luigi, Brusaferrò Silvio
- 63. #SMILE-PROGETTO-ITALIA - Riforma dell'offerta assistenziale odontoiatrica nel servizio sanitario nazionale (SSN) fondata sulla selezione delle migliori pratiche riscontrate sul territorio in termini di accessibilità e di sostenibilità: 1) Manuale operativo di riorganizzazione dei servizi regionali; 2) Programma socio-sanitario per le categorie vulnerabili; 3) nuovo nomenclatore tariffario; 4) Smile-app per dispositivi mobili**
Duvina Marco, Pollinari Alessia
- 64. La percezione degli infermieri e delle ostetriche riguardo l'utenza straniera nei reparti di pediatria e di ostetricia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e dell'Azienda USL di Imola**
El Mouttaqi Latifa
- 65. Gli esiti di programmi assistenziali personalizzati al neonato prematuro/critico in terapia intensiva neonatale: revisione di letteratura**
Esopi Sara
- 66. I PDTA interaziendali di rete oncologica come modello progettuale per riorganizzare i percorsi assistenziali tra le aziende sanitarie dell'area Torino Ovest**
Falco Silvio, Arione Roberto, Galis Veronica, Giacometti Marika, Vitale Arianna
- 67. SPIRIT 2013 Statement: strumento di valutazione della qualità dei protocolli clinici**
Falconi Martina, Gatto Roberta, De Masi Salvatore, Leo Maria Carmela, Mugelli Alessandro
- 68. Valutazione dello stato nutrizionale e fattori correlati nella gestione della persona con frattura di femore sottoposta ad intervento chirurgico**
Fidani Marco Giorgio, Traini Tiziana, Manocchi Katia, Troiani Silvano
- 69. Riorganizzazione generale di un reparto di pediatria: focus su standard clinici e sicurezza**
Fino Giuliana, Beltramello Claudio, Vecchiato Luca, Trevisan Manuela

70. Come promuovere la salute? Laboratorio relazionale-educativo per studenti infermieri

Fortuna Giulia, Fiorentini Rita, Fiorani Catia, Bacaloni Simona, Agnani Silvia

71. Prevenire le interruzioni: strumenti per la sicurezza della terapia farmacologica

Frangioni Gabriele, Biermann Klaus Peter, Ammazini Daniela, Caposciutti Barbara, Di Pede Mario, Prunecchi Silvia, Savelli Angela

72. Human Factor e Non Technical Skills in ambito sanitario

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

73. Dalla Formazione Tecnica all'indispensabile e attuale Formazione sulle Non Technical Skills

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

74. Prevalenza della "self-reported" NCGS in una coorte di 9300 bambini: primo studio italiano (PRE.S.A.G.I.)

Gasparre Valentina, Paterno Giulia, Cafagno Claudio, Arezzo Francesca, Borrelli Giorgia, Indrio Flavia, Abbaticchio Michele, Calò Rosa, Cristofori Fernanda, Francavilla Ruggiero

75. Qualità della vita nelle persone con patologie valvolari: analisi concettuale evoluzionistica

Giampaolletti Andrea, Dignani Lucia, Toccaceli Andrea, Lucertini Carla, Guarinoni Milena Giovanna

76. "PERCEIVE in Umbria": valutazione della percezione della vaccinazione Anti-influenzale tra i Farmacisti in Umbria

Gianfredi Vincenza, Nucci Daniele, Paoletti Beatrice, Orlacchio Filiberto, Villarini Milena, Moretti Massimo

77. Percorso integrato ospedale-territorio dell'Asl4 Chiavarese finalizzato all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci inibitori di pompa protonica

Giordano Cristina, Iannone Primiano, Carniglia De Carli Rosanna, Brega Alessandro, De Mattheis Marina, Ceriolo Paola, Miglio Luigi Pio, Orlandini Francesco, Rebagliati Bruna

78. Uso del placebo nella pratica clinica infermieristica: studio osservazionale

Girotti Susi, Nevischi Elena, Dignani Lucia, Martino Giuseppe Pio

79. Educazione terapeutica e burden del caregiver: studio osservazionale

Girotti Susi, Battaglioni Stella, Dignani Lucia, Martino Giuseppe Pio

80. Soddisfazione della persona con problemi di salute mentale in setting ambulatoriale: studio osservazionale

Girotti Susi, Romanelli Simone, De Carolis Antonella, Dignani Lucia, Martino Giuseppe Pio

81. Implementazione del PDTA dello scompenso cardiaco nelle case della salute di Reggio Emilia

Greci Marina, Baccarani Erika, Navazio Alessandro, Pedroni Dante, Romani Sonia, Saccaggi Licinia Laura, Storani Simone, Pinotti Mirco

82. Riforma del 332/99 Nomenclatore Tariffario Assistenza Protesica

Gruppioni Gianni, Gandolfo Franco

83. La percezione della professione infermieristica: la parola agli studenti. Studio osservazionale

Lenzini Annalisa

84. Esiti derivanti dall'utilizzo della button hole cannulation nei pazienti in trattamento emodialitico: una revisione della letteratura

Lucertini Carla, Becci Manuel, Dignani Lucia, Toccaceli Andrea, Moroncini Gianluca

85. Indagine osservazionale: Valutazione del presenteeism in un gruppo di infermieri mediante utilizzo di SPS-6 (Stanford Presenteeism Scale)

Lucertini Carla, Candelaresi Martina, Toccaceli Andrea, Dignani Lucia, Briglio Nigro Lorenzo, Barone Antonio

86. Il profilo di ruolo del bed manager come facilitatore nel patient flow

Lucertini Carla, Delli Santi Pasquale, Toccaceli Andrea, Dignani Lucia, Ciociola Erica, Gioacchini Gloria, Pelusi Gilda

87. Analisi delle criticità nella gestione infermieristica quotidiana della persona in continuous renal replacement therapy (CRRT). Una literature review

Lucertini Carla, Tarsetti Gianluca, Polidori Lucia, Toccaceli Andrea, Dignani Lucia, Gioacchini Gloria

88. I percorsi di cura come strumento di ridisegno organizzativo

Luzzi Loredana, Garavaglia Giulia

89. L'assistenza protesica ed il coinvolgimento dei cittadini: modello di customer satisfaction dell'ASLAL

Maconi Mariacaterina, Salatino Claudia, Massocco Cristina

90. Percorsi per la fragilità: la prossimità sociosanitaria delle strutture di long term care (LTC)

Malara Alba, De Biase Andrea, Gentile Emanuela, Liparota Francesca, Mauro Maria, Magro Maria, Megna Graziella, Rocca Antonello, Vilella Angela, Spadea Fausto

91. Casacche segnaletiche come strumento per ridurre le interruzioni degli infermieri durante la somministrazione della terapia: uno studio pre-post

Mancuso Carola Martina, Currà Maria Cristina, Bonetti Loris

92. Istituzione Piattaforme assistenziali per intensità di cure del Dipartimento di Emergenza Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Manotti Pietro, Ferrari Antonio, Bonconti Maria Pia, Raboini Isabella, Quintavalla Roberto, Balestrino Antonio, Fabi Massimo

93. Transfer dalla formazione al lavoro: il punto di vista infermieristico

Marcelli Stefano, Bottalico Francesca, Rocchi Renato, Troiani Silvano, Casablanca Carmelo, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

94. Le variabili dello stato emozionale dei pazienti in medicina di urgenza: analisi dei determinanti

Marcelli Stefano, Buccolini Francesca, Rocchi Renato, Troiani Silvano, Casablanca Carmelo, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

95. Ansia preoperatoria: confronto tra il Day Surgery e il ricovero ospedaliero

Marcelli Stefano, Gjoshevska Marinela, Rocchi Renato, Troiani Silvano, Casablanca Carmelo, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

96. Le condizioni latenti all'interno dei setting assistenziali: lo stress come variabile di disturbo della produttività lavorativa

Marcelli Stefano, Grassi Irene, Rocchi Renato, Troiani Silvano, Casablanca Carmelo, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

97. Stress lavoro-correlato tra il personale infermieristico: indagine tra le aree mediche, chirurgiche e di emergenza.

Marcelli Stefano, Lamponi Sara, Rocchi Renato, Troiani Silvano, Casablanca Carmelo, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

98. Le disfunzioni cognitive: analisi delle risposte umane dei pazienti complessi

Marcelli Stefano, Lanchini Francesca, Rocchi Renato, Troiani Silvano, Gregorini Mirco, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

99. Valutazione del rischio di lesioni da decubito correlato all'instabilità clinica del paziente ricoverato in area medica

Marcelli Stefano, Rocchi Renato, Troiani Silvano, Agostini Silvia, Casablanca Carmelo, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

100. La sindrome post traumatica da stress nei pazienti ematologici: la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) come strumento di analisi".

Marcelli Stefano, Rocchi Renato, Troiani Silvano, Casablanca Carmelo, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

101. Incidenza delle infezioni da Serratia Marcescens in area complesse: le Terapie Intensive Pediatriche come aree di indagine.

Marcelli Stefano, Ruggeri Raffaella Benedetta, Appignanesi Remo

102. Sviluppo e applicazione di standard di erogazione nella riorganizzazione della rete ambulatoriale di un'azienda sanitaria locale

Marchisio Sara, De Filippis Giuseppe, Pasqualucci Arturo, Gallone Francesca, Serpieri Chiara

103. Monitoraggio del percorso farmaceutico-assistenziale dei pazienti affetti da Sclerosi Multipla afferenti all'ASLTO5

Mazzitelli Rossella, Peila Emanuela, Poggio Lorena

104. Riorganizzazione del Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per progressività di cure

Meschi Tiziana, Manototti Pietro, Luisi Mariateresa, Ferrari Antonio, Prati Beatrice, Nouvenne Antonio, Lauretani Fulvio, Balestrino Antonio, Fabi Massimo

105. PAC o PDTA per l'obesità. Qual è il miglior percorso assistenziale nel paziente obeso?

Messina Glauco, Sambuchi Alessia, Cerruto Rosario, Faroni Jessica Veronica

- 106. La Wii-Hab come esempio di Health Technology Assessment nell'obesità infantile. Quando la tecnologia da causa può diventare terapia.**
Messina Glauco, Sambuchi Alessia, Cerruto Rosario, Faroni Jessica Veronica
- 107. Obesità e lavoro. Differenze tra lavoratori normopeso ed obesi in termini di costi e produttività persa**
Messina Glauco, Sambuchi Alessia, Mori Paola, Faroni Jessica Veronica
- 108. Analisi di produzione e customer satisfaction di un modello organizzativo e gestionale innovativo per l'area materno-infantile: il Day Service dell'ASLTO3**
Minniti Davide, Passi Stefano, Siliquini Roberta, Giordano Antonia, Boraso Flavio
- 109. Health Population Management: un nuovo modello per la gestione integrata del diabete tipo 2**
Miranda Cesare, Acquati Silvia, Assaloni Roberta, Da Ros Roberto, Rondinelli Maurizio
- 110. L'infermiere e la sorveglianza dei device in area cardiovascolare. Quali vantaggi per il paziente e l'economia sanitaria?**
Montebello Davide, Fialdini Luca, Tongiani Mariella, Baratta Stefania
- 111. Sperimentazione del modello organizzativo delle Degenze Intermedie Polifunzionali (DIP) presso il Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona (POS)**
Narduzzi Barbara, Pascuttini Elide
- 112. Struttura intermedia per disabili gravi con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario**
Narduzzi Barbara, Urli Nadia, Sacher Bruno, Taboga Inga
- 113. Validazione del flusso CEDAP nelle strutture ospedaliere della Città Metropolitana di Milano**
Nicolosi Daniela, Papa Maria Teresa, Dadda Fabiana Maria, Scuderi Emilia, Spinosa Silvia, Zanardi Sabina
- 114. Gestione sicura delle terapie con farmaci antineoplastici**
Palladino Teresa, Santilli Giuseppina, Melloni Marzia, Barattoni Bianza
- 115. L'informazione alla persona assistita come "best safety practice": l'adesione consapevole e partecipata all'intervento di cura come strumento di riduzione del contenzioso medico-legale**
Palladino Teresa, Minarini Andrea
- 116. Un volto da infermiere. Inferenze tratte dalle caratteristiche percettive del volto del neolaureato predicono l'incarico lavorativo**
Pasi Eleonora, Mattarozzi Katia, Cremonini Valeria
- 117. Setting di cure intermedie: introduzione di un modello organizzativo innovativo e gestionale nell'ASLTO3**
Passi Stefano, Minniti Davide, Venuti Silvio, Siliquini Roberta, Boraso Flavio
- 118. Riorganizzazione integrata dell'assistenza tra ospedale e cure primarie. Il Budget di salute nel territorio di Parma**
Pellegrini Pietro, Leuci Emanuela, Azzali Silvia, Ossola Paolo, Dall'aglio Raffaella, Paulillo Giuseppina, Ceroni Patrizia

- 119. Tecnologie assistive: NAO robot come interfaccia per la stimolazione cognitiva e l'autonomia di anziani con indebolimento cognitivo**
Pino Olimpia, Trevino Cadena Rosalinda
- 120. Triage di Corridoio - TriCo - Indicatore clinico e di appropriatezza di setting per i pazienti trasferiti dall'Ospedale in una struttura di Lungodegenza Post-Acuzie (LPA)**
Potena Alfredo, Mazzoni Silvia, Lichii Mihaela, Federici Luca, Guaraldo Mirko, Guarino Matteo, Bin Micaela
- 121. Professionisti 2.0 - una ricerca sui comportamenti digitali e sull'uso dei dispositivi mobili personali in azienda**
Presutti Michele
- 122. Job Rotation: la convivenza professionale quotidiana come spazio reale di conoscenza e di integrazione tra servizi**
Presutti Michele, Esposito Paola
- 123. Progetto Braccialetti Blu: la Storia siamo Noi. Nuove prospettive assistenziali della medicina narrativa nella presa in carico della persona con diabete**
Quirino Alessia, Lo Conte Antonella, Angelucci Ermanno, Falzano Valeriana, Di Renzo Maurizio Rivera
- 124. Una nuova realtà: l'emodialisi extracorporea domiciliare con una sistema rivoluzionario**
Ralli Chiara, Imperiali Patrizio, Duranti Ennio
- 125. L'area dell'emergenza-urgenza e il D.M. n.70 del 2/4/2015: progettazione di un piano di gestione del sovraffollamento presso l'ASLTO3 della Regione Piemonte.**
Rebora Monica, Minniti Davide, Passi Stefano, Cibinel Gianalfonso, Boraso Flavio
- 126. Indagine delle conoscenze sull'epilessia negli studenti del terzo anno di infermieristica e del sesto anno di medicina**
Regnicoli Februa, Marchetti Mara, Cesaroni Elisabetta, Pistelli Lara
- 127. Programma vaccinale pediatrico: studio sulla conoscenza e aderenza**
Rinaldi Katia, Fiorani Catia, Bacaloni Simona, Stefani Stefania, Fiorentini Rita, Airini Barbara
- 128. Le conoscenze e competenze degli infermieri nella gestione della stomia pediatrica**
Rosiglioni Diletta, Marchetti Mara, Giuliani Rosella
- 129. Interruzione volontaria di gravidanza: sperimentazione e valutazione dell'efficacia di un opuscolo multilingue nei consultori familiari dell'ASL TO4**
Rossin Sara, Auletta Gaetano, Guala Andrea, Finale Enrico
- 130. Ippoterapia ed equitazione terapeutica come trattamento nella cura di bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico**
Rubboli Federica

131. Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria riabilitativa per acuti nella Azienda Ospedaliera di Perugia attraverso il processo di gestione informatizzata delle richieste di consulenza secondo un criterio di Triage Riabilitativo

Saiu Maria Pia, Mencacci Marco, Rosi Piero, Carnio Gabriella, Pacchiarini Diamante, Area Professionale Riabilitativa

132. Il percorso assistenziale del paziente cronico polipatologico complesso: dall'acuzie alla diagnosi alla gestione nella rete della Medicina Interna. Evidenze preliminari sul ruolo diagnostico della Medicina Interna ospedaliera in un sistema integrato

Scotti Emilio, Pietrantonio Filomena, Alessi Elena, Leardi Maria Grazia, Gerardi Francesca, Rainone Marianna, Vesprini Elisa

133. L'applicazione del DM 70: l'esperienza della AUSL Toscana Sud Est

Serafini Andrea, Bechi Luigi, Falsetti Martina, Matarrese Daniela

134. L'ipotermia terapeutica nel post-arresto Una revisione della letteratura

Sgattoni Giampaolo, Traini Tiziana, Fiori Cinzia, Troiani Silvano

135. Osteoporosi e nuova Nota AIFA 79: analisi di farmacoutilizzazione

Signoretta Vincenzo, Capaldo Annalisa, Denti Paola, Labbozzetta Stefano

136. Il ruolo dell'infermiere nel processo di donazione degli organi: una revisione della letteratura

Simonetti Valentina, Comparcini Dania, Albanesi Valentina, Cantello Marcello, Buccolini Mara, Cotticelli Federico, Ciocolini Giancarlo

137. Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica ricevuta in ambito ematologico: uno studio osservazione.

Simonetti Valentina, Comparcini Dania, Cantello Marcello, Albanesi Valentina, Buccolini Mara, Cotticelli Federico, Cicolini Giancarlo

138. Attuali evidenze, criteri ed esami diagnostici della malattia neurodegenerativa trasmissibile di Creutzfeldt-Jakob (MCJ o CJD)

Stroili Manuela, Bussani Rossana, Cattaruzza Tatiana, Ukmar Maja, Custrin Ana, Dudine Sandra, Zandonà Lorenzo, Manganotti Paolo

139. Due strumenti innovativi di "supporto alle decisioni" nelle strutture complesse sanitarie: il titolario dell'archivio direzionale e un breve manuale di gestione del servizio di radiologia

Stroili Manuela, Stacul Fulvio, Scarpa Andrea, Montenesi Tullio, Varin Tiziana

140. Metodologie per la vigilanza sul funzionamento degli elettromedicali in sanità: lo standard internazionale IEC /CEI 60812 FMEA applicato alla radiologia

Taddeo Francesco, Meini Federico, Stroili Manuela

- 141. Impact of Enhanced Recovery after Thoracic Surgery: outcomes of consecutive patients undergoing lobectomy**
Terzo Danilo
- 142. NEW EARLY WARNING SCORE, applicazione in contesti di Long-term Care. Uno studio retrospettivo longitudinale**
Toccaceli Andrea, Riccetti Michael, Tesei Letizia, Gioacchini Gloria, Dignani Lucia, Lucertini Carla
- 143. Implementazione di una Data Set infermieristico. Le diagnosi infermieristiche prevalenti in un setting pneumologico: analisi retrospettiva**
Toccaceli Andrea, Vagnini Gianmarco, Lucertini Carla, Gioacchini Gloria, Dignani Lucia
- 144. Studio osservazionale del livello di conoscenze del personale ostetrico sulla diagnosi prenatale**
Torbidoni Laura, Cecchi Alessandro
- 145. La Qualità del Contesto Lavorativo nell'ASUR Area Vasta 5 correlata al Modello Organizzativo Assistenziale**
Traini Tiziana, Di Leo Michele, Troiani Silvano
- 146. Strategie di intervento negli incidenti da annegamento**
Traini Tiziana, Schinosi Valerio, Ceccarani Caterina Stefania, Troiani Silvano
- 147. Il Disturbo Post-Traumatico da Stress correlato ad un evento sismico**
Traini Tiziana, Troiani Silvano, Bachetti Giacomo, Loria Massimo
- 148. Approccio olistico alla persona con diabete: l'esperienza della Scuola di Diabete**
Troiani Silvano, Sorgi Claudio, Poli Cinzia, Traini Tiziana
- 149. Adolescenti e fragilità**
Troiani Silvano, Traini Tiziana, Luciani Daniele, Del Vais Giulia, Mercatili Maria Grazia
- 150. L'accertamento infermieristico in emodialisi: studio osservazionale**
Vigilante Carla, Dignani Lucia
- 151. La cartella infermieristica in emodialisi: analisi di una esperienza**
Vigilante Carla, Dignani Lucia
- 152. Attesa in pronto soccorso? La soluzione al Mauriziano la cerchiamo in "Toyota"**
Vigna Iolanda, Villa Enrico, Mitola Barbara, Vallino Domenico, Di Benedetto Grazia, Cottino Aldo, Arione Roberto
- 153. Continuità assistenziale e percorsi di cura integrati ospedale-territorio per le bambine ed i bambini con speciali bisogni di salute: dal progetto SpenK dell'Emilia Romagna al progetto del Friuli Venezia Giulia**
Zanello Elisa, Scannapieco Gianluigi, Ronfani Luca, Davi Franca, Rucci Paola, Faldella Giacomo, Mariapia Fantini

8. Sviluppo di un sistema informatizzato per le comunicazioni sulle infezioni ospedaliere

Albertoni Francesco¹, Fiori Marco², Di Giacomo Liliana¹, Ianari Adriana¹

¹ASL Latina, ²Engineering Ingegneria Informatica spa

BACKGROUND Il problema delle resistenze multiple agli agenti antimicrobici dei microrganismi ospedalieri comuni riguarda in maniera particolare, in Europa, l'Italia e la Grecia. I dati sull'ecologia microbica ospedaliera non sempre vengono comunicati in maniera efficace al personale sanitario al fine di orientare correttamente le prassi antibiotico-prescrittive.

OBIETTIVI Sviluppare un sistema informatizzato integrato che permetta la visualizzazione: 1. Del reparto di acquisizione dell'infezione da parte del paziente e del suo successivo percorso intra ed extra ospedaliero 2. Della distribuzione di frequenza dei diversi germi per sede di prima identificazione a livello di Azienda-Ospedale-Reparto e per tipo di campione biologico 3. Dei trend temporali di prima identificazione di singoli germi 4. Dei trend di antibiotico-resistenza per germi selezionati 5. Degli scostamenti nella frequenza di prima identificazione dei germi rispetto ad intervalli predefiniti di occorrenza.

METODI Il sistema si basa sull'integrazione delle seguenti fonti dati relative alla ASL di Latina: • Ricoveri ospedalieri (SDO) • Accertamenti diagnostici microbiologici (LIS) mediante record linkage deterministico, secondo le seguenti modalità: • "Certo", nel caso di richieste LIS informatizzate da reparto, utilizzando il legame nosologico-identificativo della richiesta; • "Dedotto", nel caso di richieste LIS non informatizzate, deducendo il legame tra ricoveri e richieste LIS con i campi: • Codice fiscale paziente LIS = Codice fiscale paziente SDO • Reparto richiedente LIS = Reparto ricovero alla data di richiesta LIS • Data richiesta LIS compresa tra data ricovero e data dimissione Per ogni paziente infetto si verifica se abbia avuto altre positività precedenti (sia in ricoveri che in accertamenti negli ambulatori pubblici aziendali) per lo stesso germe entro un predefinito intervallo di tempo ;se la ricerca fallisce la positività si definisce prima identificazione. Per ogni ricovero si costruisce un elenco giornaliero dei reparti di permanenza del paziente. Si utilizzano carte di controllo basate su distribuzioni diverse (normali, binomiali, poissoniane, geometriche).

RISULTATI Il programma mostra in maniera dinamica e con scansione giornaliera il percorso del paziente infetto all'interno dell'ospedale evidenziando l'infezione con il cambiamento di colore del simbolo grafico, il movimento nei reparti dell'ospedale e l'esito del ricovero (domicilio,trasferimento ad altra struttura di ricovero, decesso). I germi di prima identificazione vengono rappresentati con colori diversi mentre l'area indica la frequenza.La rappresentazione avviene per Azienda-Ospedale-Reparto e per campione biologico. Relativamente al presidio ospedaliero maggiore della ASL, nel periodo Gennaio 2014-Giugno 2016, i trend mensili sono costanti per Escherichia coli e Klebsiella pneumoniae ma in incremento costante per Clostridium difficile (da 3 nel 2014 a 11 nel 2016) e mostrano variabilità stagionale per Clostridium difficile e, in misura minore, per Klebsiella pneumoniae contrariamente a Escherichia coli. Per l'antibiotico-resistenza, si osserva: • trend in incremento della meticillino-resistenza per lo Staphylococcus aureus (dal 42% del 2014 al 58% del 2016) • trend costante della resistenza della Klebsiella pneumoniae ai carbapenemi a livelli elevati (50%) • resistenza alla Vancomicina di Enterococcus faecium e faecalis inferiore al 10% • trend costante della resistenza al Ceftazidime per Escherichia coli (30%) • trend costante della resistenza ai Carbapenemi di Pseudomonas aeruginosa (poco superiore al 30%) • resistenza ai Carbapenemi per l'Acinetobacter al 100%;la resistenza alla Colistina, seppur inferiore al 10%, mostra un trend in preoccupante incremento (da 0% a 7%). L'utilizzo di carte di controllo geometriche mostra aggregazioni di prime identificazioni in brevi intervalli temporali, suggerendo possibili epidemie nosocomiali.

LIMITI Il sistema di sorveglianza non consente di effettuare confronti di incidenza di infezioni tra diversi reparti per le diverse prassi di richiesta di accertamenti microbiologici. La disponibilità delle SDO su base mensile limita la possibilità di generare allarmi immediati.

CONCLUSIONI Il sistema di sorveglianza informatizzato fornisce una rappresentazione dinamica degli eventi infettivi nosocomiali nel tempo e nei diversi reparti. Evidenzia visivamente i trend temporali di occorrenza delle infezioni e della antibiotico-resistenza nel medio e lungo periodo come pure l'occorrenza di possibili cluster epidemici e pertanto si presta bene ad una comunicazione efficace tra Comitato di Controllo delle Infezioni e medici e personale di reparto. Può essere utilizzato proficuamente all'interno di programmi di formazione sul controllo delle infezioni ospedaliere.

Indirizzo per la corrispondenza

Albertoni Francesco, Medico Chirurgo
Azienda Unità Sanitaria Locale di Latina - Nessuna
Viale Pier Luigi Nervi, SNC - 04100 - Latina
Email: fr.albertoni@libero.it

9. Il Controllo remoto degli emogas analizzatori nell'Azienda UsI di Livorno (Area NORDOVEST)

Antonelli Fabio, Caiazza Andre, Razzolini Ilaria, Quintavalle Cristina, Masi Pietro, Cantini Stefano, Turelli Gabriele, Agarini Elena, Biondi Lorian, Fiorini Marcello

Azienda Sanitaria Locale - USL Livorno 6

BACKGROUND Nel contesto della ASL Toscana Nordovest, ambito territoriale di Livorno, l'esecuzione delle emogasanalisi è affidata al personale infermieristico dei setting assistenziali tramite l'utilizzo di emogas analizzatori GEM (Il Werfen) l'analisi viene eseguita vicino al punto di erogazione delle cure al paziente, in letteratura sono riportati notevoli vantaggi nell'utilizzo di questo sistema: tempi di risposta più brevi e decisioni mediche più rapide; utilizzo ottimale delle risorse di personale; riduzione della movimentazione di campioni e referti. Tuttavia, se vengono raccolti campioni inadeguati o non è garantita la tracciabilità del campione le analisi possono condurre a risultati che influenzano erroneamente le decisioni cliniche anche in questo caso come per gli esami eseguiti dai laboratori centralizzati la maggior parte degli errori sono sia preanalitici che analitici. Occorre quindi considerare che gli errori possono verificarsi in qualsiasi fase del test e per tale motivo è necessario un sistema di monitoraggio continuo della qualità dei test effettuati e implementare azioni atte a ridurre il rischio clinico, coerenti con le indicazioni regionali e ministeriali in materia (es. PSP regionale per la corretta identificazione del paziente).

OBIETTIVI Garantire la qualità dei risultati ottenuti mediante gli emogasanalizzatori POCT mediante il monitoraggio in remoto del sistema, consentendo agli operatori l'utilizzo della strumentazione in sicurezza e l'adesione ai requisiti previsti dalle normative regionali in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

METODI Implementazione di un modello organizzativo che prevede il controllo remoto dell'attività analitica dei 23 emogasanalizzatori (Gem premier 4000 e 3500 di Instrumentation Laboratory Werfen) in uso ai reparti di cura ospedalieri dalle sedi dei 4 laboratori dei presidi di Livorno Cecina Piombino e Portoferraio. Il monitoraggio viene svolto da un gruppo di TLSB presenti nei singoli laboratori coordinati da un Dirigente di laboratorio. La gestione degli emogasanalizzatori in rete si avvale di un server che raccoglie tutte le informazioni degli strumenti elaborate dal sistema gestionale GEMweb Plus di Instrumentation Laboratory Werfen, interfacciato al LIS di Laboratorio. Il gruppo di lavoro dei TLSB ha la funzione di verificare e garantire il corretto funzionamento degli strumenti, la supervisione della qualità dei risultati attraverso: la valutazione giornaliera dei controlli di qualità; la valutazione delle azioni correttive effettuate in automatico dallo strumento; verifica della corretta identificazione paziente. Le verifiche riguardano inoltre l'utilizzo appropriato della cartuccia reagenti, a fronte degli esami medi effettuati, il controllo dei campioni non processati, l'elaborazione periodica di non conformità sulla fase preanalitica (es. campioni coagulati o con presenza di bolle d'aria, anagrafiche incomplete). Tutte le attività di verifica, comunicazione ed eventuali azioni intraprese nonché note di controllo nell'ambito dell'attività svolta, sono registrate in un programma di gestione presente nel sito intranet di laboratorio. L'attività di monitoraggio prevede un feedback continuo per sensibilizzare gli operatori che eseguono il test emogas (PoCT) circa la corretta identificazione dei campioni unitamente al collegamento informatico con l'anagrafica aziendale.

RISULTATI Dopo un anno di gestione giornaliera si sono evidenziati sensibili miglioramenti riguardo i possibili errori nell'identificazione del campione e nella tracciabilità dell'intero processo. In particolare il progetto ha consentito di: garantire la qualità del risultato grazie alla competenza dei TLSB in grado di intervenire tempestivamente in tutti i Presidi Ospedalieri; gestire la formazione del personale per l'introduzione della corretta anagrafica del paziente attraverso l'utilizzo del LIS di Laboratorio garantendo la tracciabilità del paziente e l'archiviazione dei dati analitici riducendo notevolmente, sui reparti più critici, l'anonimato degli esami effettuati; la riduzione di errori preanalitici permettendo la formazione idonea al personale utilizzatore sia nella gestione dello strumento che del campione; comunicare rapidamente anomalie tramite l'attivazione di e-mail al responsabile della gestione strumento di reparto.

LIMITI Un limite del monitoraggio è legato alla difficoltà riscontrate da parte degli infermieri nell'identificare correttamente i test effettuati per pazienti in regime ambulatoriale.

CONCLUSIONI L'implementazione del monitoraggio degli emogasanalizzatori, oltre a migliorare gli standard di qualità analitica dei sistemi in oggetto, ha sensibilmente ridotto il rischio di errore sia analitico che di identificazione del paziente, due aspetti essenziali nella corretta gestione del percorso clinico-diagnostico.

Indirizzo per la corrispondenza

Antonelli Fabio, Medico Chirurgo
Ospedale Civile di Cecina - U.O. Analisi Chimico Cliniche
Via Montanara - 57023 - Cecina
Email: fabio.antonelli@uslnordovest.toscana.it

10. Importanza del corretto setting assistenziale per garantire la presa in carico del paziente e la qualità del processo di cura: uno studio retrospettivo osservazionale in Lombardia

Aperti Paola, Tonoli Luca, Bussi Anna Rosa, Meneghetti Orietta, Pietrantonio Filomena

U.O. Medicina Interna Ospedale di Manerbio (BS) - A.S.S.T. del Garda

BACKGROUND La definizione del ruolo di Ospedale e Territorio nella risposta ai bisogni di cura dei pazienti è fondamentale nell'attuazione della riforma socio-sanitaria della Regione Lombardia (L.R. n. 23/2015). Per garantire la corretta presa in carico è quindi fondamentale stratificare i pazienti in base alla intensità clinica e complessità assistenziale definendo i setting di cura, gli standard di personale, la dotazione tecnologica necessaria e gli snodi critici dei percorsi.

OBIETTIVI Con lo scopo di definire: 1. le caratteristiche dei pazienti ricoverati in Medicina Interna (MI) ospedaliera; 2. il ruolo della MI nel percorso dei pazienti polipatologici complessi, affetti da patologie croniche; 3. modelli organizzativi alternativi in grado di migliorare le performances, è stato realizzato uno studio osservazionale retrospettivo presso la Unità Operativa di Medicina Interna dell'Ospedale di Manerbio (ASST-Garda).

METODI È stata effettuata una revisione della Letteratura utilizzando PubMed, Cinhal e SBBL (Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo) dal 2000 al 2016. Per la determinazione dell'intensità clinica sono state adottate la scala MEWS (Modified Early Warning Score) per valutare la criticità e la scala CIRS (Cumulative Index Rating Scale) per valutare la complessità e le comorbidità mentre per la definizione dell'intensità assistenziale si è utilizzato l'Indice di Intensità Assistenziale (IIA). Sono state analizzate le cartelle cliniche di tutti gli assistiti consecutivamente ammessi dal 1 gennaio 2016 e dimessi entro il 31 marzo 2016 presso la MI di Manerbio. Non è stato considerato alcun criterio di esclusione.

RISULTATI Esaminate 393 cartelle: 199 M/194 F (totale dei dimessi nel trimestre 483), età mediana 81 anni. Il 93% del campione età >70 anni e il 37% età >85 anni. Pazienti critici (con necessità di monitoraggio continuo ed elevata tecnologia): 27% del campione (di cui il 10% con criteri di trasferimento in terapia intensiva: MEWS >5) Comorbidità (misurate con CIRS-CI): tra 5 e 6 patologie attive per la maggior parte del campione; il 53% con CIRS tra 7 e 12. Intensità assistenziale (IIA) elevata nel 46% del campione che si mantiene tale per tutta la durata della degenza. Degenza media: 9,35 giorni (in linea con la media regionale e nazionale). Esito: 64% a domicilio 10,7% decessi. 23% con problemi socio-sanitari (trasferimento in unità di sub acuti, Residenze Sanitarie Assistite-RSA, Hospice, attivazione Assistenza Domiciliare Integrata-ADI) 2,3% (trasferiti in altri istituti per acuti, dimissione volontaria).

LIMITI Il limite dello studio è essenzialmente legato alla raccolta dei dati, poiché le informazioni sono state ricavate dall'analisi della documentazione presente all'interno delle cartelle cliniche e non con valutazione diretta durante il ricovero.

CONCLUSIONI 1. Circa il 30% dei pazienti ricoverati in Medicina necessitano di assistenza di tipo sub-intensivo e un'adeguata presa in carico prevedrebbe l'utilizzo di sistemi di monitoraggio. È attualmente in fase di start up lo studio di monitoraggio con sistemi wireless dei pazienti critici ricoverati nella Medicina Interna di Manerbio. Sarebbe opportuno un adeguamento degli standard di attrezzature e personale per una corretta presa in carico dei pazienti con caratteristiche di criticità (per consentire il miglioramento della performance e la riduzione della degenza media per tempestiva gestione delle complicanze e conseguente riduzione dei costi della degenza). 2. Circa 1/4 dei pazienti ricoverati in Medicina presenta problemi socio-sanitari per i quali vengono proposte soluzioni assistenziali in occasione dell'episodio più o meno acuto che conduce i pazienti in Pronto Soccorso. Sarebbe opportuno concordare percorsi integrati ospedale-territorio che permettano la presa in carico del paziente riducendo al minimo la permanenza in ospedale e rispondendo adeguatamente ai bisogni del paziente quali: a) trasferimento in Hospice/Subacuti/RSA direttamente dalla Osservazione Breve Intensiva, b) attivazione di percorsi preferenziali che permettano il rapido trasferimento sul territorio di pazienti stabili, con bisogni assistenziali elevati; c) implementazione di partnership pubblico-privato per attivazione di strutture residenziali a bassa intensità, d) progetti pilota di ospedale e domicilio, e) utilizzo di sistemi wireless di monitoraggio a domicilio o in strutture residenziali, f) integrazione dei Medici di Medicina Generale in programmi di follow-up delle patologie croniche ad alto rischio di riacutizzazione. 3. Predisposizione di studio pilota per la valutazione del percorso dei pazienti affetti da patologie croniche nel passaggio dalla fase acuta a setting assistenziali a bassa intensità per definire percorsi successivi alla fase subacuta e possibile sperimentazione di strutture intermedie di supporto (anche in partnership pubblico-privato) in attesa di inserimento in RSA.

Indirizzo per la corrispondenza

Pietrantonio Filomena, Medico Chirurgo
Ospedale Sant'Eugenio - U.O.C. Medicina I
Piazzale dell'Umanesimo, 10 - 00144 - Roma
Email: filomena.pietrantonio@gmail.com

11. L'opinione degli italiani sull'Osteopatia

Arienti Chiara, Sciomachen Paola

Registro degli Osteopati d'Italia

BACKGROUND L'osteopatia è inquadrata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una professione sanitaria di contatto primario con competenze di diagnosi osteopatica, gestione e trattamento dei pazienti, esclusivamente manuale, che si indirizza a tutti i cittadini, dal neonato all'anziano. Sulla base dei principi osteopatici l'osteopata individua la "disfunzione somatica", di competenza esclusivamente osteopatica, codificata all'interno dell'International Classification of Diseases, e la corregge utilizzando tecniche manuali specifiche. L'osteopatia tratta pazienti di tutte le età, dal neonato all'anziano. Da un sondaggio svolto dall'Osteopathic International Alliance svolto nel 2012, emerge che 1/3 dei pazienti che afferiscono agli ambulatori osteopatici hanno un'età compresa tra 31-50 anni. Il 23,4% hanno 18 anni o meno, e di questi il 8,7% è al di sotto dei 2 anni di età. Sempre da questo documento emerge che il principale motivo di consulto negli ambulatori di osteopatia sono i disturbi cronici e sub-acuti. Circa un paziente su cinque richiede un controllo generale². In Italia, purtroppo, non si hanno dati aggiornati sull'utilizzo dell'osteopatia. Gli ultimi dati ISTAT risalgono al 2005 e dichiarano che il 13,6% della popolazione utilizza la medicina non convenzionale, nello specifico il 6,4% utilizza l'osteopatia e la chiropratica. Tra il 1991 e il 1999 l'aumento dell'uso di tali pratiche è stato sensibile, raggiungendo un livello pressoché costante nel corso degli ultimi 5 anni (1999-2005)³. Un recente studio (Rapporto Italia 2012 di Eurispes) chiarisce come il 14,5% degli italiani scelgano le medicine "non convenzionali" e di questi il 21,5% si rivolge all'osteopatia.

OBIETTIVI Su queste basi il Registro degli Osteopati d'Italia ha deciso di effettuare un sondaggio sull'opinione degli italiani sull'osteopatia, che rappresenta primo il sondaggio socio-demografico dedicato all'osteopatia in Italia.

METODI Il Registro degli Osteopati d'Italia ha affidato alla società Eumetra Monterosa SRL l'effettuazione del sondaggio "L'opinione degli italiani sull'Osteopatia". È stato somministrato un questionario dedicato ed è stato somministrato alla popolazione italiana maggiorenne nella data del 28 Settembre 2016. È stata un'indagine di tipo socio-demografico con un'estensione territoriale nazionale. Il metodo di campionamento è stato un campione casuale stratificato per quote, rappresentativo della popolazione di riferimento per sesso, età, ampiezza, area di residenza e titolo di studio. È stato definito un margine di errore del 3,5% e un metodo di raccolta delle informazioni, CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La consistenza numerica del campione è stata di 800 casi. L'elaborazione dati è stata effettuata tramite il programma statistico SPSS.

RISULTATI I risultati del questionario hanno riportato i seguenti dati. Due italiani su tre dichiarano di sapere, almeno approssimativamente, cos'è l'osteopatia, un quinto del campione si è rivolto ad un osteopata e il 90% di chi ne ha fatto ricorso valuta positivamente l'esperienza. Si recano dall'osteopata soprattutto per curare dolori muscolo scheletrici e si sceglie l'osteopata basandosi soprattutto sul passaparola e il consiglio di un medico. Non si recano dall'osteopata soprattutto perché pensano di non averne bisogno o perché non sanno bene cosa curi. Il fattore principale per la diffusione dell'osteopatia è l'informazione, per fare luce su quelli che sono i benefici che se ne possono trarre. È considerato rilevante il riconoscimento ufficiale di tale professione. Ma è sentito meno il bisogno che i trattamenti siano coperti dal SSN, soprattutto per chi non si è mai rivolto a tale professionista. Viene dichiarato importante l'esigenza che l'osteopata sia iscritto ad un'Associazione di riferimento, come tutela per il cittadino che si rivolge all'osteopata.

LIMITI Un limite dello studio è la dimensione campionaria, anche se 800 casi sono comunque la letteratura una numerosità rappresentativa della popolazione italiana.

CONCLUSIONI Da questi dati emerge come sia fondamentale il riconoscimento dell'osteopatia come professione sanitaria come tutela per i cittadini stessi, che ne fanno esplicita richiesta, e per il professionista. Inoltre, i dati dimostrano che l'osteopatia inizia ad essere una cura utilizzata con frequenza, soprattutto come cura per le problematiche muscoloscheletriche. Questo dato è confermato anche dalla letteratura scientifica, che vede pubblicate nel 2016 le linee guida per l'efficacia del trattamento osteopatico nella lombalgia cronica specifica che affermano come l'osteopatia sia una delle principali cure elettive per la lombalgia negli adulti e nelle donne in gravidanza, in particolare nel terzo trimestre.

Indirizzo per la corrispondenza

Arienti Chiara, Altro

ROI - Registro degli Osteopati d'Italia - Segreteria Generale

Corso Vercelli, 35 - 20144 - Milano

Email: arientichiara@hotmail.it

12. La continuità assistenziale dell'AO Ordine Mauriziano di Torino: un servizio essenziale che si rinnova in un'ottica di efficienza e innovazione

Arione Roberto, Falco Silvio, Vitale Arianna, Costamagna Graziella, Mitola Barbara, Vigna Iolanda

A.O. Ordine Mauriziano di Torino

BACKGROUND La continuità assistenziale rappresenta un punto nevralgico nello sviluppo di una logica di sistema tra i diversi attori del SSN. Il problema della dimissione e presa in carico del paziente è maggiormente rilevante per le patologie croniche e complesse, in cui è importante superare l'approccio specialistico, tenendo conto anche della dimensione assistenziale e socio-relazionale.

OBIETTIVI Il coinvolgimento dei Medici di DMPO ha permesso di individuare le criticità del Servizio e di ipotizzare una serie di obiettivi che portino ad un miglioramento: Obiettivo intermedio: monitorare le dimissioni ritardate, analisi delle criticità e successiva condivisione con proposta di soluzioni. Obiettivo finale: mettere in atto una verifica ed una valutazione del servizio di continuità assistenziale, per quanto riguarda l'intera gestione del percorso del paziente.

METODI È stato elaborato un cruscotto informatico che, una volta compilato, permette di elaborare statistiche ad hoc. Inoltre sono stati costruiti una serie di indicatori di processo e di esito, senza tralasciare una verifica di sostenibilità, sensibilità e specificità degli stessi.

RISULTATI Dal lavoro di equipe tra diverse figure professionali sono emersi una serie di indicatori monitorati negli obiettivi aziendali: -degenza media in gg $\leq$ media regionale di riferimento per DRG -% pz in area medica con necessità di dimissioni pianificate con segnalazione NOCC -% segnalazioni NOCC prese in carico nelle 48 ore dal ricovero -invio dati all'ASLTO1 e TO2 su dimissioni verso lungodegenza, CAVS, riabilitazione.

LIMITI I dati ad oggi disponibili sono relativi all'anno 2016 e non è possibile fare confronti con gli anni precedenti.

CONCLUSIONI È necessario che tutti i fattori che influiscono su un ritardo nelle dimissioni vengano evidenziati sin dal momento del ricovero. Il ruolo del DSA e del DG è strategico: i nuovi problemi emergenti richiedono nuove specifiche capacità di mediazione e di "regia", anche nell'ambito di tavoli cittadini attivi sulla CA. Il Medico di DMPO riveste, invece, un ruolo tattico operativo: è garante del miglioramento delle responsabilità professionali delle varie figure e coordinatore dei percorsi condivisi, stimolando l'innovazione dei modelli di lavoro preesistenti.

Indirizzo per la corrispondenza

Arione Roberto, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino - Direzione Sanitaria
Via Magellano, 1 - 10128 - Torino
Email: rarione@mauriziano.it

13. Procreazione Medicalmente Assistita: aderenza alla norma nell'erogazione del servizio nelle strutture ospedaliere della città metropolitana di Milano

Artosi Erica¹, Dadda Fabiana², Nicolosi Daniela², Revelli Viola²

¹APSS Trento, ²ATS della Città Metropolitana Di Milano

BACKGROUND Nel 2014 otto Strutture del territorio milanese hanno ricoverato 3763 donne (8545 ricoveri) per l'effettuazione di pick up ovocitari e/o transfer embrionari; ciascuna donna nell'anno ha effettuato in media 1,17 pick up e 1,09 transfer con un rimborso economico medio a ricovero di 2.175,50 €, pari complessivamente a 18.556.000€.

OBIETTIVI Confrontare l'offerta delle 8 strutture ospedaliere, del territorio della Città Metropolitana di Milano, che si occupano delle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita, valutare l'aderenza alla Legge n. 40/2004, definire le caratteristiche delle coppie che si avvalgono delle tecniche e comprendere le principali cause d'infertilità che le portano a ricorrere ad esse per concepire. Si è inoltre deciso di confrontare i dati del campione con quelli raccolti dal Ministero della Salute a livello nazionale.

METODI È stato analizzato il 40% dei ricoveri, in tutto 3432. Per ogni donna ricoverata è stata compilata una check list contenente informazioni clinico-anamnestiche, presenza/completeness del consenso informato alle procedure e certificato di sterilità, scheda di laboratorio, tecniche utilizzate ed eventuale instaurarsi di una gravidanza.

RISULTATI L'età media del campione femminile è di 37 anni e quella maschile è di 40. La media degli anni per la ricerca della prole è di 4 anni e 2 mesi e il 42,44% del campione ha effettuato precedenti pick up ovocitari. Il 17,95% delle coppie proviene da una regione diversa dalla Lombardia Il 94,24% delle cartelle cliniche presenta il consenso informato completo, il 99,55% dei consensi presenti consta delle firme di entrambi i membri della coppia e il 98,59% presenta la firma del medico specialista. Al 99% delle coppie è stato proposto un sostegno psicologico. Per il 93,99% dei casi è stata documentata correttamente la sterilità. Nel 39,7% dei casi, la causa d'infertilità è di tipo femminile, seguita poi dall'infertilità maschile, presente nel 32,5% delle coppie. Le principali cause d'infertilità femminile sono l'anovulazione, l'endometriosi, il fattore tubarico e la ridotta riserva ovarica.

LIMITI Incompleta compilazione delle check list, dovuta alla difficoltà nel reperire le informazioni in cartella clinica.

CONCLUSIONI Relativamente al soddisfacimento dei requisiti documentali emerge (eccetto in due casi) una buona qualità e completezza dei consensi informati e dei certificati di sterilità; le carenze documentali si concentrano in due strutture su otto esaminate. In riferimento alle cause di infertilità emerge una prevalenza di cause femminili rispetto a quelle maschili e idiopatiche; si nota una parziale variabilità tra le diverse strutture dovuta alle differenti specializzazioni dei vari centri. I dati delle strutture milanesi risultano in linea coi dati a livello nazionale presenti nella relazione annuale del Ministero della Salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Artosi Erica, Assistente sanitario
Presidio Ospedaliero di Rovereto - Nessuna
Corso Verona, 4 - 38068 - Rovereto
Email: erica.artosi@gmail.com

14. Ospedale & territorio: da conflitto a collaborazione efficientamento del sistema integrato dei servizi sociosanitari nel territorio

Associazione CNETO

CNETO - Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera

BACKGROUND Il CNETO da oltre sessanta anni si occupa della qualità progettuale, della ricerca e della comunicazione in ambito della architettura ospedaliera. Di recente i suoi interessi si sono ampliati incentrandosi sul complesso delle strutture socio-sanitarie dislocate a rete sul territorio e, quindi, a tutto il comparto dell'assistenza sociosanitaria; da questo punto di vista ha rilevato una serie di convergenze con gli obiettivi della Fondazione GIMBE e ritiene di condividere le valutazioni che si riportano come premessa alla illustrazione di un lavoro del CNETO sulla messa a sistema di tutti indistintamente i servizi socio-sanitari distribuiti a rete sul territorio.

OBIETTIVI Si intende porre nella giusta luce il reale ruolo che l'ospedale deve oggi svolgere, chiarendo equivoci che ne mistificano la funzione e ne impediscono un corretto funzionamento (additandolo anche come fonte di sprechi) al fine di restituirgli le connotazioni che ad esso più adeguatamente competono. L'obiettivo è di mettere a sistema la domanda di salute espressa da un determinato territorio con le prestazioni che le diverse ed articolate strutture socio-sanitarie dislocate all'interno di esso (ivi comprese quelle ospedaliere) sono in grado di fornire. La complessità del lavoro obbliga, per comprenderne le risultanze attese e la loro trasferibilità operativa nelle politiche regionali, ad una sintesi delle criticità che oggi si rilevano. Fra queste: - la crisi economica ha comportato aumento dei costi e tagli ai finanziamenti; - le vistose sperequazioni fra Regione e Regione e fra il nord e sud del Paese; - gli sprechi e talvolta fenomeni corruttivi; - il ricorso all'ospedale per prestazioni che dovrebbero invece essere erogate da strutture territoriali, sanitarie e sociali. Si rileva anche l'assoluta disattenzione per il territorio che rappresenta al contempo la "domanda di salute" e la "rete" della conseguente risposta. Ma si rilevano anche nuove potenzialità: la dimensione territoriale (ASL e/o Distretti e/o Aggregazioni Funzionali Territoriali) deve operare attraverso la "complementarietà orizzontale" e la "sussidiarietà verticale"; fra le potenzialità anche nuovi strumenti informatici che garantirebbero un maggior controllo dei servizi erogati oltre a nuove e più attendibili modalità programmatiche. La sanità elettronica – e-health – è una delle carte vincenti della sanità futura per qualità dell'assistenza, efficienza e risparmi che può garantire.

METODI Il quadro delle criticità e delle potenzialità impone una maggiore efficienza ed efficacia della rete dei servizi socio-sanitari, mettendo a sistema la domanda di salute di un determinato territorio con le prestazioni che le diverse ed articolate risorse (ivi comprese quelle ospedaliere) dislocate all'interno di esso sono in grado di fornire. Per conseguire tale obiettivo, si ritiene necessario disporre di un modello informativo che consenta di: - definire in termini qualitativi e quantitativi la domanda che un determinato territorio esprime; - verificare in termini oggettivi e con sufficiente rapidità le inadeguatezze del sistema a soddisfarla; - definire, proporre e attuare possibili e sostenibili alternative pianificatorie, gestionali, operative volte alla efficace ed efficiente risoluzione dei problemi in rapporto alle prospettive temporali dell'immediato e di lungo termine. Articolazione e fasi del lavoro: - sviluppo della struttura teorica del modello; - modellazione del sistema in forma astratta e convenzionale; - modellazione del sistema in una configurazione reale, ma semplificata; - modellazione del sistema nelle sue configurazioni "previsionali".

RISULTATI In rapporto a quanto sopra, il CNETO sta realizzando un modello informativo teorico (cfr. ricerca E.S.I.S.T.E. condotta da T. Ferrante G. Carrara e R. Palumbo) capace di rappresentare in forma dinamica e interattiva tutte le caratteristiche significative della domanda e dell'offerta di salute di un territorio rapportandole alle caratteristiche del territorio stesso e delle risorse ivi disponibili. Detto modello, realizzato informaticamente con le più recenti tecnologie della Knowledge Engineering, sarà in grado di individuare e valutare le discrasie e le inadeguatezze del sistema sociosanitario nel territorio considerato, loro localizzazione, loro cause. Con le stesse metodologie il modello consentirà di operare simulazioni di comportamento per individuare e valutare azioni risolutive.

LIMITI Le risultanze richiederanno adeguate scelte politiche: "innovazioni di rottura", differenti criteri di allocazione delle risorse, nuove modalità organizzative, più adeguate competenze professionali al fine di riorientare la programmazione sanitaria, riallineando al tempo stesso ambizioni e prospettive degli stakeholder.

CONCLUSIONI Le risultanze intendono quindi apportare un contributo tecnico informatico che, nel mettere a sistema un articolato complesso di strumenti, costituisca un riferimento affidabile per opzioni politico/amministrative.

Indirizzo per la corrispondenza

Ferrante Tiziana, Altra professione senza obbligo ECM (specificare)
Università degli Studi di Roma - La Sapienza - Nessuna
Piazzale Aldo Moro, 5 - 00185 - Roma
Email: tiziana.ferrante@uniroma1.it

15. La gestione dei ricoveri non programmati: primi risultati a 12 mesi dall'avvio del "progetto bed manager" presso il P.O. di Ravenna

Bagnoli Marisa, Monti Mauro, Ravaioli Cinzia, Balducci Sara, Montanari Claudia, Melandri Rita, Tarlazzi Paolo, Fusaroli Paolo, Missiroli Paolo

AUSL della Romagna

BACKGROUND Il non governo dei flussi paziente in Ospedale ha effetto su tutte le fasi del ricovero, in modo molto visibile sui tempi d'attesa in Pronto Soccorso, ma in misura altrettanto importante sulla degenza media e su altri indicatori di attività; è ben noto che sovraffollamento, degenza prolungata in Pronto Soccorso e ritardo di dimissione accrescono, infatti, il rischio clinico con aumento dell'incidenza anche delle infezioni acquisite in Ospedale. A ciò si somma il grave disagio subito da pazienti familiari e lavoratori esposti a un ambiente inidoneo, a volte pericoloso e altamente conflittuale. Il problema nel contesto sanitario attuale si sta aggravando, soprattutto per via della sovrapposizione del calo dei posti letto per acuti con l'incremento percentuale di popolazione anziana dipendente e/o pluripatologica. La riorganizzazione ospedaliera rende, pertanto, necessaria l'acquisizione di strumenti che consentano una maggiore appropriatezza dei ricoveri, una migliore gestione dei flussi ed una più accurata valutazione delle esigenze socio-sanitarie.

OBIETTIVI La gestione della risorsa posto letto rappresenta, in tale contesto, un elemento organizzativo-gestionale strategico che richiede il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutte le strutture coinvolte, a partire dalla Direzione aziendale sia medica che infermieristica. Il "Progetto Bed Manager" ha come obiettivo, una gestione più efficiente dei flussi di ricoveri non programmati presso il P.O. di Ravenna, assicurando il coordinamento e l'integrazione tra bisogno di ricovero, logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi terapeutici, supportando così l'efficienza clinico-assistenziale e contenendo eventuali sprechi di risorse.

METODI Presso il P.O. di Ravenna, che conta nel complesso circa 650 posti letto di degenza ordinaria e Day Hospital, di cui 120 dedicati all'area medico internistico geriatrica per pazienti acuti e 23 per la funzione di post-acuti, già dal 2008 erano state intraprese azioni volte a fronteggiare l'iperafflusso di pazienti in P.S., definendo un numero minimo di letti, per singola unità operativa, da mantenere disponibili per l'urgenza. A partire da giugno 2015 è stato avviato il "Progetto Bed Manager" e contemporaneamente è stata rivista e potenziata la disponibilità giornaliera dei posti letto per il Pronto Soccorso. La sperimentazione ha previsto la presenza inizialmente di 2 bed manager (oggi 3) presenti a turno dalle ore 7:30 alle ore 19:30 dal lunedì al venerdì (festivi esclusi) ed il sabato mattina dalle 8:30 alle 13:00. Tra le funzioni principali del Bed Manager: conoscere in tempo reale la quantificazione dei posti letto liberi del Presidio Ospedaliero di Ravenna e della U.O. Lungodegenza di Cervia, al netto dei posti letto che devono essere destinati ai percorsi di elezione; conoscere dettagliatamente la situazione numerica e temporale dei pazienti dimessi dalle diverse UU.OO., contribuendo in tal modo alla facilitazione del processo di dimissione e, in caso di "dimissioni difficili", contribuire alla ricerca di una soluzione percorribile in collaborazione con servizi domiciliari e strutture territoriali; relazionare periodicamente alla Direzione Medica di Presidio ed alla Direzione Infermieristica e Tecnica di Presidio le attività svolte, le criticità riscontrate e le proposte di miglioramento al fine di facilitare i processi interni.

RISULTATI Attraverso l'analisi sistematica del flusso di pazienti ed il monitoraggio in termini di accessi e di tempo di attesa medio del posto letto in P.S. è stato possibile, ad un anno dall'avvio del Progetto, rilevare alcuni importanti risultati, tra cui il controllo dei tempi di attesa del posto letto anche nei periodi di maggiore afflusso in P.S., mantenutosi costantemente durante l'anno attorno ad una media di 150 minuti. A fronte della variabilità stagionale degli accessi in P.S. si è osservata, inoltre, una certa costanza del numero di ricoveri non programmati totali cui ha corrisposto, tuttavia, una notevole variabilità nel numero degli appoggi effettuati.

LIMITI Le principali criticità riscontrate durante la sperimentazione hanno riguardato l'eterogeneità e la frammentazione dell'attuale percorso del paziente attraverso l'ospedale, la mancanza di un sistema informativo aggiornato in tempo reale relativi alle disponibilità dei posti letto, la mancanza di strumenti operativi informatizzati avanzati per la rendicontazione degli appoggi (la rendicontazione attualmente c'è, è puntuale e si avvale di un foglio di calcolo), la presenza di sistemi informativi differenti tra le diverse UU.OO. e la carenza di dati per la verifica degli indicatori.

CONCLUSIONI Il Progetto Bed Manager ha permesso il sistematico monitoraggio dei ricoveri non programmati da P.S. agevolando il corretto flusso in entrata e uscita dai reparti di degenza. Tale progetto è coerente con le linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di P.S. dell'Emilia Romagna.

Indirizzo per la corrispondenza

Ravaioli Cinzia, Medico Chirurgo
Azienda USL della Romagna - Azienda USL di Ravenna - Nessuna
Via Alberto Missiroli, 10 - 48121 - Ravenna
Email: rvlcnz@unife.it

16. Igiene delle mani e infezioni correlate all'assistenza: studio descrittivo-osservazionale presso l'Azienda O.U. Ospedali Riuniti di Ancona

Baldinelli Jessica, Mercuri Maurizio, Marchetti Mara

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND Per secoli il lavaggio delle mani con acqua e sapone ha rappresentato una valida misura di igiene personale. Il concetto della pulizia delle mani con agenti antisettici è probabilmente emerso all'inizio del secolo XIX (Boyce, 2002). Nel 1980 sono nate le prime Linee Guida, seguite da molte altre in tempi più recenti (WHO, 2009). La superficie dell'epidermide è colonizzata da molteplici microrganismi: la flora batterica, che si divide in quella residente e quella transitoria. La flora batterica residente di solito non è associata a infezioni mentre quella transitoria è acquisita dagli operatori sanitari durante il contatto diretto con i pazienti o con le superfici ambientali contaminate e sono associate più frequentemente alle ICA (Infezioni correlate all'assistenza) (Francone, 2012).

OBIETTIVI Individuare le principali problematiche riscontrate nella pratica dell'igiene delle mani attraverso una revisione della letteratura, valutare l'importanza attribuita dagli operatori sanitari all'igiene delle mani, rilevare la differenza fra il valore percepito e il comportamento osservato, monitorare l'adesione e verificare che la struttura abbia tutte le infrastrutture necessarie per consentire di eseguire correttamente le procedure.

METODI Lo studio descrittivo-osservazionale ha il presupposto di verificare se tutte le azioni vengano svolte in attinenza con quelle che sono le raccomandazioni a livello Internazionale. Abbiamo ritenuto necessario indagare sulle criticità, cercando di capire se oltre a quanto già indicato in letteratura, ci fossero ulteriori problematiche di tipo strutturale e se vengono effettivamente messi a disposizione i corretti prodotti e presidi nel rispetto dei protocolli. Sono state scelte 9 SOD dell'Azienda OU Ospedale Riuniti di Ancona divise in due dipartimenti. È stato utilizzato per l'indagine un questionario validato dal World Health Organization (WHO) per la valutazione sulla percezione dell'igiene delle mani e delle ICA, che è stato compilato volontariamente. In contemporanea previa autorizzazione della Direzione Sanitaria e dopo brevi incontri con le Coordinatrici, è stata effettuata l'osservazione diretta, utilizzando una scheda di verifica BUNDLE mani pulite, già esistente nel protocollo aziendale ed elaborata sulla base delle linee guida WHO del 2009; utilizzata per visionare personalmente il comportamento di ogni singolo operatore sanitario in turno durante l'osservazione. È stato utilizzato un campionamento randomizzato semplice.

RISULTATI Dai risultati delle domande al questionario somministrato si evince che l'Azienda sostiene e aiuta l'operatore sanitario nella pratica invitandolo ogni volta che lo ritiene necessario a compiere l'azione. Il 93,3% nel primo dipartimento e il 98,2% nel secondo, dichiara che la struttura sanitaria presta massima importanza all'igiene delle mani. A seguire il 73,4% e il 62,5%, confermano che i professionisti leader sostengono e promuovono le procedure. La fornitura di gel a base alcolica nella struttura è in linea con quelle che sono le raccomandazioni del WHO, dai questionari emerge infatti che il 92,4% nel primo dipartimento e il 80,3% nel secondo, dichiara che la struttura rende disponibile il prodotto in tutti i punti di assistenza. Per quanto riguarda l'elaborazione dei dati dell'osservazione è possibile dire che le indicazioni del WHO vengono complessivamente rispettate, infatti le unghie sono corte, pulite (86,5% e 78,4% nei due dipartimenti) e tendenzialmente senza smalto. Per quanto riguarda le abitudini dei professionisti osservati nell'eseguire l'igiene delle mani ogni volta lo si ritenga necessario; la maggioranza degli operatori sanitari effettua correttamente la procedura prima e dopo il contatto con il paziente (74,6% e 56,8% nel primo dipartimento e 86,5% e 81,1% nel secondo). Infine per quel che concerne il lavaggio dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente, non abbiamo un netto distacco a livello percentualistico, di chi lo esegue da chi invece non l'esegue. Molto spesso infatti non si considera l'ambiente intorno il paziente come unità paziente e quindi non viene gestito con le stesse attenzioni.

LIMITI La limitata numerosità campionaria del campione osservato; non esiste effettiva corrispondenza tra il campione osservato e i questionari compilati. Questi primi dati raccolti possono essere però utilizzati come studio pilota, per ampliare lo studio stesso e per una nuova organizzazione del lavoro.

CONCLUSIONI Le mani degli operatori sanitari sono il veicolo più comune per la trasmissione degli agenti patogeni nosocomiali. Gli elementi ottenuti da questo studio evidenziano che molti sono ancora i passi che si dovranno compiere, ma buone sono comunque le basi per poter procedere. Le strutture dovrebbero puntare non solo sulla formazione del personale, ma cercare di offrire a livello strutturale le adeguate attrezzature per attuare in maniera corretta i protocolli e fare in modo che ci siano dei "supervisor" a verificare eventuali mancanze e lacune.

Indirizzo per la corrispondenza

Baldinelli Jessica, Infermiere
Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Nessuna
Via Tronto, 10B - Fraz. Torrette - 60020 - Ancona
Email: jessica.baldinelli@yahoo.it

17. Registro clinico per il PDTA dello Scompenso Cardiaco: uno strumento di Clinical Governance di non semplice gestione

Baroni Sarah, Schenetti Francesca, Ricci Caterina, Bellei Francesco, De Girolamo Gianfranco, Bonora Karin, Capelli Oreste, Spagnoli Gianbattista

AUSL Modena

BACKGROUND Lo Scompenso Cardiaco (SC) rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale dopo i 65 anni; si calcola che in Italia ne siano affette oltre 600.000 persone con una prevalenza di circa il 10% dopo i 65 anni. La grande numerosità e la complessità assistenziale fanno dello SC una delle patologie croniche che più si avvantaggiano della Gestione Integrata secondo i dettami del Chronic Care Model (CCM) all'interno di un PDTA. La registrazione sistematica dei dati clinici, sotto forma di Registro, consente la raccolta di informazioni essenziali per la gestione e il monitoraggio del PDTA. Nel 1995 l'ANMCO istituì il primo registro clinico dello SC a partire dai dati dei pazienti ospedalizzati (IN-CHF). Attualmente i percorsi assistenziali si stanno invece spostando sempre più verso il territorio (Piano Nazionale Cronicità) con l'obiettivo di seguire anche pazienti non precedentemente ospedalizzati.

OBIETTIVI Definire le caratteristiche di un registro clinico provinciale per il PDTA dello scompenso cardiaco sulla base dei dati amministrativi disponibili.

METODI Analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) della provincia di Modena che riportano come diagnosi principale lo SC dal 2011 al 2015. Analisi dell'esenzioni ticket per SC e del consumo di farmaci utilizzati nello SC (betabloccanti, inibitori del sistema renina-angiotensina e diuretici).

RISULTATI Nel 2015 la prevalenza di pazienti con SC è del 1.26 %, pari a circa 7500 casi in provincia di Modena. Il dato è sovrapponibile a quanto raccolto dal rapporto Health Search del 2013. I betabloccanti sono stati prescritti nel 73.4 % dei pazienti, i sartani o ace-inibitori nel 60.9 %, i diuretici dell'ansa, associati o meno agli anti-aldosteronici, nel 87.4 %, gli anti-aldosteronici nel 63.6 % dei pazienti. L'uso contemporaneo di tre o quattro classi di farmaci ha interessato il 69.6% del totale.

LIMITI Utilizzando i database amministrativi disponibili non si riescono a tracciare i pazienti che non sono mai stati ricoverati a causa dello scompenso. L'impiego dei farmaci inibitori del sistema renina-angiotensina riguarda meno dei 2/3 dei pazienti trattati e comunque non è specifico del trattamento del solo scompenso. In provincia di Modena l'utilizzo diagnostico del BNP non è molto diffuso così come il ricorso all'esenzione ticket per patologie. Eventuali diagnosi ambulatoriali basate sulla esecuzione di ecocardio non sono tracciabili mediante flusso ASA.

CONCLUSIONI Per costruire un registro clinico dello SC a partire dai dati amministrativi, è necessario ampliare la ricerca di casi eleggibili valutando ricoveri nei quali compaia la diagnosi di SC non come principale. Inoltre vanno indagati anche altri ricoveri per condizioni favorevoli alla patologia, quali cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, se risultano associati alla prescrizione contemporanea e ripetuta di almeno 3-4 farmaci, quali diuretici dell'ansa, anti-aldosteronici, betabloccanti e inibitori del sistema renina-angiotensina. Ulteriori indicazioni potranno venire dalla valutazione dei dosaggi extraospedalieri del BNP e dall'analisi dei referti ambulatoriali dell'ecocardiografia.

Indirizzo per la corrispondenza

Baroni Sarah, Infermiere
Azienda Unità Sanitaria Locale Modena - Programma Governo Clinico
Via San Giovanni del Cantone, 23 - 41121 - Modena
Email: baronisarah@yahoo.it

18. Strategie comunicative per il coinvolgimento dei cittadini in merito ai vaccini ed alle strategie di vaccinazione

Bartolini Serena, Baldeschi Mauro, Picciolli Paola, Innocenti Elena

ASL Toscana Centro

BACKGROUND Le vaccinazioni hanno rivoluzionato la medicina moderna; hanno salvato milioni di vite umane (soprattutto bambini) e rappresentano un insostituibile strumento di prevenzione di malattie infettive gravi. Purtroppo, negli ultimi anni a causa della massiccia presenza in internet e nei social di messaggi ambigui, falsi e privi di evidenze scientifiche stiamo assistendo ad un pericoloso calo delle vaccinazioni pediatriche con il concreto rischio del ritorno di gravi malattie scomparse.

OBIETTIVI Lo scopo è quello di illustrare le più recenti strategie comunicative rivolte ai cittadini con ricadute positive.

METODI L'intervento di counseling diretto e partecipato è fondamentale. Le conoscenze teorico-pratiche sul counseling rappresentano un valore aggiunto alla competenza tecnico-scientifica specifica inerente il ruolo professionale di ogni singolo operatore. Inoltre rappresenta un'opportunità per attuare interventi centrati sulla persona che non siano improvvisate dal punto di vista relazionale. Questo deve prevedere l'ascolto e le risposte alle domande dei cittadini sulle basi delle loro preoccupazioni e dubbi. L'informazione deve essere personalizzata, comprensibile, veritiera, esaustiva e non imposta. Altrettanto importante è il consenso che deve essere informato, consapevole, personale, manifesto, specifico, preventivo, attuale e revocabile. L'intervento deve anche prevedere una comunicazione più generale rivolta a tutti i cittadini. Una recente esperienza presentata al Corso presso il Ministero della Salute la quale prevedeva la distribuzione di questionari validati presso alcuni Centri Commerciali, ha evidenziato una massiccia adesione caratterizzata dal forte desiderio dei cittadini di essere consapevolmente informati ed ha fatto comprendere i principali determinanti associabili alla compliance vaccinale nella popolazione generale. Anche Internet ed i Social rappresentano strumenti validi di comunicazione. È necessario far conoscere l'esistenza di siti specifici sulla base di evidenze scientifiche nonché di Social organizzati sia da operatori sanitari che da associazioni di genitori. Dal 2014 la Regione Toscana è coinvolta da un elevato numero di casi di infezione meningococcica di tipo C con sottotipo S11, il quale ha dimostrato di avere una particolare aggressività clinica con il passaggio in poche ore in shock settico. L'attiva e pronta azione comunicativa sulla necessità della vaccinazione di massa ha coinvolto la carta stampata, i siti internet delle ASL, i Social, messaggi televisivi e consegna di opuscoli. È stata incrementata l'attività vaccinale nei distretti utilizzando forze umane aggiuntive. Per organizzare con più efficienza le sedute vaccinali è stato previsto un numero telefonico di prenotazione specifico concentrando gli ambulatori in un unico luogo dove il personale infermieristico vaccina in contemporanea con un solo medico referente.

RISULTATI L'attività vaccinale così organizzata ha permesso di poter vaccinare i cittadini con tempi di attesa non superiori ai 10 giorni. In alcuni momenti i tempi erano soltanto di 2-3 giorni. Al momento la copertura vaccinale della popolazione toscana risulta essere di poco più del 50 %. La fascia di età più a rischio (11-20 anni) risulta essere più del 60% circa. L'obiettivo iniziale era quello di arrivare al 75% della popolazione generale ed al 95% della fascia giovanile. In considerazione dell'andamento, pensiamo di raggiungere tale obiettivo nel prossimo anno. Per quanto riguarda i nuovi nati che non rientrano nella campagna straordinaria di vaccinazione a 24 mesi di età (quindi nati nel 2013) risulta una copertura del 91%.

LIMITI Nessuno.

CONCLUSIONI Considerando i cambiamenti avvenuti negli ultimi anni nel mondo della comunicazione, risulta necessario proporre nuovi modelli comunicativi che rafforzano la reputazione e la credibilità delle istituzioni. Essi devono essere pianificati, immediati, coerenti, coordinati, proattivi, basati sul colloquio ed inclusivi dei Social media. La decisione di vaccinare deve essere consapevole, informata, trasparente, accessibile, accurata, completa, di facile comprensione, nonché fare riferimento alle migliori evidenze scientifiche. In questa ottica l'operatore sanitario rappresenta lo "stockholder" come figura di riferimento fondamentale per i cittadini poiché riconosciuta come credibile ed affidabile.

Indirizzo per la corrispondenza

Bartolini Serena, Infermiere
Ospedale di Pistoia - del Ceppo - Direzione Sanitaria
Viale Matteotti, 9/D - 51100 - Pistoia
Email: serena.bartolini@uslcentro.toscana.it

19. Esperienza nel processo di nursing degli studenti del CdL in Infermieristica - studio qualitativo fenomenologico

Bendelari Valentina¹, Mercuri Maurizio², Marchetti Mara²

¹A.O.U. Ospedali Riuniti Di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND Il tirocinio rappresenta l'ambito privilegiato per l'acquisizione delle competenze professionali dell'infermiere, l'opportunità per tradurre il sapere acquisito in sapere esperto. Gli studenti devono applicare le conoscenze teoriche apprese in ambito universitario nei setting assistenziali, per tradurre il sapere acquisito in sapere esperto. Conoscere le difficoltà e le opportunità riscontrate dagli studenti durante il percorso è molto importante per poter migliorare gli ambienti di apprendimento.

OBIETTIVI Esplorare l'esperienza vissuta degli studenti del corso di laurea in Infermieristica in merito alle conoscenze del processo di nursing, al fine di individuare eventuali "Gap" tra l'esperienza teorica e l'esperienza pratica.

METODI Studio qualitativo fenomenologico SETTING: Studenti del 2° e 3° anno della sede di Ancona. RACCOLTA DATI: Lo studio ha avuto luogo attraverso interviste strutturate "face to face", che si basava su due domande chiave: "Quale è la tua esperienza nell'attività didattica dell'accertamento e pianificazione assistenziale infermieristica?" "Nella tua esperienza hai riscontrato problematiche durante l'applicazione delle nozioni teoriche nella pratica assistenziale?" I dati sono stati analizzati attraverso il metodo Colaizzi.

RISULTATI Dallo studio sono emersi 4 temi fondamentali: 1. gap tra teoria e pratica, gli studenti considerano di difficile attuazione le fasi del processo di nursing per mancanza di tempo e per mancanza di conoscenza del processo di nursing da parte degli infermieri che operano nei reparti di tirocinio 2. applicazione del nursing process, dovuta dalla diversità di approccio nelle varie realtà di tirocinio, si riscontra un'applicazione del processo parziale, discontinua e una rivalutazione approssimativa 3. coinvolgimento degli studenti, evidenzia la richiesta di una parte teorica maggiormente integrata con la sperimentazione pratica 4. coinvolgimento degli infermieri, ritengono che la fase dell'accertamento infermieristico viene vissuta dagli operatori come un atto dovuto, formale, al quale non fa seguito una pianificazione assistenziale personalizzata sulla base dei problemi riscontrati.

LIMITI I limiti dello studio sono determinati da: • Numero limitato delle interviste effettuate (solo 8) per una saturazione dei dati prima del tempo previsto • Le interviste rappresentavano un'esposizione settica dell'ambiente esplorato, non sono emerse le emozioni degli studenti.

CONCLUSIONI La ricerca effettuata evidenzia notevoli carenze nelle conoscenze teoriche del processo di nursing e nell'applicazione dello stesso nella pratica assistenziale. Gli studenti, pur ritengono la parte teorica e dei laboratori didattici esaustiva, riconoscono la loro difficoltà nell'attuazione delle nozioni durante la pratica assistenziale. Emerge nell'insieme una scarsa conoscenza da parte degli studenti delle varie fasi del processo di nursing. Difficoltà dovuta alla divisione netta e sostanziale tra teoria e pratica le nozioni apprese a lezione sono di difficile applicazione durante l'esercizio della professione infermieristica per: mancanza di tempo, di conoscenze, ma soprattutto di una cultura imperniata nel processo di nursing. Tale difficoltà sicuramente viene aggravata dal poco coinvolgimento degli studenti da parte degli infermieri che operano all'interno di alcuni dei reparti assistenziali, i primi a non credere nel processo di nursing ed a ritenerlo un compito gravoso sono gli infermieri e ciò determina una difficoltà da parte degli studenti del sentire il processo di nursing come "base" dell'essere infermiere. L'esperienza di tirocinio pratico in realtà in cui le nozioni teoriche non vengono applicate come parte integrante dell'attività infermieristica crea confusione nelle conoscenze degli studenti. In molte realtà di tirocinio non è presente ancora tutta la documentazione riguardante il processo di nursing, ma solamente la parte relativa all'accertamento, al più correlato di diagnosi. Lo studente vive questa situazione frammentata e di difficile allocazione all'interno dell'assistenza infermieristica prestata. A differenza, nelle strutture di riabilitazione a sostegno dell'individuo, rivolte a coloro che si trovano in particolari condizioni psichiche dove il processo di nursing viene applicato in ogni sua parte, lo studente comprende e applica le fasi del processo di nursing insieme all'infermiere e lo sente parte integrante e fondamentale dell'agire dell'infermiere stesso. I reparti ospedalieri e l'Università agiscono in modo diverso nell'impostazione clinica, riconoscere le differenze tra questi livelli e integrare la comunicazione tra le due realtà, potrebbe contribuire in modo efficace nel guidare le esperienze dell'apprendimento clinico degli studenti. Sarebbe necessario capire se dove vi è la presa in carico degli studenti da parte dell'équipe infermieristica e il coinvolgimento degli stessi nell'attività del processo di nursing le conoscenze degli studenti al termine dell'esperienza di tirocinio siano più solide e meno confuse.

Indirizzo per la corrispondenza

Bendelari Valentina, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Medicina e Chirurgia
d'Accettazione e d'Urgenza
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: ciotta76@alice.it

20. Sperimentazione di un nuovo setting assistenziale: studio fenomenologico

Berluti Liviana¹, Dignani Lucia²

¹Università Politecnica delle Marche, ²A.O.U. Ospedali Riuniti Di Ancona

BACKGROUND L'attuale scenario economico internazionale e nazionale, caratterizzato da una continua scarsità di risorse, rende necessaria la razionalizzazione degli interventi, e spinge le organizzazioni sanitarie a sperimentare nuovi e più sostenibili modelli organizzativi. La presenza di pazienti con difficoltà di svezzamento dalla ventilazione meccanica, che restano ricoverati per lunghi periodi in Terapia Intensiva (TI), rendono i posti letto di TI insufficienti rispetto al fabbisogno di cure dei cittadini. In letteratura sono riportate numerose esperienze di attivazione di Unità di Terapia Sub Intensiva (UTSI) come valide alternative alle TI per quegli assistiti che non necessitano più di un trattamento intensivo, ma che non sono in condizioni di essere trasferiti in un reparto di degenza. L'attivazione di nuovi setting assistenziali, tuttavia, comporta un importante impatto organizzativo sul personale, che si trova a gestire nuove dinamiche e a dover acquisire nuove competenze. Poiché l'efficacia del cambiamento organizzativo dipende sempre più dalla capacità delle organizzazioni di supportare, sostenere attivamente i lavoratori durante questo processo, risulta utile comprendere il vissuto di un gruppo professionale infermieristico di Terapia Intensiva, che ha vissuto l'apertura di una UTSI.

OBIETTIVI Esplorare e comprendere l'esperienza vissuta dagli infermieri in seguito all'apertura di un nuovo setting assistenziale quale la terapia sub-intensiva post-operatoria, all'interno di una TI.

METODI È stato uno studio qualitativo fenomenologico descrittivo. Il campione, di tipo non probabilistico propositivo, ha previsto come criterio d'inclusione che i partecipanti fossero infermieri che lavoravano nel setting oggetto di sperimentazione, con diverso grado di esperienza di assistenza in TI. L'arruolamento, avvenuto nel periodo maggio-giugno 2016, è proseguito fino alla saturazione dei dati. Gli infermieri sono stati intervistati in un luogo scelto da loro, fuori dall'orario di servizio. Le interviste, condotte da un unico ricercatore, registrate e successivamente ritrascritte, si basavano sulla domanda iniziale: "Come ha vissuto l'esperienza dell'introduzione del nuovo setting organizzativo legato all'apertura della sub-intensiva post operatoria?" Quando gli infermieri hanno mostrato difficoltà nell'esporre il proprio punto di vista, sono stati invitati a riferire un esempio di presa in carico assistenziale nella semintensiva. L'analisi delle interviste è stata condotta attraverso il metodo Colaizzi.

RISULTATI Sono state condotte 12 interviste, con le quali si è ritenuta raggiunta la saturazione dei dati. Il campione era costituito nel 50% dei casi da donne, con un'anzianità media di servizio di 17,5 anni (DS±8,64) e con un'esperienza media di TI di 12 anni (DS±8,93). Dalle interviste sono emersi 6 temi principali, quali espressione del vissuto esperienziale dei partecipanti: carico di lavoro, gestione del tempo, interazione con altre figure, cambiamento, organizzazione, progetti. In riferimento al tema del tempo, gli infermieri hanno evidenziato la difficoltà nella gestione quotidiana dell'alternanza dei numerosi ricoveri e dimissioni. Quasi tutti gli intervistati hanno poi lamentato una carente organizzazione nella gestione degli interventi, con conseguente sovraccarico lavorativo in determinati momenti. Un aspetto molto positivo è apparsa l'interazione con altre figure professionali, come quella dell'Operatore Socio Sanitario, che ha reso possibile una collaborazione favorevole ed un concreto lavoro di squadra, al fine di erogare cure appropriate per gli assistiti. La gestione di una categoria di assistiti che, pur presentando una complessità assistenziale inferiore rispetto a quella che gli infermieri di Terapia Intensiva sono abituati ad assistere, ha generato preoccupazione nel gruppo professionale, che ha dovuto aumentare le proprie competenze relazionali. Il cambiamento tuttavia è stato vissuto come un'esperienza positiva che ha prodotto una crescita professionale e un aumento delle competenze degli infermieri.

LIMITI Un limite dello studio è rappresentato dal campionamento di convenienza.

CONCLUSIONI Dall'analisi dei vissuti esperienziali si percepisce come il personale infermieristico sia essenzialmente soddisfatto del cambiamento organizzativo avvenuto, per molteplici motivi. Il gruppo infermieristico ha recuperato l'aspetto relazionale con le persone assistite, che normalmente nella Terapia Intensiva è reso scarsamente possibile per la presenza di persone sedate. Inoltre il cambiamento ha favorito la multidisciplinarietà, un aumento delle competenze e lo sviluppo di una rinnovata motivazione lavorativa. L'indagine qualitativa ha permesso di comprendere il vissuto degli infermieri che hanno sperimentato un cambiamento organizzativo importante, ed ha permesso di individuare ambiti suscettibili di intervento e miglioramento.

Indirizzo per la corrispondenza

Berluti Liviana, Infermiere

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Clinica di Anestesia e Rianimazione

Via Conca, 71 - 60126 - Ancona

Email: liviana.berluti@ospedaliriuniti.marche.it

21. 4Q: un modello per l'applicazione delle linee guida della BPCO in medicina generale

Bettoncelli Germano¹, Bruschelli Carla²

¹ASL Brescia, ²ASL Roma 1

BACKGROUND La BPCO è una malattia polmonare prevenibile e trattabile ma ancora inguaribile; colpisce circa 210 milioni di pazienti nel mondo. Si tratta di un crescente problema di salute pubblica, destinato a divenire la terza causa di morte entro il 2030. Le persone con BPCO sviluppano una diminuzione della funzionalità polmonare che progressivamente ostacola una normale vita attiva; in molti casi tale declino avviene in modo rapido. La prevalenza attesa della BPCO nel nostro paese è stimata dal 6 all'8% e si concentra soprattutto nell'età anziana. Per modificare la storia clinica della malattia è importante una diagnosi precoce, confermata dalla spirometria, una corretta stadiazione di gravità, l'eliminazione dei fattori di rischio quali il fumo e l'utilizzo di farmaci appropriati. Le numerose linee guida esistenti per la gestione del paziente BPCO purtroppo vengono seguite scarsamente da parte dei medici, in particolare dai medici di medicina generale. In tale contesto infatti si registra una prevalenza pari a circa la metà dell'atteso, meno della metà delle diagnosi non è supportata da una spirometria e molti pazienti non ricevono una terapia adeguata.

OBIETTIVI Favorire l'applicazione delle linee guida GOLD nel setting della medicina generale mediante un modello che ricostruisce le modalità abituali di presentazione del problema in tale contesto.

METODI Il sistema di analisi 4Q utilizza uno schema composto da un quadrato, suddiviso in quattro quadranti. Nella dimensione orizzontale si misura la presenza di sintomi o procedure correlati alla patologia, mentre la dimensione verticale evidenzia la presenza o meno di una data diagnosi. La combinazione di questi due parametri porta all'identificazione delle quattro aree descritte di seguito. Il primo quadrante (scenario 1), corrisponde all' "Area nascosta", rappresenta l'area in cui il medico ha riportato in cartella una diagnosi, ma senza ulteriori correlazioni sintomatiche o terapeutiche. Il secondo quadrante (scenario 2), identifica l' "Area nota", rappresenta il contesto in cui esiste una diagnosi registrata ma esistono sintomatologie e terapie note o di nuova presentazione. Nel terzo quadrante (scenario 3), chiamato "Area ignota", non esiste una diagnosi registrata né traccia di sintomatologia o altro che possa al momento far pensare alla malattia. In questo caso si tratta di soggetti con fattori di rischio per i quali il medico può formulare un sospetto di patologia successivamente da indagare. Il quarto quadrante (scenario 4) descrive un' "Area cieca" e coincide con l'area in cui non esiste ancora diagnosi, ma nella cartella clinica vi è documentata una sintomatologia compatibile o comunque sono presenti procedure diagnostico-terapeutiche correlate. Applicando questo schema è possibile identificare e raggruppare i pazienti con BPCO o sospetti per essa, in quattro aree specifiche. Per ognuna di esse potrà successivamente essere definita una strategia investigativa che consentirà attraverso iniziative proattive, in base a quanto definito dalle linee guida e dall' EBM di: confermare la diagnosi per mezzo degli strumenti diagnostici previsti, identificare i pazienti affetti da malattia utilizzando le procedure diagnostiche previste e non ancora effettuate, approfondire la diagnosi nei pazienti sintomatici, identificare i pazienti semplicemente a rischio di malattia.

RISULTATI I risultati attesi sono un miglioramento del dato di prevalenza della BPCO, una maggior accuratezza della conferma diagnostica e della stadiazione spirometrica, una maggior aderenza alla terapia prescritta dal medico, nella popolazione di medici che ha adottato il modello 4Q.

LIMITI Il modello 4Q dovrà essere applicato da una popolazione di medici generali che lo utilizzerà per almeno 12 mesi in confronto con un'analogha popolazione di medici che invece opererà secondo usual care.

CONCLUSIONI L'adozione del modello 4Q per la gestione della BPCO nella propria pratica quotidiana può costituire una forma di semplificazione del percorso di trasferimento delle linee guida nella gestione quotidiana del paziente. Se il modello si dimostrerà efficace potrebbe essere applicato anche ad altre patologie, non esclusivamente in ambito respiratorio.

Indirizzo per la corrispondenza

Bruschelli Carla, Medico Chirurgo
Azienda USL Roma A - Nessuna
Via Ariosto, 3/9 - 00185 - Roma
Email: carla.bruschelli@gmail.com

22. HTA per l'acquisizione di una emoteca elettronica in un SIMT

Bianchi Margherita, Paolucci Irene, Gagliardi Anna, Maglitter Lilliana, Orecchia Riccardo, Primatesta Giuseppina

ASL VCO

BACKGROUND Il SIMT dell'ASL VCO è un Servizio afferente al Dipartimento dei Servizi Diagnostici. Dal punto di vista organizzativo è strutturato su due sedi situate presso 2 dei 3 Ospedali dell'ASL VCO. L'organico del SIMT è costituito complessivamente da 30 professionisti tra cui 7 Dirigenti, 1 Coordinatore, 11 Infermieri, 10 Tecnici e 1 Biologo borsista. Per ottimizzare la gestione dei carichi di lavoro del personale tecnico sanitario e ridurre i turni di Pronta Disponibilità, eccedenti i limiti previsti dal CCNL, è stata effettuata una HTA per l'acquisizione di una Emoteca "intelligente". Lo scopo della valutazione è migliorare la sicurezza trasfusionale durante la fase di assegnazione-distribuzione delle unità di emocomponenti e garantire contestualmente i diritti dei lavoratori mantenendo le pronte disponibilità entro i 6 turni mensili, il massimo previsto dal contratto di lavoro del comparto.

OBIETTIVI Obiettivo generale del progetto è ottimizzare la gestione delle risorse umane, ridurre i tempi morti durante l'orario di servizio, migliorare la sicurezza in ambito trasfusionale grazie alla acquisizione di una emoteca elettronica. Gli obiettivi specifici del progetto sono: 1. Migliorare la sicurezza trasfusionale nella fase di selezione dell'unità da trasfondere 2. Migliorare la tracciabilità e la rintracciabilità degli emocomponenti utilizzando un sistema informatico. 3. Rispettare il CCNL attivando la guardia attiva in sostituzione dei turni di pronta disponibilità del personale tecnico sanitario.

METODI Sono stati messi a confronto gli organici operanti sulle due sedi ospedaliere e i relativi carichi di lavoro verificando: il volume e la tipologia della produzione-attività (unità raccolte, visite effettuate, diagnostica immunoematologica, test virologici, onco-ematologici, di assegnazione/distribuzione emocomponenti, richieste in urgenza/emergenza diurne e notturne etc.) per ogni singola sede. È stata quindi effettuata una FMEA per un'analisi dei rischi correlati all'acquisizione della nuova tecnologia. Dall'analisi di processo sono emerse ipotesi che messe a confronto hanno consentito di individuare un nuovo modello organizzativo che prevede l'acquisizione di una emoteca "intelligente" da collocare presso la sede a minor carico di lavoro (Spoke) collegata informaticamente all'Hub trasformando i turni di pronta disponibilità dei Tecnici Sanitari in guardia attiva presso l'Hub.

RISULTATI La Direzione dell'ASL, verificati i costi-benefici, ha recepito la proposta di acquisire una emoteca elettronica con un contratto a noleggio che prevede l'attivazione dei collegamenti-integrazioni con i software già presenti, la manutenzione e la formazione del personale sia del SIMT (fornitore) che dei Reparti (richiedenti).

LIMITI L'acquisizione dell'emoteca "intelligente" implica la revisione del percorso di informatizzazione aziendale attualmente in corso ed un programma formativo capillarizzato del personale che può accedere alla emoteca elettronica in seguito ad autorizzazione dirigenziale.

CONCLUSIONI La valutazione della tecnologia e dell'impatto organizzativo-gestionale conseguente alla sua acquisizione ha consentito di verificare i possibili errori/danni/eventi avversi o anche semplici non conformità cui si può andare incontro dal momento dell'installazione dello strumento elettro-medico fino alla sua messa a regime e in quali modi questi potenziali/latenti difetti del sistema possono essere prevenuti e controllati con azioni preventive e scelte organizzative sicure.

Indirizzo per la corrispondenza

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

23. La filosofia ISO 9001:2015, dall'analisi dei processi alla valutazione dei rischi: un esempio applicativo presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia

Bologni Donatella, Lucarini Gabriella, Morcellini Rosita, Ontari Gianluca, Pettinacci Luciano, Zucconi Marco

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND La nuova ISO 9001:2015 introduce nelle Organizzazioni la consapevolezza del "pensiero basato sul rischio" (risk-based thinking), lo rende più esplicito e lo incorpora nei requisiti per stabilire, implementare, mantenere e migliorare continuamente il sistema qualità. Consapevolezza e non innovazione, perché tale logica è già presente in ogni attività umana ed il normatore rende solo consapevole la Direzione del suo necessario utilizzo come strumento per conseguire il successo aziendale. Per l'evidente importanza che questo aspetto ha per un sistema sanitario più sicuro, nel nuovo Sistema di Gestione ISO 9001 l'organizzazione di una azienda sanitaria non può prescindere da un corretto approccio al Processo di Gestione dei Rischi che sta a monte di ogni attività di assistenza e cura rivolta alla persona. L'Azienda Ospedaliera di Perugia, già accreditata secondo la ISO 9001:2008 da anni promuove la cultura della sicurezza ed ora ha avviato un percorso per l'analisi dei suoi processi principali con questa nuova impostazione.

OBIETTIVI Identificare i rischi clinici ed i relativi determinanti nelle varie fasi del processo con il coinvolgimento del personale direttamente coinvolto nelle funzioni operative. Scegliere ed applicare interventi per la prevenzione e gestione dei rischi individuati. Accrescere la cultura della sicurezza tra gli operatori Limitare, fino alla eliminazione, gli eventi avversi.

METODI È stato analizzato il processo "Accoglienza/accettazione nel blocco operatorio" da un gruppo di lavoro formato da: una rappresentanza del management aziendale, il responsabile qualità della Struttura e alcuni operatori del blocco operatorio rappresentanti delle professionalità maggiormente coinvolte (anestesista, chirurgo e infermiere). Metodologicamente l'analisi è stata condotta attraverso fasi proprie della ISO 9001:2015, integrate con l'approccio FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis), universalmente riconosciuto come valido strumento proattivo per la gestione del rischio: Definizione del contesto 1. Identificare i processi 2. Individuare, a partire dai processi, le relazioni con il contesto esterno/interno 3. Individuare le parti interessate (clienti, fornitori, partner, ecc.) 4. Valutazione del rischio 5. Per ciascuna parte interessata, definire il sistema di requisiti/aspettative 6. Dato il sistema di aspettative, valutare rischi e opportunità connesse alla gestione delle stesse 6. Gerarchizzare i rischi/opportunità 7. Trattamento del rischio 7. Stabilire azioni per affrontare rischi/opportunità, secondo logica PDCA, ampiamente usata nell'ambito della qualità Per ciascuna fase di del processo sono state individuate le possibili modalità di errore, le loro cause e le possibili conseguenze. Per ogni errore è stata valutata: • Probabilità (P): frequenza di accadimento dell'errore; • Gravità (G): danno che il paziente può subire in conseguenza dell'errore; • Rilevabilità (R): livello delle misure di controllo già presenti nel processo, che consentono di individuare precocemente gli errori. Utilizzando uno score da 1 a 5 (tabella 1) il gruppo di lavoro ha valutato congiuntamente ogni fase. L'Indice di Priorità di Rischio è stato calcolato utilizzando la formula $P \times G \times R$. Poiché non esiste un valore assoluto dell'IPR per determinare la soglia d'intervento, per definire quali azioni di miglioramento attivare sono state definite come prioritarie le attività con IPR più elevato (rischio medio e alto, secondo valutazione congiunta del gruppo). Successivamente con il management aziendale si è concordato quali ulteriori azioni intraprendere, come ad esempio una check list per la documentazione sanitaria che accompagna il paziente in sala operatoria, oltre a quelle già in essere, come la check list di sala operatoria, di cui deve essere monitorata la corretta applicazione.

RISULTATI I possibili rischi sono stati mappati (tabella 2) e ne è stata attribuita una priorità d'intervento (tabella 3), con specifiche azioni di prevenzione e contenimento. Dato che però il processo di gestione dei rischi si completa con il monitoraggio e il riesame dei rischi e del loro controllo, con cadenza regolare (almeno una volta all'anno), andrà effettuata una nuova analisi per verificare che rimangano valide: le ipotesi sui rischi, le ipotesi su cui la valutazione del rischio è basata (incluso contesto interno ed esterno), l'efficacia delle azioni intraprese e che i risultati ottenuti siano quelli attesi. A tal riguardo devono essere adottati anche appositi indicatori, come ad esempio, per il rischio "errata o incompleta documentazione", il numero di casi che si verificano sul totale degli accessi. Anche monitoraggio e riesame vanno rendicontati.

LIMITI La nuova ISO 9001 non richiede alle Organizzazioni di adottare un formale approccio alla gestione del rischio e delle opportunità, né di applicare tecniche o linee guida specifiche a tale riguardo (esiste solo un riferimento alla ISO 31001). Le Organizzazioni devono adottare un pensiero basato sul rischio ma vi si possono pertanto approcciare in maniera "libera": in base al grado di complessità dell'Organizzazione stessa.

CONCLUSIONI Questo nuovo approccio voluto dalla ISO 9001:2015, che diventerà obbligatorio dal 2018, deve essere calato nell'operatività quotidiana ripensando i processi, i singoli documenti, le attività quotidiane per cambiare, in definitiva, l'intero modo di lavorare. L'Organizzazione questa volta non potrà più limitarsi a predicare un approccio per processi continuando a ragionare per funzioni ma dovrà davvero articolarsi in un progetto corale capace di rivoluzionare ogni percorso nella sua essenza per rendere profondamente soddisfatte tutte le parti interessate. L'Azienda Ospedaliera di Perugia, da anni molto attenta alla qualità e sicurezza dell'assistenza e cura erogata all'utente, sta già facendo propria questa filosofia.

Indirizzo per la corrispondenza

Morcellini Rosita, Infermiere
Azienda Ospedaliera di Perugia - Ufficio Qualità
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia
Email: rmorcellini@alice.it

24. Il percorso di accreditamento come best practice spotlight organization (BPSO) host Italia della RNAO, del collegio Ipasvi di Milano-Lodi-Monza e Brianza e la nascita delle due prime BPSO direct, presso l'ospedale e il corso di laurea in infermieristica del San Raffaele di Milano

Bonetti Loris¹, Magri Miriam¹, Rossetti Anna Maria², Manara Duilio³, Castaldo Anna⁴, Muttillio Giovanni¹

¹Collegio IPASVI Milano-Lodi Monza e Brianza, ²Ospedale San Raffaele di Milano, ³Università Vita e Salute San Raffaele, ⁴Don Orione Piccolo Cottolengo di Milano

BACKGROUND Nella vision del collegio IPASVI di Milano-Lodi-Monza Brianza, su spinta del consiglio direttivo in carica, vi è da sempre la promozione e diffusione delle migliori evidenze scientifiche e della promozione delle Best Practice. Già dal 2001 il collegio ha una collaborazione attiva con il Gruppo Italiano di Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE) ente prestigioso a livello nazionale ed internazionale nella promozione e diffusione della Evidence Best Practice. Negli ultimi 15 anni si sono tenuti corsi di formazione continua su queste tematiche. Vi è da molto tempo un'attitudine positiva da parte dei membri del consiglio direttivo del collegio IPASVI Milano Lodi Monza Brianza nella promozione di una cultura infermieristica basata sull'Evidence Based Practice. Il collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza Brianza ha deciso quindi di candidarsi per diventare Best Practice Spotlight Organization (BPSO) Host per conto della prestigiosa Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Le BPSO Host hanno la funzione di accreditamento e coordinamento di Enti clinici o accademici per conto di RNAO che intendono implementare le linee guida nelle loro realtà, divenendo BPSO Direct.

OBIETTIVI 1. Creare una collaborazione con uno degli enti più prestigiosi a livello internazionale per la diffusione delle Best Practice. 2. Diffondere la cultura dell'Evidence Based Practice all'interno di organizzazioni sanitarie e accademiche integrando le linee guida infermieristiche di RNAO al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e la salute delle persone assistite.

METODI Il percorso di accreditamento come BPSO Host Italia è nato dall'incontro con la collega Tiziana Rivera, durante Expo 2015. Il Collegio ha iniziato un processo ufficiale di identificazione come BPSO Host, tramite application form sottoposto a RNAO. A febbraio 2016 siamo stati riconosciuti formalmente come BPSO Host Italia da parte di RNAO. L'iniziativa è stata diffusa a livello nazionale negli Enti sanitari e accademici, per raccogliere l'adesione volontaria a sperimentarsi come BPSO Direct. Le BPSO Direct sono organizzazioni dove, diversamente che nelle BPSO Host, vengono concretamente implementate le linee guida (attraverso il metodo RNAO, che trova le sue radici nell'Implementation Science), sotto la guida delle BPSO Host.

RISULTATI Il primo risultato ottenuto è stato il coinvolgimento dell'Ospedale San Raffaele e del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Vita e Salute San Raffaele di Milano, come BPSO Direct. La sottoscrizione ufficiale degli enti suddetti è avvenuta il 29 novembre 2016. I colleghi degli enti coinvolti implementeranno, con la guida e il supporto del Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza Brianza, tre linee guida di RNAO nei prossimi tre anni. Le linee guida scelte, dall'Ospedale San Raffaele, a tale scopo sono quelle dello Stroke assessment e della prevenzione del suicidio. Una terza linea guida, riguardante l'utilizzo di approcci alternativi alla contenzione fisica sarà implementata a livello di organizzazione. I colleghi del corso di laurea integreranno i curricula formativi e gli strumenti per la valutazione dell'apprendimento clinico, alla luce delle linee guida scelte. Il secondo importante risultato ottenuto è stato che dal 26 al 30 settembre, presso la sede del nostro collegio, si è tenuta una settimana di formazione sull'implementazione delle BPGs, tenuta dalle colleghe Irmajean Bajnok e Tiziana Rivera, rispettivamente direttore generale e nurse leader del progetto internazionale BPSO di RNAO. Questa settimana di formazione ha visto grande interesse da parte della professione infermieristica italiana. Ad essa hanno partecipato colleghi provenienti da tutta Italia. È stato un importante momento di confronto e di apprendimento delle migliori strategie di implementazione delle BPGs.

LIMITI L'attuale esiguità delle risorse umane dedicate a questo progetto.

CONCLUSIONI La collaborazione nata con RNAO è un'importantissima occasione per la professione infermieristica italiana, in primo luogo, ma in generale per il mondo sanitario nel suo complesso, perché permetterà di diffondere, come dichiarato negli obiettivi, una cultura dell'assistenza basata sulle Best Practice. Il metodo RNAO consente infatti un vero e proprio cambiamento culturale dove viene implementato, dando effetti duraturi nel tempo. Il Consiglio Direttivo del Collegio Ipasvi Milano Lodi Monza Brianza è molto orgoglioso di avere ottenuto questo risultato. I colleghi del San Raffaele sono pionieri, come noi, in questo percorso di accreditamento che potrà, secondo il motto RNAO: "Trasformare l'infermieristica attraverso la conoscenza". Altri enti, oltre al San Raffaele, sono già interessati ad aderire all'iniziativa.

Indirizzo per la corrispondenza

Bonetti Loris, Infermiere

Ospedale Luigi Sacco - Azienda Ospedaliera e Polo Universitario - Servizio Infermieristico tecnico riabilitativo Aziendale - S.I.T.R.A.

Via Giovanni Battista Grassi, 74 - 20157 - Milano

Email: loris.bonetti72@gmail.com

25. Ben Vivere nell'Ospedale di Rivoli. Un modello multicomponente per la promozione della salute nei luoghi di lavoro

Boraso Flavio, Cosola Alda, Minniti Davide, Elinoiu Natalia, Gambaiani Michela, Garbuglia Marinella, Sappe' Rossella

ASL TO3

BACKGROUND Il progetto BEN VIVERE, nato dalla proposta di due dipendenti per il benessere degli operatori e per nuove attitudini resilienti, si è proposto di elaborare, implementare e sperimentare un modello di azioni multi componente e multi fattoriale per la promozione di stili di vita salutari a favore degli operatori dell'Ospedale di Rivoli (930 persone), uno dei tre ospedali della ASL TO3 della Regione Piemonte, sulla base del programma nazionale Guadagnare Salute, da estendere poi a tutta l'azienda sanitaria (oltre 4500 persone). Fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia e potrebbero essere correlati all'esordio di alcune patologie. Per avere degli effetti positivi sulla salute dei lavoratori, insieme alla diffusione di informazioni su stili di vita salutari e attivi, era importante offrire opportunità per praticare attività motorie e di benessere all'interno dell'organizzazione, con proposte in gruppo che permettano di costruire legami significativi. Si tratta di iniziative che hanno effetti positivi anche per le aziende in termini di miglioramento di indici di produttività, di riduzione di assenze per malattia e infortuni, oltre a favorire la socializzazione, l'aggregazione e quindi la soddisfazione degli operatori. Il progetto trova le sue basi in due reti OMS: la reteWHP (Workplace Health Promotion), per cui la Promozione della Salute negli ambienti di lavoro è il risultato congiunto dei datori di lavoro e dei lavoratori per il migliorare l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, la partecipazione ad attività salutari, le scelte sane (su alimentazione, fumo e alcol) e la crescita personale; la rete HPH (Health Promoting Hospitals), che incorpora concetti, valori e standard di promozione alla salute nella cultura dell'ospedale, a vantaggio di personale, pazienti e familiari, con l'attenzione alla sicurezza, alla qualità della vita col perseguimento dell'efficacia ed efficienza dei servizi.

OBIETTIVI Introdurre un programma multi-componente di interventi e attività atte a promuovere il ben vivere per i dipendenti del Presidio Ospedaliero di Rivoli (TO), che possa diventare un modello di intervento. Motivare i lavoratori ad avere maggiore cura di sé e degli ambienti di lavoro, con la riduzione di inattivi e sedentari, con un progressivo beneficio su tutti gli aspetti della qualità della vita, anche sul lavoro. Coinvolgimento attivo delle persone (empowerment) in iniziative tese a promuovere l'adozione di stili di vita sani.

METODI È stato sviluppato un progetto condiviso e partecipato, basato su Evidence Based Prevention (EBP) e Evidence Based Health Promotion (EBHP), con il coinvolgimento degli operatori del Presidio di Rivoli. Il progetto comprende un questionario on line sugli stili di vita e l'attivazione di Laboratori di attività offerti ai dipendenti (dallo Yoga ai Gruppi di Cammino). Il modello progettuale è il Precede-Proced di Green e Kreuter, mentre il questionario è composto dal Findrisc, un test validato e una indagine motivazionale con il modello di Di Clemente e Prochaska.

RISULTATI I risultati ottenuti sono relativi a: -adesione al programma (valutazione di impatto) 25% degli operatori ha aderito nei primi tre mesi al questionario on line (dato statisticamente significativo sui 930 operatori) -dati sulla popolazione a rischio tra i lavoratori (risultato al questionario online) il 20% dei questionari compilati presenta un profilo di rischio medio o elevato (è più alto della media della popolazione, ma noi abbiamo incluso anche il rischio medio di contrarre patologie croniche, al fine di fare prevenzione efficace) -dati legati alla percezione della propria salute - dati economici circa la sostenibilità di tale progetto l'Azienda ha investito € 5.000 per l'intero progetto, pari a meno di 5 euro a testa (930 operatori tot), ovvero 20 euro a testa (se consideriamo solo chi ha aderito al questionario e ai laboratori, circa 250 persone. andrebbero aggiunti i costi del tempo/personale impegnato sul progetto, stimabile per la presentazione finale. Altro risultato atteso è che il progetto al termine del primo semestre di realizzazione sia proposto per la valutazione di Buona Pratica, secondo la Griglia delle Buone Pratiche in uso in Regione Piemonte, Centro Documentazione regionale per la salute (DoRS 2010).

LIMITI I limiti principali sono legati al carattere innovativo del progetto multicomponente, pertanto non sono presenti progetti simili con i quali operare un confronto.

CONCLUSIONI Il progetto Ben Vivere si colloca come pratica innovativa e al tempo stesso è diventato un modello di intervento sostenibile per sviluppare il benessere dei lavoratori. I punti forti del progetto sono la modalità partecipativa con cui è stato condotto con il coinvolgimento progressivo di tutte le componenti aziendali, secondo il modello OMS –WHP e il costo modesto sostenuto per l'avvio di un progetto, sostenibile, capace di auto sostenersi nel tempo.

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

26. Cultura e formazione manageriale in sanità: un modello innovativo di governance per l'area dirigenziale dell'ASLTO3 del Piemonte

Boraso Flavio, Presutti Michele, Minniti Davide, Rebora Monica

ASL TO3

BACKGROUND Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse da parte delle Aziende Sanitarie per la definizione dei livelli di leadership e la valorizzazione delle risorse umane, indicatori della qualità delle relazioni e predittivi dell'efficienza interna. A tale scopo, l'ASL TO3, in concomitanza con il Piano di organizzazione aziendale da poco varato, volto a razionalizzare le attività con un contestuale potenziamento dei servizi offerti all'utenza, ha messo in atto un intervento di Governance per l'Area dirigenziale.

OBIETTIVI L'obiettivo generale è quello di realizzare un modello di governance formativa per l'area dirigenziale per creare un clima di squadra, costruire percorsi comuni, incrementare la motivazione nel lavoro, promuovere l'utilizzo di strumenti atti a risolvere conflitti e problemi, favorire la comunicazione negoziale, diffondere la capacità di lettura e governo dei cambiamenti interni ed esterni.

METODI Realizzazione nel corso del 2016 di un percorso di alta formazione rivolto al personale dell'alta dirigenza dell'ASLTO3 (Direttori di Dipartimento, Direttori di Presidio, Direttori di Distretto, Direttori Amministrativi) denominato "Strategic planning in ASLTO3": momenti di incontro, laboratorio di idee e dibattiti/confronti sul Process approach, lo strategy management, la leadership, la mediazione dei conflitti in una politica di empowerment". La novità del corso, innovativo per durata, obiettivi e metodi, è legata al riconoscimento della figura/ruolo degli stakeholder in ambito formativo. Gli esiti del corso sono stati monitorati attraverso un sistema di valutazione da parte del Responsabile Aziendale della formazione sulla base della valutazione clima d'aula in itinere, survey clima Aziendale (intervista strutturata), test di soddisfazione. Inoltre è stato approfondito l'aspetto di costo-beneficio del master.

RISULTATI Il campione è composto da 25 soggetti; il clima d'aula è stato valutato attraverso specifiche scale ed i risultati sono stati utilizzati in tempo reale come feedback per guidare gli incontri successivi. Le diverse aree indagate attraverso un test specifico hanno ottenuto un punteggio molto elevato e, in particolare, è risultata molto apprezzata la preparazione degli esperti, la chiarezza dell'esposizione e la corrispondenza degli argomenti al programma. Inoltre la Survey del clima aziendale ha permesso di identificare nello specifico i benefici percepiti dalla maggior parte dei dirigenti. Sono emersi in particolare: il miglioramento della sinergia tra i diversi ruoli professionali coinvolti, l'incremento della conoscenza delle competenze lavorative dei colleghi, la maggiore partecipazione nella programmazione del setting lavorativo e l'ottimizzazione dei rapporti con il paziente/utente.

LIMITI La durata del corso determina uno sforzo organizzativo enorme visto il ruolo ricoperto dal personale dirigenziale dell'ASLTO3.

CONCLUSIONI I risultati mostrano chiaramente come la formazione manageriale in ambito manageriale impatti notevolmente sulla percezione del ruolo professionale e delle competenze lavorative. L'intervento formativo progettato in questo contesto, quindi, deve essere considerato una tappa formativa fondamentale che dovrebbe sempre supportare i processi di riorganizzazione interna e di miglioramento del clima in un'ottica di gioco di squadra. Il lavoro svolto, infatti, ha voluto porre le basi per un progetto finalizzato a comporre un gruppo di lavoro, multidisciplinare, capace di autonormarsi e di trovare un linguaggio comune utile a costruire progetti e sinergie. Gli esiti del percorso formativo, inoltre, misurati attraverso indicatori appositamente costruiti al fine di individuare il reale impatto dell'iniziativa sulle attività lavorative e sul clima aziendale, ne hanno dimostrato la reale efficacia. Questa iniziativa, unica nel suo genere di governance manageriale, potrà essere utilizzata come form per ulteriori edizioni sia intraaziendali, sia interaziendali.

Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino - Scuola di Medicina - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

27. Il letto giusto al momento giusto

Caffarelli Carla, Gonnelli Stefano, Duma Carlo, Bellandi Lucia, Bianciardi Caterina, Guercini Jacopo, Biani Silvia

AOU Senese

BACKGROUND L'area medica dell'AOU Senese è composta dalle U.O.C. di Medicina Interna 1 e 2 con 30 posti letto ciascuna e dalle due Aree Dipartimentali di Medicina Interna che aggiungono altri 16 posti letto (percorsi in urgenza). Inoltre l'AOUS dispone di 39 U.O. di Medicina Specialistica di cui 30 complesse e 9 semplici (percorsi programmati). Per sostenere la complessità di approccio verso la quale per sua natura tende l'area medica, l'Azienda ha ritenuto necessario impostare una suddivisione organizzativa della stessa in Urgente e Programmato, secondo un inquadramento non meramente dettato dai rigidi termini delle analisi del controllo di gestione, ma anche da considerazioni di tipo più squisitamente strategico. Il progetto ha riguardato i reparti dell'Area Medica relativi ai "percorsi in urgenza" ed ha affrontato l'allineamento della domanda di posti letto dal dipartimento di emergenza urgenza verso l'area medica. I pazienti che necessitano di un posto letto nei reparti di Medicina Interna dell'AOU Senese, attendono in pronto soccorso fino al tardo pomeriggio, malgrado la prevedibilità di maggior afflusso giornaliero di pazienti sia un dato conosciuto. I reparti internistici, dove l'occupazione dei posti letto è del 99%, effettuano le dimissioni tipicamente nel pomeriggio (dalle 14:00 in poi) e questa abitudine ormai consolidata da anni, genera una meccanismo a caduta sui pazienti in attesa dopo la conclusione dell'inquadramento diagnostico, trovando opportuna collocazione solo nel tardo pomeriggio o anche durante la notte (il 90% dei ricoveri notturni da Pronto Soccorso nelle ore notturne sono in Area Medica).

OBIETTIVI Allineare la domanda di salute del cittadino in pronto Soccorso, con l'offerta dei reparti dell'Area Medica per i "percorsi in urgenza".

METODI L'AOUS ha deciso di affrontare la riorganizzazione dei flussi di ricovero attraverso il processo di trasformazione e di evoluzione culturale della filosofia Lean, a partire dal mese di gennaio 2016. Nella scomposizione osservazionale dell'area medica quindi, l'analisi organizzativa si è basata su alcune delle tecniche più performanti in ordine alla filosofia Lean, rivedendo il processo tramite strumenti quali la mappatura strategica, la logica Pull, l'abbattimento degli sprechi e il coinvolgimento formativo di tipo bottom-up, creando dei followers nell'implementazione dei miglioramenti. Da una prima mappatura strategica si sono definite le aree di intervento riguardanti la prospettiva degli utenti, dei processi, e infine dell'innovazione e della crescita organizzativa. Sono nati gruppi di lavoro multidisciplinari, i quali hanno analizzato la situazione di partenza attraverso i dati a disposizione, hanno mappato le proprie attività rivedendole attraverso un'ottica di miglioramento dei flussi, sono stati stabiliti indicatori sui quali valutare le nuove performance (aumentare le dimissioni in fascia oraria mattutina, programmare le dimissioni per il giorno successivo e le ammissioni per il pomeriggio, garantire un numero di posti letto al giorno in base alla domanda).

RISULTATI Pianificazione delle dimissioni il giorno precedente. Maggior utilizzo della Discharge Room (aumento del 345% nella fascia oraria mattutina). Riorganizzazione delle attività dei medici, allo scopo di garantire dimissioni mattutine (50%) e le ammissioni. Istituzione di un briefing giornaliero dove vengono allineate le domande da PS con l'offerta dei posti letto internistici e discussi i casi clinici.

LIMITI Se aumentare di poco il focus dalle dinamiche di U.O. a quelle di Ospedale, può senz'altro servire a ottimizzare i molteplici flussi organizzativi interni, per mantenere e migliorare il processo riorganizzativo è necessario assicurare continuità assistenziale tra ospedale e territorio, ridurre gli accessi per uno stesso paziente poli patologico e diminuire il tempo di risposta della domanda di assistenza sul territorio.

CONCLUSIONI Il cambiamento di indirizzo verso la nuova organizzazione ha avviato una politica motivazionale positiva e pratica, migliorando la produttività e la qualità. Lavorare in una logica di innovazione e crescita ha rappresentato uno sforzo da parte di tutti i professionisti che si sono impegnati in un programma formativo che ha generato crescita professionale, ma soprattutto innalzamento delle competenze. La chiave di successo di questo progetto, sta nel fatto che le idee sono state proposte e generate dai professionisti a tutti i livelli dell'organizzazione e sponsorizzate dai vertici direzionali. La fiducia organizzativa è un *do ut des* e richiede onestà, tempo, applicazione e capacità di tollerare le diffidenze, ma permette di raggiungere risultati che nessuna strategia e nessuna pianificazione, sono state in grado di produrre mai.

Indirizzo per la corrispondenza

Bellandi Lucia, Infermiere
Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - Gestione Sale Operatorie
Strada delle Scotte, 14 - 53100 - Siena
Email: lucia.bellandi@ao-siena.toscana.it

28. Le interruzioni durante il processo di preparazione e somministrazione della terapia farmacologica. Confronto tra due setting, monospecialistico e multispecialistico, di area medica

Caiazza Andrea, Maneo Cecilia, Pistoia Annalisa, Solinas Debora, Menicagli Enrico

Azienda Usl Toscana nord ovest - Livorno

BACKGROUND Gli errori durante l'esecuzione della terapia farmacologica rappresentano un aspetto rilevante per la sicurezza del paziente. Le interruzioni che si verificano durante la preparazione e la somministrazione di farmaci sono tra le principali cause potenziali di errore. I processi di somministrazione di terapia sono soggetti a interruzioni in una percentuale tra il 25-55% e ciascuna interruzione osservata durante la somministrazione di farmaci è stata associata ad un aumento del 12,1% degli errori procedurali (es. errata igiene delle mani) e al 12,7% degli errori clinici (es. dose sbagliata o errata velocità di infusione). Programmi per la riduzione delle interruzioni mostrano dati contrastanti. Un programma multi-intervento (corso di formazione, stanza per la preparazione dei farmaci dedicata e uso di casacche durante il giro terapia) condotto in 7 reparti chirurgici in un ospedale del nord Italia ha ottenuto, paradossalmente, una riduzione delle interruzioni da parte dei pazienti e una riduzione in termini di durata, mentre sono aumentate quelle determinate dagli operatori. Dalla revisione degli studi sul tema emerge l'importanza di dimensionare il fenomeno legato alle interruzioni durante il processo di preparazione e somministrazione della terapia per valutare eventuali interventi mirati alla riduzione del rischio. Nessuno degli studi sembra prendere in considerazione il ruolo che può rivestire la complessità organizzativa derivante da un contesto assistenziale basato sul modello per intensità di cure, in cui "convivono" più specialistiche, rispetto a setting assistenziali monospecialistici. Con tale finalità si è deciso di condurre uno studio osservazionale presso due diversi setting assistenziali di area medica dell'ospedale di Livorno.

OBIETTIVI Confrontare nei due setting assistenziali frequenza, durata e caratteristiche delle interruzioni che si verificano durante la preparazione e somministrazione delle terapie.

METODI Lo studio è stato condotto in due diversi setting assistenziali di area medica: il primo monospecialistico (solo Medicina Interna) e il secondo multispecialistico (Medicina, Neurologia e Pneumologia) organizzato secondo il modello dell'intensità di cura. Le osservazioni condotte per 10 giorni consecutivi in ciascun reparto nel periodo giugno – luglio 2016, hanno riguardato i "giri terapia" delle ore 8:00 e delle ore 12:00. È stato valutato l'intero processo di terapia comprendente la fase di preparazione e somministrazione del farmaco.

RISULTATI Nei due setting assistenziali sono state osservate complessivamente 1018 somministrazioni di farmaci durante le quali si sono verificate 346 interruzioni (33,98%) prevalentemente durante la fase della preparazione (66,8%). Le interruzioni sono state registrate principalmente nella stanza di degenza del paziente (61%) e in prevalenza sono state causate dal paziente stesso (25,4%). Nel setting multispecialistico è stato registrato il 30,87% di interruzioni (172 su 557 somministrazioni) contro il 37,74% (174 su 461 somministrazioni) del reparto monospecialistico ($p=0,0214$). In entrambi i setting il motivo principale dell'interruzione è legato a richieste da parte dei degenti (multisp. 23,3%; monosp. 27%; $p=0,515$). Paradossalmente le interruzioni dovute a richieste da parte dei medici sono state maggiori nel setting monospecialistico (n.18, 10,3%) rispetto a quello multi specialistico (n.7, 4,1%; $p=0,0407$). Non è stata evidenziata significatività statistica nel confronto della durata media delle interruzioni (ore 8.00: multisp. $59,46\pm55,66$; monosp. $49'',86\pm36'',91$ $p=0,138$; ore 12.00: multisp. $53,82''\pm47,03$ - monosp. $58'',47\pm52'',28$ $p=0,614$). La frequenza delle interruzioni registrate durante il "giro terapie" delle ore 8:00 è sovrapponibile (multisp. 27,37%; monosp. 27,64%), mentre quelle osservate alle ore 12:00 presentano una differenza percentuale statisticamente significativa (multisp. 44,34%; monosp. 78,26%; $p<0,0001$) dovuta sostanzialmente ad una maggiore compresenza dei caregiver durante la somministrazione dei farmaci alle ore 12.00 nel setting monospecialistico con conseguente aumento delle interruzioni.

LIMITI La raccolta dati non è stata effettuata contemporaneamente nei due setting ed ha riguardato soltanto i "giri terapia" del turno mattutino. Sarebbe utile indagare ulteriormente le caratteristiche delle interruzioni durante le 24 ore prendendo in considerazione anche le prescrizioni di terapie estemporanee.

CONCLUSIONI In entrambi i setting sottoposti a osservazione i fattori che determinano le interruzioni sono principalmente dovuti alla presenza di più pazienti degenti nella stessa stanza e alla compresenza dei caregiver durante il giro terapie. La complessità organizzativa dovuta alla presenza di più specialistiche nel setting multidisciplinare non sembra influenzare il numero di interruzioni che, al contrario, risultano percentualmente inferiori rispetto al setting monospecialistico.

Indirizzo per la corrispondenza

Caiazza Andrea, Infermiere
Distretto Bassa Val di Cecina - Direzione Sanitaria
Via Montanara, 39 - 57100 - Cecina
Email: andrea.caiazza@uslnordovest.toscana.it

29. Il punto unico integrato nel percorso di continuità delle cure

Calligaris Laura, Canciani Luigi, Mauro Graziella, Toffoli Carla

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

BACKGROUND L'evoluzione dei bisogni della popolazione e il riorientamento del sistema sanitario con azioni sempre più finalizzate a medicine di iniziativa e di integrazione, determina la necessità di migliorare i processi organizzativi che sottendono la continuità ospedale/territorio/domicilio. La dimissione dopo un evento acuto rappresenta pertanto un momento cruciale di analisi dei bisogni e di selezione della domanda, costruendo un percorso fondato sulla continuità delle cure con la conseguente necessità di revisione del protocollo dimissioni protette esistente dal 2006.

OBIETTIVI Il Punto Unico Integrato (PUI) rappresenta lo strumento organizzativo del governo della domanda utile a fornire una risposta unitaria e coordinata dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, finalizzato a: accogliimento delle richieste di valutazione del bisogno in dimissione ospedaliera, attivazione dei percorsi di valutazione delle UVM (unità di valutazione multidimensionale), gestione dei rapporti tra professionisti ospedalieri, utente, famiglia e MMG, e organizzazione dell'assistenza domiciliare.

METODI Raccolta e analisi schede informatiche di segnalazione 24 e 72 h, valutazione del bisogno, UVM congiunta ospedale territorio intraospedaliera, condivisione piano assistenziale personalizzato, individuazione case manager e programmazione monitoraggio.

RISULTATI Appropriatelyzza del setting assistenziale nel rispetto dei bisogni e delle risorse della persona. Informatizzazione delle procedure, ampliamento dell'attività di valutazione e pianificazione ad altri reparti.

LIMITI Sperimentazione avviata su alcuni reparti ospedalieri e su un solo Distretto Sanitario.

CONCLUSIONI Il Punto Unico Integrato diventa il luogo fisico in cui si attua la pianificazione, la presa in carico e l'accompagnamento dell'utente fragile tenendo in considerazione le risorse personali, familiari e del contesto di vita del paziente e coniugandole con l'offerta complessiva dei servizi territoriali. La valutazione multidisciplinare di equipe è il valore aggiunto, in una logica di offerta trasversale ai servizi che ne superi la frammentazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Canciani Luigi, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Universitaria integrata di Udine - Direzione Sanitaria
Via Pozzuolo, 330 - 33100 - Udine
Email: luigi.canciani@asuud.sanita.fvg.it

30. Accoglienza e Dimissione: un percorso dedicato

Cardillo Maria, Bertolini Adriana, Grassi Chiara, Marotta Marco, Stefania Baratta, Fialdini Luca

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio

BACKGROUND Un ospedale per la promozione della salute incorpora, nella sua struttura organizzativa e nella sua cultura i concetti, i valori e gli standard della promozione della salute tramite un'evoluzione organizzativa. Un ospedale per la promozione della salute estende la sua responsabilità al di là degli stretti confini degli episodi clinici acuti e coopera con la comunità a promuovere concetti globali di assistenza, cura e prevenzione. L'accoglienza e la dimissione ospedaliera sono due tappe fondamentali del percorso di ricovero. L'accoglienza è un biglietto da visita che le strutture presentano all'utente e sulla quale vengono giudicate, e la Dimissione deve essere pianificata per allinearci con le nuove leggi del S.S.N e rispondere adeguatamente al cittadino. In Fondazione Toscana Gabriele Monasterio la situazione rispetto all'accoglienza e dimissione era caratterizzata da iniziative frammentarie e non sistematiche, una mancata formalizzazione e quindi gestione discrezionale da parte del singolo operatore e assenza di lettere di dimissione Infermieristica. Abbiamo a tale scopo elaborato un progetto per migliorare la qualità "percepita" da parte dell'utente in termini di personalizzazione, relazione, informazione e miglioramento della qualità. Un miglioramento del percorso post ricovero sia per il trasferimento in altre strutture sia per la dimissione a domicilio.

OBIETTIVI Nelle due tappe "accoglienza e dimissione" l'obiettivo è stato quello di migliorare le conoscenze del cittadino per garantirne l'accesso e la partecipazione nella nostra struttura ospedaliera, migliorare l'aspetto relazionale tra operatori e utenti, migliorare il clima organizzativo dell'utente nei vari ambiti ospedalieri ed infine migliorare la continuità assistenziale.

METODI Lo sviluppo del progetto ha reso necessaria la consultazione di strumenti informativi, articoli, riviste, banche dati, stesura di check list. Sono seguiti l'ideazione ed elaborazione del progetto, una analisi organizzativa, la definizione delle tappe e dei percorsi di accoglienza, la condivisione degli strumenti e del percorso, la somministrazione del questionario e applicazione sperimentale degli strumenti con valutazione dell'applicabilità. È previsto un incontro settimanale con le famiglie o con il singolo paziente per una condivisione multidisciplinare del ricovero. La presentazione di slide, dei percorsi cardiologici e cardiocirurgici, sono espressi dall'infermiere, dallo psicologo, dal cardiocirurgo e cardiologo.

RISULTATI All'accoglienza la presentazione del percorso sarà illustrata oltre che con il materiale cartaceo anche con riproduzioni di filmati e slide, e alla dimissione a casa verranno consegnati: prescrizioni varie suggerimenti psico-educativi; educazione alla somministrazione del farmaco ai genitori o agli utenti; valutazione della capacità di apprendimento alla somministrazione domiciliare del farmaco; somministrazione del questionario di gradimento, dimissione infermieristica, e "Raccomandazioni alla dimissione". Per il Trasferimento in un altro centro la documentazione si arricchirà della scheda di trasferimento, istruzione per l'allattamento (se indicato) e fotocopia della STU. Alla dimissione, su un campione di 430 pazienti, abbiamo somministrato un questionario, con una votazione da 1 a 10 e con le seguenti domande: ritengo le cose dette durante la riunione importanti per la mia salute; penso che le cose dette durante la riunione saranno utili per gestire la mia salute; gli argomenti della riunione mi sono risultati chiari; durante la riunione mi sono sentito di poter esprimere la mia opinione. Al questionario 399 persone hanno dato 10, quindi il 78,8%; 51 persone hanno dato 9, l'11,9%, e 30 persone hanno dato 8, il 7%.

LIMITI Per aumentare il campione servono persone dedicate, e nel percorso di accoglienza e dimissione andrebbero inserite altre figure per la descrizione delle attività da svolgere, come il fisioterapista.

CONCLUSIONI La realizzazione di questo progetto permetterà di iniziare i due percorsi strutturati con personale formato seguendo le fasi descritte, raccogliendo i dati dai questionari somministrati per il 90% dei pazienti accolti e dimessi permettendo di valutare la qualità percepita e apportando le azioni di miglioramento necessarie.

Indirizzo per la corrispondenza

Fialdini Luca, Infermiere
Ospedale Pediatrico Apuano Gaetano Pasquinucci - Nessuna
Via Aurelia Sud - 54100 - Massa
Email: fialdiniluca@gmail.com

31. The HCV Sicily Network: a web-based model for the management of HCV chronic disease

Cartabellotta Fabio, Di Marco Vito

HCV Sicily Network

BACKGROUND Studi epidemiologici riportano che in Sicilia risiedono 30000 infetti da Epatite da Virus C nota (HCV) così da potere essere considerato un problema di salute pubblica in Sicilia. Oggi con la disponibilità dei nuovi farmaci ad azione antivirale diretta, che rappresentano una vera rivoluzione terapeutica, per la cura dell'epatite C, è possibile curare dall'infezione in maniera definitiva e permanente un elevatissimo numero di pazienti, ma l'elevato costo dei regimi terapeutici limita ed impone al Sistema Sanitario Nazionale di stabilire delle priorità di trattamento. 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. L'innovazione farmacologica si deve accompagnare per portare avanti tale programma a un'importante innovazione di natura tecnico-organizzativa, rappresentata dalla realizzazione di moderni sistemi informatici che consentono di monitorare pazienti e terapie in maniera accurata e nello stesso tempo raccogliere informazioni sugli outcome clinici che in futuro permetteranno di avere a disposizione informazioni per la programmazione sanitaria basata sulla precision medicine.

OBIETTIVI La "Rete HCV Sicilia" consentirà di identificare i pazienti con infezione cronica da virus C residenti in Sicilia, di definire lo stadio della malattia e di allocare i pazienti alla terapia per loro indicata secondo criteri di appropriatezza terapeutica. Grazie alla sinergia tra le istituzioni ed i clinici in Sicilia è stato creato un modello che mira ad un sistema sanitario di qualità che mette in campo tutti gli indicatori per costruirlo.

METODI La "Rete HCV Sicilia" è un modello di best practice web based che ha l'obiettivo di migliorare la gestione e il trattamento dell'epatite cronica e della cirrosi da virus C in Sicilia. Il sito Internet www.registrohcvsicilia.it rappresenta lo strumento di comunicazione, che coinvolge cittadini, i medici e gli stakeholder consentendo di garantire equità di accesso alla diagnosi dell'epatite cronica e della cirrosi da HCV e alle terapie antivirali disponibili. Lo strumento informatico ha una "sezione riservata" al personale medico, 84 medici specialisti che operano in 41 centri distribuiti nell'isola che partecipano alla Rete Regionale dell'epatite C. Attraverso la web platform i medici sono in collegamento fra loro e costruiscono un database di tutti i pazienti trattati che ricevano una diagnosi e hanno le caratteristiche cliniche di priorità per la terapia decisi dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

RISULTATI Dal marzo 2015, data di attivazione della web-platform, a settembre 2016 sono stati registrati sulla piattaforma Rete HCV Sicilia 9965 pazienti (57% maschi, 43% femmine, l'età media è di 61 anni, 34% oltre 70 anni). Di questi 9.965 pazienti, 5294 pazienti (53 %) avevano i criteri di priorità per il trattamento definiti dall'AIFA e 4.859 pazienti (32% con epatite cronica e fibrosi F3, 59% con cirrosi epatica in Classe A di Child-Pugh e 9% in classe B di Child-Pugh) sono stati trattati con i farmaci DAA. Alla fine di settembre 2016, 3340 pazienti hanno completato il trattamento antivirale. Una risposta virologica (HCV-RNA negativo alla fine del ciclo di terapia) è stata documentata nel 98%. Solo 145 pazienti hanno interrotto il trattamento (20 pazienti sono deceduti, 63 di loro sono da considerare drop-out -motivazione non segnalata nel database-, 45 hanno interrotto per effetti collaterali e soltanto 17 per mancata risposta virologica). La Virological sustained response a 12 settimane (SVR) è stata raggiunta nel 94% dei 2400 pazienti che sono stati valutati ad oggi. Tutti i regimi terapeutici sono risultati appropriati in conformità con le linee guida della società scientifica per lo studio delle malattie di fegato (AISF).

LIMITI Nessuno.

CONCLUSIONI Il modello organizzativo della Rete HCV Sicilia ha consentito di determinare in maniera equa e trasparente l'appropriatezza delle terapie secondo i criteri stabiliti dall'AIFA, di aggiornare in tempo reale il numero di pazienti seguiti nei centri, il numero di pazienti che hanno la priorità per il trattamento e il numero di pazienti trattati in tutta la regione e nei singoli centri. La rete HCV Sicilia è uno straordinario sistema di programmazione per l'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia che può avere una stima reale dei pazienti ai quali offrire una terapia ad alto costo, ma assolutamente efficace. È già possibile valutare il beneficio che è assolutamente sovrapponibile a quello degli studi registrativi, è possibile inoltre monitorare con precisione gli effetti collaterali delle terapie. Il lavoro consentirà di aggiornare anche le stime epidemiologiche dell'infezione da Virus C in Sicilia e valutare la storia naturale della malattia nei prossimi anni alla luce dell'eradicazione ottenuta con i nuovi DAA.

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

32. Valutazione di conoscenze e attitudini degli operatori sanitari nei confronti delle vaccinazioni, analisi specifica nei medici competenti

Casagrande Franca¹, Riccò Matteo¹, Brioni Alessandro², De Rinaldis Maria Francesca¹

¹APSS Provincia Autonoma di Trento, ²Azienda ULSS 9

BACKGROUND La prevenzione delle malattie infettive costituisce uno dei principali obiettivi della Sanità Pubblica. Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute tramite vaccinazione. In particolare, gli operatori sanitari, a causa del loro contatto con i pazienti e con materiale potenzialmente infetto, sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili. Programmi di vaccinazione ben impostati possono, infatti, ridurre in modo sostanziale il numero degli operatori suscettibili e i conseguenti rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni prevenibili con la vaccinazione ai pazienti o ad altri operatori. Il medico competente dell'azienda, è pertanto responsabile dell'identificazione e dell'esecuzione delle vaccinazioni che devono essere effettuate al personale sanitario.

OBIETTIVI Valutare lo stato delle conoscenze ed attitudini rispetto alle vaccinazioni degli operatori sanitari, in particolare dei Medici Competenti.

METODI Realizzazione di questionario strutturato, derivato ed adattato, sulla base delle specificità imposte dal SSN e dal PNPV 2012-2014, che mira ad indagare le conoscenze generali sui vaccini, la propensione vaccinale e la percezione del rischio nei confronti di 3 patologie in particolare (influenza, morbillo, polmonite da pneumococco). Il questionario è stato somministrato per via telefonica ad un gruppo di 50 medici competenti, ricavati fra i partecipanti ad un'attività di formazione organizzata dall'APSS di Trento nell'Ottobre 2015. Per questo studio trasversale, sono, inoltre, stati individuati casualmente 51 controlli ricavati fra gli operatori dell'APSS di Trento. Ogni valutazione è stata ricondotta ad un punteggio sintetico con valore normalizzato compreso fra 0 (conoscenza minore) e 1 (conoscenza ottimale).

RISULTATI I Medici Competenti (età media $49,6 \pm 8,0$ anni, 60% M, 40% F) presentavano una maggiore conoscenza delle vaccinazioni raccomandate dal PNPV 2012-2014 ($0,751 \pm 0,108$ vs $0,669 \pm 0,189$ $p = 0,0035$) così come delle caratteristiche generali della pratica vaccinale ($0,620 \pm 0,151$ vs $0,512 \pm 0,205$ $p = 0,0081$). La conoscenza delle indicazioni rispetto alle vaccinazioni antimorbillo, anti-parotite anti-rosolia, ed anti-varicella erano tuttavia carenti. Una percentuale non trascurabile di Medici Competenti (12%) riferiva di ritenere vera la correlazione fra vaccini ed autismo e sclerosi multipla. La propensione vaccinale (mediamente più elevata nei Medici Competenti che negli operatori sanitari del gruppo di controllo) era in effetti significativamente correlata con il grado di conoscenza degli operatori, che l'analisi di regressione confermava quale fattore predittivo.

LIMITI La ridotta numerosità del campione.

CONCLUSIONI Dallo studio effettuato è possibile evidenziare come le conoscenze vaccinali, intese sia in senso generale sia in senso particolare (considerando cioè le raccomandazioni specifiche per gli operatori sanitari previste dal PNPV), siano significativamente correlate alla propensione vaccinale. Si conferma cioè che la programmazione e l'applicazione di precisi programmi di formazione possano avere un impatto positivo sia sulla propensione operativa dei Medici Competenti, sia sulle coperture vaccinali del personale sanitario.

Indirizzo per la corrispondenza

Brioni Alessandro, Assistente sanitario
Ospedale Santa Croce Moncalieri - S.C. Anatomia Patologica
Piazza Amedeo Fernando I, 3 - 10024 - Moncalieri
Email: alessandrobrioni@hotmail.it

33. La Certificazione di Qualità ISO 9001:2015 del Clinical Trial Center - ARNAS Garibaldi di Catania

Castagna Fabrizio, Longhitano Laura, Avola Francesco, Caudullo Desiree, Commendatore Oriana, Sambataro Daniela, Scaccianoce Irene, Cordio Stefano, Fassari Giuseppina Emanuela, Bordonaro Roberto

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Garibaldi Catania

BACKGROUND La ricerca clinica applicata è strumento di produzione di innovatività e conoscenza in ambito biomedico: il numero di sperimentazioni cliniche controllate in Italia è in progressivo aumento. La prossima entrata in vigore del Regolamento Europeo 536/2014 (RE 536) si tradurrà nella transizione di un processo di valutazione da nazionale a sovranazionale, aumentando i momenti di competizione tra Stati membri per l'acquisizione di crescenti volumi di attività di ricerca. Obiettivo del RE536 è snellire e semplificare le procedure mantenendo inalterati i principi fondanti della ricerca biomedica. Gli studi clinici controllati sono elemento fondamentale per il miglioramento degli standard assistenziali a beneficio della comunità dei pazienti, arruolati o meno in protocolli di ricerca. L'ARNAS GARIBALDI ha istituito una Unità Funzionale denominata CTC "Clinical Trial Center" la cui mission è l'implementazione quali-quantitativa delle attività di ricerca clinica applicata in oncologia.

OBIETTIVI Obiettivo del progetto è lo sviluppo, implementazione e certificazione secondo norme ISO 9001: 2015 delle attività amministrative e cliniche connesse alla conduzione di studi clinici controllati di fase I – III presso le Unità Operative del Dipartimento Oncologico dell'ARNAS Garibaldi.

METODI Il percorso di certificazione del Clinical Trial Center è stato strutturato secondo il ciclo di Deming (Plan-Do-Check-Act) e secondo i requisiti della norma ISO 9001:2015, che prevedono una attenta analisi dei rischi e si basano sul risk-based thinking, che permette di identificare i fattori di rischio e di opportunità precocemente gestendoli in modo preventivo. Agendo in questo modo l'approccio diventa proattivo al fine di ridurre gli effetti indesiderati attraverso l'identificazione dei fattori che potrebbero fare deviare i processi e il sistema di gestione dai risultati pianificati, mettendo in atto misure e controlli per minimizzare preventivamente gli effetti negativi e massimizzare le opportunità, quando esse si presentano. Il percorso di qualità del CTC ha previsto pertanto le seguenti fasi: • Formalizzazione componenti gruppo di progetto da parte della Direzione Sanitaria • Assessment iniziale in autovalutazione • Formalizzazione obiettivi e impegni • Analisi del contesto • Flow chart clinical trial process; • Analisi dei rischi utilizzando come strumento HFMEA; • Identificazione degli indicatori di performance per ogni fase del processo; • Stesura di procedure e matrice delle responsabilità; • Audit interno e formalizzazione di un PAM (piano delle azioni di miglioramento); • Riesame da parte della direzione.

RISULTATI L'ARNAS Garibaldi di Catania ha ottenuto con successo, la certificazione ISO 9001:2015 per gli studi di fase I – III presso le Unità Operative di Oncologia Medica del Dipartimento Oncologico. Le principali aree interessate dalla certificazione sono state le seguenti: • Processo di gestione della struttura organizzativa, di comunicazione e "fund rising" [processo strategico – job profile componenti CTC] • Processo amministrativo autorizzativo degli studi clinici • Processi operativi segretariali, amministrativi, scientifici di supporto alle UU.OO. coinvolte nello studio • Processo di controllo • Processo di rendicontazione.

LIMITI Il Dipartimento Oncologico dell'ARNAS Garibaldi attualmente è l'unico fruitore del Clinical Trial Center rimanendo ancora escluse le altre Unità Operative Aziendali che svolgono attività di ricerca clinica applicata in ambito biomedico.

CONCLUSIONI In questa ottica gioca un ruolo molto importante il positioning del Clinical Trial Center che, attraverso la certificazione di qualità ISO 9001:2015, acquisisce un valore aggiunto in un contesto altamente competitivo, permettendo sempre di più di diventare un polo di attrazione per i promotori degli studi clinici, in quanto garanzia di qualità certificata dei propri processi.

Indirizzo per la corrispondenza

Bordonaro Roberto, Medico Chirurgo
Ospedale di Catania - Garibaldi - Centro - U.O. Oncologia Medica
Piazza Santa Maria di Gesù, 5 - 95125 - Catania
Email: rbordonaro63@gmail.com

34. Modello di Governo Clinico (UFA-ONCO-EMA) - Regione Sicilia

Caudullo Desiree¹, Fassari Giuseppina Emanuela¹, Murolo Giuseppe², Sambataro Daniela¹, Castagna Fabrizio¹, Scaccianoce Irene¹, Tirendi Giorgia¹, Randisi Adalgisa¹, Consoli Ugo¹, Bordonaro Roberto¹

¹Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Garibaldi Catania, ²Assessorato Regionale della Salute – Regione Sicilia

BACKGROUND Il modello di governo clinico (UFA-ONCO-EMA) prevede l'integrazione funzionale tra Unità Farmaci Antiblastici, Unità Operativa Complessa di Oncologia Medica e Unità Operativa Complessa di Ematologia in riferimento alla Raccomandazione Ministeriale n.14 e al D.A. 10/2012 della Regione Siciliana. L'obiettivo del modello è garantire la condivisione di un processo di produzione e gestione dei farmaci antitumorali in grado di assicurare una corretta gestione del rischio clinico, una adeguata gestione delle risorse disponibili ed un focus sul livello qualitativo delle prestazioni erogate a garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

OBIETTIVI Gli obiettivi del progetto sono: • Ottimizzare l'interfaccia U.F.A. – Oncologia - Ematologia con riferimento all'intero processo di richiesta, consegna, somministrazione e accesso alle informazioni riguardo i farmaci antiblastici • Favorire l'integrazione di competenze tra Farmacista - Oncologo - Ematologo, in ottica di una sempre più accurata, efficiente e personalizzata cura del Paziente, con la realizzazione di documenti condivisi sulle interazioni, tossicità, stabilità dei preparati e schemi terapeutici • Garantire la qualità della produzione nella Unità Farmaci Antiblastici (UFA), condividendo le migliori e sicure pratiche di lavoro, con la standardizzazione di criteri tecnici ed organizzativi • Attivare un sostenibile ed affidabile sistema di monitoraggio di specifici indicatori di performance del sistema integrato UFA – ONCO – EMA • Ottenere e mantenere la Certificazione di Qualità ISO 9001:2008 per il Modello Governo Clinico U.F.A. – ONCO – EMA in linea con i requisiti delle Raccomandazioni Ministeriali ed in particolare della Raccomandazione n° 14 - Ottobre 2012.

METODI La realizzazione del modello di governo clinico è stata ottenuta mediante l'istituzione di un gruppo di progetto (UFAONCO- EMA) che ha fornito una chiave di lettura concreta e pratica del concetto di Clinical Governance, ottenendo così un modello rappresentativo di un sistema semplice, fruibile ed in grado di dimostrare un controllo nelle attività del processo di gestione del farmaco antitumorale. L'intero processo è stato implementato secondo il contesto normativo nazionale definendo protocolli e comportamenti condivisi e standardizzati tra i vari portatori di interesse, al fine di garantire una maggiore appropriatezza clinica e terapeutica attraverso il monitoraggio di specifici indicatori di processo.

RISULTATI Il percorso della terapia antitumorale nelle Unità Farmaci Antiblastici, Oncologia Medica e Ematologia dell'A.R.N.A.S. Garibaldi di Catania, ha permesso di acquisire con successo in data 22 luglio 2013 la Certificazione di Qualità ISO 9001:2008 da parte di un Ente Certificatore Internazionale ed è stato riconosciuto dall'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana come un esempio unico di sistema di governo clinico da adottare presso le unità oncologiche della Regione Sicilia mediante il D.A. 1914/2013. Con questo intervento la regione ha garantito che la gestione della terapia antitumorale, prestazione sanitaria di alta complessità, avvenga attraverso un processo definito e controllato nei comportamenti, con tracciabilità delle attività svolte e delle relative responsabilità, a garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori, dell'appropriatezza terapeutica e della efficace informazione al paziente riguardo gli stili di vita da adottare e i possibili effetti collaterali della terapia. Il modello rappresenta un sistema in grado di dimostrare il controllo nelle attività del processo attraverso l'analisi dei rischi con metodo HFMEA e attraverso specifici indicatori di performance il monitoraggio dei livelli di qualità delle prestazioni in ogni fase del percorso. I principali indicatori sono: il numero di schede di anamnesi correttamente compilate sul totale dei pazienti ricoverati, per la procedura di presa in carico del paziente ottenendo in oncologia ed ematologia il 100%. Il numero di prescrizioni non conformi sul totale pervenute in UFA, per gli indicatori di prescrizione con una riduzione da 0,80% a 0,44% in oncologia e da 0,73% a 0,51% in ematologia. Il numero di errori (near-miss) accaduti sul totale delle preparazioni per gli indicatori di preparazione, ottenendo da un 0,010% ad un 0%.

LIMITI Il gruppo di progetto (UFA ONCO-EMA) rimane attivamente impegnato nell'aggiornare, implementare e consolidare il modello organizzativo di governo clinico al fine di poter mantenere e misurare le performance dell'intero processo.

CONCLUSIONI I risultati ottenuti attraverso l'implementazione del modello hanno portato ad un miglioramento continuo, garantendo maggiore sicurezza, appropriatezza ed utilizzo razionale delle risorse in merito al processo di gestione del Farmaco Antitumorale.

Indirizzo per la corrispondenza

Bordonaro Roberto, Medico Chirurgo
Ospedale di Catania - Garibaldi - Centro - U.O. Oncologia Medica
Piazza Santa Maria di Gesù, 5 - 95125 - Catania
Email: rbordonaro63@gmail.com

35. Formare alla sicurezza trasfusionale: l'analisi di processo come strumento di apprendimento organizzativo

Cavallo Maria Rita, Esposito Paola, Presutti Michele

ASL TO 3

BACKGROUND Il processo trasfusionale è complesso, articolato, e coinvolge numerosi operatori che operano presso le strutture trasfusionali e le unità cliniche richiedenti emocomponenti. Le attività all'interno di questo processo sono diverse ed articolate nel tempo per cui il rischio di una reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO inserita nell'elenco ministeriale degli eventi sentinella è elevata e da valutare preventivamente. Nella medicina trasfusionale, gli aspetti giuridici di cui i professionisti devono tener conto sono richiamati in numerose fonti legislative e nella raccomandazione 5/2008 del Ministero della Salute. Recentemente il DM 69 del 2/11/2015 ha introdotto implementazioni riguardo alcuni punti fondamentali per la prevenzione di eventi sentinella nelle diverse fasi del processo: • art.24 consenso informato del ricevente • art.27 tracciabilità della trasfusione • art.28 unità non utilizzate.

OBIETTIVI • Valutare l'aderenza rispetto alla Raccomandazione 5/2008 ed alle implementazioni introdotte dal DM 69 del 2/11/2015 • Aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori fornendo strumenti uniformi e agili per documentare il percorso trasfusionale dalla richiesta alla registrazione dell'avvenuta trasfusione. Sviluppare un percorso di apprendimento organizzato a partire dall'analisi di processo Realizzare un prodotto formativo FAD per la diffusione delle competenze in materia di sicurezza del processo trasfusionale.

METODI Per valutare la situazione nelle strutture cliniche dell'ASL TO3 si sono eseguiti da Novembre 2015 a Marzo 2016 25 audit utilizzando la check list del Ministero per la Raccomandazione 5/2008 modificata tenendo conto delle implementazioni introdotte dal DM 69 iniziando dai reparti che avevano segnalato 2 eventi sentinella e successivamente negli altri. Le verifiche condotte hanno evidenziato alcune criticità del processo in particolare mancanze e disomogeneità procedurali. Per risolverle si è pianificato un intervento di miglioramento che ha coinvolto Rischio Clinico, Trasfusionale e altre strutture cliniche. Si sono redatte procedure e istruzioni aziendali e preparati i moduli aziendali richiesti dalla legge per la richiesta, il consenso informato e la check list. Si è inoltre allestita la cartellonistica con il riassunto delle procedure per la richiesta trasfusionale, il prelievo dei campioni per le indagini, la trasfusione. Si sono ordinati i braccialetti identificativi per i pazienti. La Direzione ha dato comunicazione ai Responsabili delle azioni messe in atto ed i trasfusionisti hanno informato capillarmente tutte le strutture rispetto alle nuove procedure: sono in previsione riunioni specifiche con i medici e audit di verifica nei primi mesi del 2017. Ogni passaggio del progetto è stato gestito e allestito come azione formativa individuandone e sostenendone gli aspetti legati agli obiettivi di apprendimento individuale ed organizzativo.

RISULTATI Validazione consensuale attraverso un percorso di apprendimento organizzativo di procedure e istruzioni operative. Attivazione di azioni correttive rispetto alle criticità rilevate negli audit che erano in particolare riferite a: • documentazione non presente o non aggiornata • scarsa integrazione tra cartella clinica ed infermieristica • etichette scritte a mano • mancanza dell'ordine del prelievo sulle due provette • prelievi inviati al SIMT senza accettazione informatica • raccolta del consenso informato non conforme • attività formative non documentate • mancanza di consapevolezza sulla "cultura dell'errore" • comunicazione inefficiente • procedure informatiche disomogenee E pertanto Le azioni correttive proposte sono state: • revisione ed omogeneizzazione della modulistica • stesura della documentazione mancante • l'implementazione di aggiornamenti formativi • pianificazione di audit semestrali • implementazione di soluzioni informatiche ove mancanti Dall'attività di audit è stato ricavato il materiale e la documentazione utile alla predisposizione di un percorso formativo ad hoc sul tema della sicurezza trasfusionale. Dopo questa attività le verifiche si sono svolte in un clima sereno e di collaborazione.

LIMITI Ampiezza del campione di cartelle cliniche oggetto di audit.

CONCLUSIONI Dai risultati emerge oltre ad una difficoltà di comunicazione derivante dall'estensione dell'azienda una resistenza alla "cultura dell'errore" più o meno accentuata. Al primo impatto i professionisti intervistati si sono sentiti "sotto una lente" pensando al confronto come un modo per ricercare un loro errore. Il nostro obiettivo principale è stato quello di sviluppare cultura della sicurezza attraverso l'analisi di un processo così importante, ancorché normato, a partire dalla consapevolezza e dalla responsabilità professionale ed organizzativa maturata dagli operatori, in modo da garantire una maggior sicurezza per il paziente ed un minor rischio per gli operatori e per l'azienda.

Indirizzo per la corrispondenza

Presutti Michele, Psicologo
ASL TO3 - S.C. Ricerca e Formazione
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 - Collegno
Email: mpresutti@aslto3.piemonte.it

36. Sviluppare resilienza ed integrazione per una nuova organizzazione dipartimentale nell'area della diagnostica e dei servizi

Cavallo Maria Rita, Esposito Paola, Presutti Michele

ASL TO 3

BACKGROUND I Laboratori Analisi e le Radiologie nell'ASL TO3 afferiscono al Dipartimento dei Servizi Diagnostici e sono strutture che, alla luce della nuova riorganizzazione Aziendale e di alcune DGR regionali, stanno vivendo un intenso processo di trasformazione organizzativa. Tale processo si è concretizzato in primo luogo nella costituzione di un importante aggregato di operatori (circa 350). Parliamo di "aggregato" proprio per distinguerlo, almeno nella fase costitutiva, da un sistema operativo e funzionale che invece resta il vero obiettivo gestionale di queste operazioni di riorganizzazione. Infatti tali trasformazioni organizzative non sono e non possono essere trattate come banali sommatorie aritmetiche persone o strutture, ma vanno gestite a partire dalla revisione dei processi di lavoro, ma soprattutto dalla gestione dei climi e dell'ambiente di lavoro che spesso sono attraversati da preoccupazione, diffidenza, frustrazione e demotivazione soprattutto se prevale il non coinvolgimento o la scarsa informazione e quindi comprensione degli eventi. Da qui la decisione del nuovo Direttore del Dipartimento di sostenere i molti professionisti stanchi e in parte anche demotivati cercando di coinvolgerli rendendoli partecipi di un processo di cambiamento sicuramente necessario e forse non desiderato, ma aperto a potenzialità e possibilità.

OBIETTIVI • Sviluppare resilienza e partecipazione ai processi di cambiamento • Definire un'identità di dipartimento attraverso la conoscenza reciproca di tutti gli operatori al fine di superare diffidenze e pregiudizi • Promuovere pensiero positivo ed aumentare il senso di appartenenza • Acquisire suggerimenti pratici per un miglioramento organizzativo condiviso.

METODI Sono stati quindi progettati prima a livello di laboratori e poi a livello dipartimentale percorsi di formazione blended (in aula e sul campo) attraverso i quali si è potuto condividere esperienze, preoccupazioni, sentimenti ed idee e sono stati stimolati a collaborare attivamente alla realizzazione di un nuovo modello organizzativo di laboratorio Spoke e del piano di attività dipartimentale per l'anno 2017. Nella fase iniziale sono stati individuati 12 referenti dipartimentali per la formazione che sono stati formati nell'utilizzo della tecnica del METAPLAN, strumento che permette la visualizzazione di una discussione permettendo di raggiungere un'opinione di gruppo in linea con un mandato. La tecnica permette a tutti i partecipanti di esprimere la propria opinione senza condizionamenti o prevaricazioni in maniera interattiva oltre che a disporre di un gran numero di pareri in tempi molto ridotti. Il primo percorso relativo al laboratorio è iniziato con la condivisione di un nuovo approccio alla medicina di laboratorio orientato alla promozione della salute più che alla produzione e alla costruzione di un nuovo modello di laboratorio di territorio per il territorio. Successivamente il processo di coinvolgimento sulla riorganizzazione e promozione della resilienza si è esteso con uno specifico percorso formativo che ha coinvolto molti degli operatori del Dipartimento. Hanno aderito al progetto 120 operatori che sono stati suddivisi in 6 moduli di 2 mezzeggiate ciascuno e ad ogni gruppo è stata assegnata una coppia dei tutor precedentemente formati. Per questo nuovo percorso i gruppi di lavoro hanno utilizzato il Metaplan per rispondere a 3 specifiche domande: • Che cosa è il dipartimento oggi • Quali caratteristiche per il nuovo dipartimento • Come fare per avere queste caratteristiche: (chi, dove, come, quando e altro) Alla conclusione delle giornate formative sono stati organizzati 2 incontri in plenaria per condividere i risultati e procedere alla stesura del piano di attività/miglioramento. A tutti gli incontri sono stati invitati i Direttori ed i Coordinatori delle Strutture.

RISULTATI I partecipanti, superato un primo momento di diffidenza, hanno lavorato in un clima sereno condividendo ansie, problemi ed insieme hanno proposto iniziative e progetti per sviluppare insieme una strategia dipartimentale capace di valorizzare tutte le professionalità pur in un contesto di incertezza e di grandi cambiamenti. Nell'ambito delle plenarie si è evidenziato come gli incontri hanno sicuramente migliorato il clima anche grazie al coinvolgimento di tutti gli operatori che hanno avuto occasione di avere informazioni precise rispetto alle loro incertezze.

LIMITI La centratura sulle criticità interne ha in parte filtrato l'attenzione e quindi non ha consentito di prendere in maggiore considerazione quelle relative al rapporto con altri servizi in particolare rispetto alle visioni e ruoli della medicina dei servizi.

CONCLUSIONI Nonostante la notevole diffidenza in fase iniziale e la difficoltà nel confrontare realtà che pur essendo parte dello stesso dipartimento sono completamente diverse sia per tipo di lavoro sia per obiettivi ed organizzazione, il metodo adottato di condivisione di obiettivi e idee e progetti è risultato essere un grande collante all'interno della realtà dipartimentale. Inoltre il coinvolgimento ha permesso a tutti di esprimere le proprie idee e i propri suggerimenti ed insieme il gruppo ha partecipato attivamente alla realizzazione del proprio piano di lavoro valorizzando ogni singola professionalità ed aumentando notevolmente un forte senso di appartenenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Presutti Michele, Psicologo
ASL TO3 - S.C. Ricerca e Formazione
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 - Collegno
Email: mpresutti@aslto3.piemonte.it

37. Potenziare le competenze e la consapevolezza del cittadino nell'accesso ai servizi sanitari e di tutela della salute

Cavallo Maria Rita, Presutti Michele

ASL TO 3

BACKGROUND L'ASL TO3 da sempre pone la qualità al centro di una strategia sistemico-organizzativa ed ha assunto come propri gli 8 principi del TQM tra cui l'orientamento al cliente. In quest'ottica e in un contesto regionale che vede il suo fulcro nella razionalizzazione del sistema sanitario attraverso il modello Hub e Spoke, l'ASL TO 3 ha sviluppato, con il coinvolgimento del personale operante nelle varie strutture, un modello di governance orientato sui servizi di comunità sviluppando strategie di empowerment e di health literacy per rendere il cittadino sempre di più un protagonista competente rafforzando le attività di prevenzione, di monitoraggio e verifica della qualità dei servizi erogati, di riorganizzazione dei servizi di cura e di promozione dell'integrazione socio-sanitaria. Sulla base di questi principi e strategie si è sviluppato a partire dal 2013 questo progetto attraverso due iniziative parallele sinergiche tra loro: la prima finalizzata al coinvolgimento del Cittadino sul controllo della propria salute attraverso lo sviluppo di competenza e consapevolezza sui limiti e vantaggi reali delle prestazioni che richiede, la seconda alla costruzione di un sistema di valutazione della qualità delle strutture ospedaliere da parte del Cittadino utilizzando quindi il suo punto di vista come osservatorio fondamentale sull'organizzazione.

OBIETTIVI – Rispondere non solo ai bisogni sanitari, ma anche e soprattutto ai bisogni di salute; – Educare il Cittadino ad una scelta competente e consapevole nell'accesso ai servizi sanitari; – Condividere il concetto di appropriatezza soprattutto rispetto alle attese di prescrizione di presidi sanitari; Coinvolgere i Cittadini nella valutazione dei servizi evidenziandone le eventuali criticità ed implementando congiuntamente azioni di miglioramento adeguate.

METODI – Incontri con la popolazione organizzati con associazioni di pazienti e con i sindaci del territorio in merito alla accessibilità ai servizi e alle indicazioni relative all'appropriatezza prescrittiva di esami di laboratorio. – Valutazioni congiunte Azienda e Associazione Cittadinanza Attiva con l'individuazione di equipe locali composte da Cittadini ed Operatori sanitari per lo svolgimento degli audit attraverso la checklist predisposta a livello regionale per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero Pinerolo e Rivoli; 144 item che hanno permesso di valutare 4 aree: • Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona • Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura • Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza • Cura della relazione con il paziente e con il cittadino – Eventi informativi sulla prevenzione di malattie croniche quali ictus, ipertensione e diabete con prove di laboratorio e consulenza su referti Attivazione di "punti assistiti" per prenotazioni e ritiro referti in farmacie, comuni e case di riposo.

RISULTATI • Attivati 70 "punti assistiti" • Realizzate 32 iniziative di prevenzione di stati di non salute dovuti a patologie croniche e di promozione salute dal 2013 ad oggi • 8 incontri con la popolazione • 2 Valutazioni congiunte Azienda Cittadinanza Attiva e verifica delle azioni correttive: In ogni audit si sono rilevate criticità e per ognuna individuate e temporizzate adeguate azioni correttive in 2 piani di miglioramento oggetto di successive 2 valutazioni. Per quanto riguarda l'Ospedale di Pinerolo tutte le criticità rilevate sono state risolte con specifiche azioni di miglioramento avviate dalla cabina di regia regionale. Il presidio di Rivoli, valutato ultimamente, ha condiviso in ambito di equipe locale le criticità evidenziate. Queste sono state inserite in specifico piano di miglioramento approvato dal Collegio di Direzione che è in fase di adozione con specifica delibera aziendale che ne prevede la messa in azione entro fine 2016.

LIMITI Estensione del territorio ed il coinvolgimento dei professionisti nei festivi e nelle attività serali alla luce della legge 161 sull'orario di lavoro. Difficoltà di reperimento di volontari per la costituzione delle equipe locali da parte di Cittadinanza Attiva a cui si pensa di ovviare con una maggior pubblicizzazione dell'esperienza tramite i sindaci e con il coinvolgimento di altre associazioni.

CONCLUSIONI La preparazione del progetto e il lavorare insieme per le valutazioni congiunte o la preparazione delle iniziative pubbliche ha sicuramente rafforzato ulteriormente i rapporti con i cittadini generando un clima di reciproca stima, fiducia e collaborazione ed ha incrementato ulteriormente l'attenzione alle iniziative di umanizzazione e alla partecipazione del cittadino utente. Il coinvolgimento anche di importanti stakeholder ed opinion leader del territorio come alcuni MMG e i sindaci che sono stati coinvolti nelle diverse iniziative ha promosso una cultura della partecipazione e della condivisione delle scelte sull'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari.

Indirizzo per la corrispondenza

Presutti Michele, Psicologo
ASL TO3 - S.C. Ricerca e Formazione
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 - Collegno
Email: mpresutti@aslto3.piemonte.it

38. Fruibilità e la qualità delle informazioni dell'Area Internet del DSP: un progetto di miglioramento

Celenza Francesca, Bianco Lauro, Domina Rosa

Ausl Bologna

BACKGROUND Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna veicola le notizie relative all'attività dei Servizi e informazioni utili all'utenza tramite la propria area web all'interno del sito aziendale. La complessità, la diversificazione e la quantità di materiale prodotto dal DSP necessita di una struttura organizzativa in grado di monitorare costantemente le informazioni prodotte e porre in atto azioni di miglioramento continuo.

OBIETTIVI Valutare la fruibilità e la qualità delle informazioni contenute nella diverse sezioni intranet ed internet del DSP. Mettere in atto azioni di miglioramento se necessario. Redazione/formalizzazione di una procedura dipartimentale sul dettaglio metodologico e organizzativo della gestione delle pagine web DSP.

METODI Lo sviluppo e l'attuazione di una indagine sulla qualità percepita (IQP) sugli utenti afferenti al DSP ha fatto emergere che il 17.5% delle persone monitorate hanno utilizzato internet (verso il 49% a livello nazionale), 80.7 % delle persone che si sono informate tramite internet ritengono sia facile totalmente o in parte (85% in Italia), utile 19.3% (76%). Da qui la necessità di mettere in atto un progetto di miglioramento finalizzato ad aumentare la fruibilità mediante la riorganizzazione dei contenuti utilizzando il punto di vista dell'utente creando aree tematiche/di interesse; Tale azione ha reso necessario un coordinamento tra i referenti web per valutare lo stato dell'arte e pianificare/verificare l'implementazione e l'aggiornamento delle articolazioni definite; Da qui la costituzione e formalizzazione del Gruppo WEB per la condivisione nel gruppo delle linee progettuali e definizione del piano di lavoro, la costruzione nuova architettura informatica delle Aree. Inoltre si è resa necessaria la Redazione/formalizzazione di una procedura per chiarire come, all'interno delle diverse funzioni, gli incaricati debbano operare, attenendosi a ben precisate indicazioni, per partecipare - in modo ripetibile - allo svolgimento di tutte le attività inerenti un particolare processo. Tutte le tappe del percorso sono state funzionali, nell'area della comunicazione, al Processo di accreditamento del DSP conclusosi nel dicembre 2016.

RISULTATI È stato messo a regime un sistema di monitoraggio semestrale per l'analisi degli accessi all'area web DSP mediante AWStat, software open source basato su file di LOG, stringhe di testo con informazioni sul singolo accesso garantendo conteggi statistici accurati. All'interno del gruppo web è stata adottata sia una strategia di comunicazione che dei criteri redazionali maggiormente orientati verso il punto di vista dell'utente e, pertanto, rispettare i criteri di usabilità e accessibilità del sito. È stata curata la semplificazione della struttura dell'informazione, facilitata la comprensibilità del contenuto e contestualizzate (temporalmente) le informazioni e i documenti pubblicati sul sito. Inoltre si è semplificato il livello di navigabilità del sito limitando i "click" e si è orientata la scelta verso testi sintetici anche attraverso il ricorso all'ipertesto e al collegamento a documenti in download. La pubblicazione della Procedura Dipartimentale P 009 6100 "Gestione comunicazione sezione WEB DSP" ha favorito la messa a regime di un sistema definito con dettaglio metodologico e organizzativo per la gestione delle aree web di competenza con rispettivi compiti e responsabilità.

LIMITI L'area web del DSP, composta da più di 300 pagine e 8489 elementi che includono file allegati, ipertesti ed immagini, ha richiesto l'impiego di maggiori risorse anche per rispettare i canoni di Accreditamento. Si è quindi ipotizzata la necessità di proseguire il progetto di miglioramento per il 2017/18. attuando in parallelo una formazione più approfondita sulla Piattaforma operativa utilizzata.

CONCLUSIONI L'importanza della comunicazione web orientata all'utenza rende indispensabile la valutazione della fruibilità e della qualità delle informazioni contenute nella diverse sezioni, da qui l'ipotesi della realizzazione e messa a regime di strumenti per la misurazione della customer satisfaction. I risultati saranno la base per la progettazione e realizzazione di un nuovo sistema di comunicazione web in grado di gestire le informazioni e di diffonderle in maniera efficace ed efficiente non tralasciando il canale dei nuovi device.

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

39. Prevenzione clinico farmacologica della nefropatia da mezzo di contrasto: realizzazione di un database elettronico di ausilio alla pratica clinica

Cenci Cristina, Aurelia Petrini, Marco Ciuffetti, Ivana Battistini

Ospedale "San Matteo degli Infermi" di Spoleto - USL Umbria 2

BACKGROUND La nefropatia da mezzo di contrasto (CIN o CI-AKI), rappresenta la terza causa di insufficienza renale acquisita in ospedale e si associa ad un aumento significativo della durata del ricovero, dei costi relativi all'assistenza e della mortalità sia a breve che a lungo termine. Negli ultimi anni è infatti aumentato di molto l'utilizzo del mezzo di contrasto (mdc) negli esami diagnostici, ed è variata la tipologia di pazienti che lo ricevono, dal momento che sempre più spesso tali pazienti hanno età avanzata, insufficienza renale preesistente, numerose co-morbidità ed possono essere in trattamento con farmaci nefrotossici, tutti fattori che aumentano il rischio di CIN. In assenza di fattori di rischio (FR) non vi sono precauzioni particolari da mettere in atto al momento dell'esecuzione dell'esame per prevenire l'insorgenza di CIN, mentre se questi ultimi sono presenti nel paziente, è opportuno mettere in atto adeguate contromisure che devono essere conosciute e standardizzate sulla base delle migliori evidenze disponibili in letteratura.

OBIETTIVI Fornire una sintesi esaustiva delle migliori evidenze scientifiche disponibili in letteratura, per proporre un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) sulla prevenzione della CIN e realizzare un database informatizzato che faciliti l'applicazione delle raccomandazioni contenute nel PDTA allo scopo di: ridurre il rischio di CIN nel singolo paziente; adottare le stesse misure preventive per classi omogenee di pazienti; uniformare i comportamenti dei medici radiologi che operano nei diversi ospedali della ASL; ridurre il rischio professionale degli stessi medici; evitare che il paziente venga reinviato al domicilio perchè non adeguatamente preparato all'esecuzione dell'esame con mdc in presenza di FR; condividere con il medico di medicina generale le informazioni cliniche dei pazienti ambulatoriali; ridurre il numero di consulenze nefrologiche per pazienti con ridotta clearance della creatinina che devono essere sottoposti ad esame diagnostico con mdc; implementare i dati sulla casistica della USL Umbria 2.

METODI Nell'ambito del piano formativo aziendale è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale al quale hanno partecipato medici, infermieri e tecnici dei servizi di medicina, nefrologia e radiologia. Le ore di formazione sono state utilizzate per ricercare le evidenze, valutarle in maniera critica con lo strumento AGREE II, scegliendo quindi le LG di riferimento per la realizzazione del PDTA e del database informatizzato. Quest'ultimo è stato realizzato grazie alla consulenza del referente informatico aziendale.

RISULTATI Dall'analisi delle LG selezionate sono state individuate dal gruppo di lavoro 4 fasi operative per la prevenzione clinico farmacologica della CIN che sono: la pianificazione delle indagini contrastografiche; l'individuazione dei FR e la stratificazione del rischio; l'attuazione delle misure preventive consistenti nella sospensione dei farmaci potenzialmente nefrotossici, idratazione, utilizzo di farmaci protettivi, scelta del mdc; follow-up. Ciascuna fase operativa è stata descritta nel PDTA secondo la sequenza logica delle azioni da intraprendere e tradotta dal consulente informatico in un supporto informatizzato avente le seguenti caratteristiche: web based, DB open source, con tre livelli di utente separati (amministratore, medico, operatore), anagrafe agganciata all'anagrafe aziendale, gestione dei reparti in accordo con le tabelle aziendali, elenco dei medici prescrittori dall'anagrafe medici aziendale, gestione multischeda, funzioni avanzate di ricerca dei pazienti e delle schede, immissione dati nelle schede personalizzabili dall'utente, gestione obbligatoria dei campi dei forms, produzione del modulo di consenso informato da consegnare al paziente al momento della validazione dei forms, con indicato il livello di rischio di CIN, unitamente ad un pdf contenente le eventuali misure preventive che il paziente deve mettere in atto.

LIMITI Nonostante la direzione aziendale abbia condiviso e favorito la modalità di lavoro portata avanti dal gruppo multidisciplinare e multiprofessionale dell'Ospedale di Spoleto, non è stato possibile per motivi economici, finanziare la realizzazione completa del database informatizzato che è stato utilizzato solo in sessioni simulate, dal gruppo di lavoro stesso e dai radiologi dei diversi presidi ospedalieri della ASL.

CONCLUSIONI Gli autori sottolineano la positiva esperienza portata avanti nell'ambito del progetto formativo aziendale che ha permesso di realizzare uno strumento informatico di ausilio alla pratica clinica, semplice da utilizzare e costruito partendo da robuste evidenze che avrebbe potuto standardizzare le richieste di esami strumentali in tutti gli ospedali della ASL e sul territorio, permettendo di monitorare l'attività clinica e di apportare misure correttive al percorso diagnostico terapeutico assistenziale se evidenziato dagli indicatori di processo ed esito individuati e informatizzati.

Indirizzo per la corrispondenza

Cenci Cristina, Medico Chirurgo
Ospedale Civile di Spoleto - San Matteo degli Infermi - U.O. Medicina
Via Loreto, 3 - 06049 - Spoleto
Email: cryscenci73@yahoo.it

40. Progetto Gastropack: un nuovo modello di specialistica ambulatoriale

Ceroni Liza, Descovich Carlo, Restino Gennaro, Baldassarre Vita Nunzia, Macchia Sandro, Cennamo Vincenzo

Azienda USL Bologna

BACKGROUND Il sistema della specialistica ambulatoriale basato sulla domanda ed offerta di prestazioni ha evidenziato più criticità tra le quali la possibile deriva verso un consumismo sanitario, laddove ad una data numerosità di prestazioni erogate non corrispondano altrettanti reali bisogni clinici-assistenziali. Le Aziende recependo il problema sono oggi alla ricerca di efficaci strumenti di gestione della propria produzione sanitaria, con l'obiettivo di garantire altresì al decisore pubblico la costante verifica della performance in Sanità. I limiti del sistema legato alle leggi di mercato tra prestazioni richieste ed offerta in sanità sono oggetto di critiche secondo più prospettive. Una di queste è la crisi completa che il sistema di prenotazione CUP ha creato nella relazione tra la categoria di prescrittori (MMG) ed erogatori (Specialisti).

OBIETTIVI Il progetto Gastropack è un modello organizzativo di accesso alla specialistica ambulatoriale gastroenterologica e di presa in carico dell'assistito basato sulla relazione diretta clinica tra MMG e Specialista.

METODI I metodi con cui il sistema è organizzato constano di • Relazione interdisciplinare tra MMG e Specialista mediante contatto personale, telefonico o comunicazione mediante sistema informatico garante della tutela della privacy (Software Regionale Filo Diretto) • Accesso al sistema mediante codifica della sintomatologia del paziente • Decisione congiunta del percorso diagnostico del paziente • Presa in carico dell'assistito diretta e autonoma (extra CUP) con programmazione di una o multiple prestazioni gastroenterologiche di 1° livello, in modo tale che l'assistito possa avere il vantaggio di eseguire più prestazioni per singolo accesso al Servizio • Tracciabilità delle scelte terapeutiche e le risultanze mediante sistema informatico garante della tutela della privacy (Software Regionale Filo Diretto) e Sistema di refertazione aziendale (Software Polaris) interfacciato con i MMG nell'ambito del progetto regionale SOLE. • Chiusura del percorso mediante codifica di specifica diagnosi. • Concluso il percorso gastroenterologico con una diagnosi l'assistito viene riaffidato al MMG. Nel caso in cui invece emerga una patologia complessa viene indirizzato ai Centri Hub di 2° livello con presa in carico diretta. Il sistema ha una apertura oraria di 36 ore settimanale destinate a coprire le esigenze del Distretto di Porretta e Vergato costituito da 57000 abitanti e 39 MMG. Impiega un pool di 4 Specialisti gastroenterologi, 3 infermieri/2 OSS su 2 sedi erogative (Ospedali di Porretta e Vergato). Le prestazioni erogate comprendono: Visite, Ecografie delle anse intestinali, Ecografie dell'addome superiore, EGDS, Colonscopie. Il sistema sostituisce le agende precostituite di prestazioni direttamente programmabili da CUP a fronte di agende di slot orari comparabili in modo diversificato a seconda delle esigenze con le sopraccitate prestazioni, eventualmente accorpabili in più prestazioni per accesso dell'utente.

RISULTATI Il progetto Gastropack è attivo da Maggio 2016. L'analisi dei dati comprende i primi 3 mesi di attività. 235 sono stati i pazienti gestiti, 143 di sesso femminile, 92 di sesso maschile, oltre il 70% dei casi con età superiore a 50 anni. Sono state eseguite un totale di 671 prestazioni, osservando un n° di esami non invasivi (visite, ecografia addome superiore e ecografia delle anse intestinali) pari a 491 (rispetto a 180 esami endoscopici), con una media di prestazioni alla diagnosi pari a 3.2. Nel 68% dei casi sono state eseguite > 2 prestazioni a paziente per singolo accesso. Il tempo medio da 1° contatto a 1° accesso è risultato pari a 24 giorni; il tempo medio alla diagnosi è risultato pari a 50 giorni. Il numero totale di diagnosi è pari a 311, con un n° di diagnosi procapite pari a 1.36. Il numero di patologie funzionali è risultato pari a 20%. Il no-show rate è invece pari a 2%.

LIMITI Al momento l'analisi è limitata ai primi 3 mesi di attività, tuttavia il progetto è ancora in corso.

CONCLUSIONI I primi 3 mesi di attività del Gastropack sembrano evidenziare risultati promettenti. Per quanto il confronto con il sistema preesistente risulti complesso (venivano erogate solo prestazioni endoscopiche con prenotazione via CUP), possiamo comunque evidenziare un tasso di non presentazione del Gastropack sensibilmente più basso rispetto allo stesso trimestre del 2015 (2% vs 20%). I tempi di presa in carico risultano inferiori a 1 mese, riuscendo a rispettare i 7 gg nel caso di sintomi di allarme. Nel 68% dei casi l'assistito è riuscito ad eseguire più di una prestazione per accesso, con conseguente vantaggi anche sui tempi di diagnosi. Per quanto riguarda invece le diagnosi si è osservato una percentuale di patologia funzionali limitate rispetto al numero di patologie organiche riscontrate.

Indirizzo per la corrispondenza

Ceroni Liza, Medico Chirurgo
Ospedale di Bologna - Maggiore C.A. Pizzardi - Gastroenterologia OB e Area Metropolitana
Largo Nigrisoli, 2 - 40133 - Bologna
Email: liza.ceroni@gmail.com

41. ISPED CARD (Clinical Registry for Diabetes)

Cerutti Franco¹, Pricci Flavia², Roazzi Paolo², Gruppo Di Lavoro Isped Card³, Cherubini Valentino

¹Università di Torino, ²Istituto Superiore di Sanità di Roma, ³Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND Il diabete mellito è una malattia cronica in costante aumento, inclusa l'età pediatrica. In Italia, nel 2012 la prevalenza del diabete tipo 1 al di sotto di 18 anni era di 1,4/1000 soggetti. Nel decennio 2004-2013 nell'Italia Peninsulare l'incidenza al di sotto di 14 anni era 14.5/100.000 anni-persona nei maschi e 13.1 nelle femmine; in Sardegna 41.8 nei maschi e 42 nelle femmine rispettivamente. Nello stesso decennio su oltre 9.000 dimostrava che oltre il 40% si presentava alla diagnosi con la chetacidosi diabetica (DKA), condizione grave, che mette a rischio di danni permanenti il paziente, richiede ricovero ospedaliero e genera costi elevati. La modificazione degli stili di vita sta provocando un aumento di casi di diabete tipo 2 in età pediatrica. D'altra parte l'affinamento delle tecniche diagnostiche e delle conoscenze scientifiche hanno consentito di individuare forme di diabete monogenico, alcune delle quali erano considerate prima erroneamente come diabete tipo 1 o tipo 2. In alcuni Paesi sono stati intrapresi da tempo i registri clinici, strumenti che permettono di raccogliere dati utili al benchmarking. Grazie ai registri si possono monitorare i processi e i risultati della gestione clinica, migliorare le strategie di cura, controllare la spesa e far in modo che l'accesso alle cure sia omogeneo in tutto il Paese. A oggi non esiste in Italia un registro clinico nazionale per il diabete in età pediatrica.

OBIETTIVI Scopo di questo progetto è di disporre di dati epidemiologici nazionali sul diabete in età pediatrica che consentano di individuare indicatori di processo e di esito su cui intervenire per migliorare l'assistenza e individuare le popolazioni a rischio di complicanze e quelle più esposte alla fragilità.

METODI La Società Italiana di Diabetologia Pediatrica (SIEDP/ISPED), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), intende di realizzare un registro clinico per il diabete in età pediatrica (0-18 anni), la cui attuazione è iniziata nel 2015 con l'individuazione di un gruppo di studio dedicato. Sono state raccolte le informazioni relative ai centri diabetologici pediatrici coinvolti, individuati gli indicatori ed esaminata la modalità di raccolta dei dati e il loro flusso di trasmissione. Si è scelto di usare una metodologia partecipativa con un approccio bottom-up, per piccoli passi. Attraverso un questionario inviato a tutti i componenti della SIEDP è stato richiesto l'interesse al progetto, l'intenzione alla partecipazione del centro di appartenenza, il tipo di supporto informatico attualmente usato. Basandosi sulle linee guida dell'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), sulle raccomandazioni SIEDP, e sulle esperienze di registri clinici internazionali, il gruppo di studio ha individuato gli indicatori di procedura e di esito.

RISULTATI La risposta al questionario è arrivata da parte del 99% dei pediatri diabetologi della SIEDP. I risultati hanno evidenziato la disponibilità alla partecipazione da parte di tutti i centri di diabetologia pediatrica. Il 48,6% di essi usava regolarmente la cartella clinica informatizzata MyStarConnect, il 11,1% un sistema informatico dedicato selezionato dalla Azienda Ospedaliera/Territoriale di appartenenza, il 27,8% un sistema informatizzato non dedicato del tipo di Access o Excel o altro, il 12,5% non aveva un sistema informatizzato di raccolta dati. Al momento attuale, si è deciso di non individuare una cartella informatizzata unica, ma di lasciare la possibilità a tutti di usare quella ritenuta più adeguata alla propria realtà locale. La raccolta dati inizierà nel 2017. Come supporto per il trasferimento dati locali al database nazionale sono state selezionate le seguenti possibilità: file csv, access, altro. Tutti i dati saranno trasferiti in forma anonima e individuabili solo con un codice a disposizione del centro di appartenenza.

LIMITI I principali limiti dello studio sono legati alla sua fase iniziale. Non tutti i centri potrebbero riuscire a inviare i dati fin dall'inizio della raccolta. Inoltre, una parte dei dati sarà di tipo retrospettivo e una prospettico.

CONCLUSIONI Il registro clinico per il diabete in età pediatrica permette l'osservazione longitudinale dei pazienti, restituendo preziose informazioni sulle procedure e sugli esiti. I primi risultati dello studio confermano la grande partecipazione di tutti i centri italiani e individuano un dataset in linea con l'approccio clinico semplice e al tempo stesso completo. L'analisi periodica dei dati del registro consentirà di verificare l'affidabilità e la sostenibilità dell'assistenza ai bambini e adolescenti con diabete nel corso degli anni e costituirà un database estremamente utile nel momento del passaggio dei ragazzi alla diabetologia dell'adulto. Esso sarà anche strumento di grande valore per la decisione sull'allocatione delle risorse.

*Bonfanti R, D'Annunzio G, Delvecchio M, Frongia A, Iafusco D, Lombardo F, Mammi F, Rabbone I, Schiaffini R, Toni S, Tumini S, Zucchini S.

Indirizzo per la corrispondenza

Cherubini Valentino, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - SOD Diabetologia Pediatrica
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: v.cherubini@univpm.it

42. "Alcmeone": innovativa architettura organizzativa e avanzata piattaforma tecnologica di servizi a supporto dell'integrazione dei percorsi di assistenza e cura del paziente cefalalgico

Conforti Domenico¹, Iannacchero Rosario²

¹Dipartimento di Ingegneria Meccanica, Energetica, Gestionale, Università della Calabria, ²SOC Neurologia, A.O. CZ "Pugliese-Ciaccio"

BACKGROUND La Cefalea è una patologia ad alta prevalenza, classificata quale patologia neurologica maggiormente disabilitante, quando si consideri l'attesa di vita corretta per disabilità. I costi generati dalla patologia non sono irrilevanti, sia quelli di tipo diretto, cioè legati all'impiego di risorse per la prevenzione, diagnosi e cura, sia quelli di tipo indiretto, che riguardano cioè la ridotta capacità lavorativa e i giorni di lavoro persi a causa della malattia. Sembra, pertanto, evidente che attraverso il disegno e lo sviluppo di architetture organizzative innovative per quanto riguarda i percorsi integrati di assistenza e cura e il supporto di servizi tecnologici avanzati, si contribuisce a migliorare gli indicatori di appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate, maggiore efficacia degli interventi e, di conseguenza, un incremento del benessere complessivo della popolazione.

OBIETTIVI L'iniziativa di ricerca denominata ALCMEONE intende disegnare, sviluppare e applicare una innovativa Piattaforma Tecnologica di Servizi a supporto della efficace ed efficiente Gestione Clinica Integrata dei Pazienti Cefalalgici. In particolare, ALCMEONE indirizza la propria attenzione nella realizzazione di un "ecosistema" integrato fortemente collaborativo e cooperativo che, attraverso l'acquisizione, l'integrazione, l'elaborazione di dati, informazione e conoscenza clinico-sanitaria, fornisce un appropriato supporto informativo-decisionale a tutti gli "attori" (pazienti ed operatori sanitari) del complesso sistema di assistenza e cura che caratterizza il dominio clinico delle Cefalee ed Emicranie.

METODI ALCMEONE fa riferimento, come approccio metodologico, ai più recenti e innovativi modelli di "Integrated Care" che, partendo da una visione fortemente "paziente-centrica" nell'erogazione dei servizi sanitari, articola ed organizza quest'ultima attraverso livelli di assistenza e cura "concentrici" e via via più complessi in termini di processi clinici (diagnosi, prognosi, terapia) e che si dispiegano nei vari ambienti di cura ("home care", "primary care", "secondary care"). In particolare, nel caso del dominio clinico delle Cefalee ed Emicranie, l'architettura organizzativa viene articolata secondo i seguenti livelli: • il livello della Medicina di Base e della Specialistica Ambulatoriale (che trova attuazione, ad esempio, nelle UCCP - Unità di Cure Complesse Primarie e nelle AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali), per il primo inquadramento diagnostico, il primo trattamento e la gestione della continuità di cura; • il livello della Medicina Specialistica Ospedaliera, per l'approfondimento diagnostico e la personalizzazione dei trattamenti terapeutici; • il livello della Medicina Specialistica Avanzata (III livello) per la gestione dei casi complessi con comorbidità, attraverso lo strumento del Day Service Specialistico. Secondo le più recenti e aggiornate linee guida e migliori pratiche cliniche a livello internazionale, un PDTA elettivo per le Cefalee ed Emicranie può essere organizzato in percorsi di cura specifici in base alla stadiazione delle condizioni del paziente, articolati sulla base dei diversi processi clinici e che si attuano nei vari ambienti di assistenza e cura con gli operatori sanitari deputati al trattamento dei pazienti. Pertanto, l'architettura organizzativa del PDTA ALCMEONE si caratterizza per: • disegno e implementazione di percorsi di cura che integrano vari ambienti (Specialistico, Primario, Domiciliare) e che si distinguono in base alle condizioni del paziente relativamente al livello di cronicità; • identificazione degli attori del contesto, con definizione di ruoli e funzioni; • disegno e attuazione di meccanismi per sostenere approcci collaborativi e cooperativi tra gli attori; • gestione operativa delle risorse sanitarie complessivamente coinvolte; • pianificazione, produzione, erogazione dei servizi clinico-sanitari più appropriati.

RISULTATI Il modello organizzativo ALCMEONE e una versione prototipale della piattaforma tecnologica di servizi informativi-decisionali a supporto della gestione clinica integrata dei pazienti cefalalgici sono stati preliminarmente sperimentati in Calabria utilizzando la nascente "Rete delle Cefalee". La sperimentazione ha coinvolto 10 MMG, 3 Specialisti Neurologi territoriali, 1 Specialista Neurologo di terzo livello. Circa 200 pazienti sono stati coinvolti nello studio. I risultati ottenuti dimostrano un miglioramento degli indicatori di appropriatezza, con una sensibile riduzione degli accessi in PS e un maggior coinvolgimento dei MMG.

LIMITI I limiti principali riguardano, da un punto di vista organizzativo, nel coinvolgimento proattivo dei MMG. Da un punto di vista tecnologico, rimangono ancora aperte le questioni relative all'interoperabilità con i sistemi e i servizi attualmente esistenti in un'ottica di Fascicolo Sanitario Elettronico.

CONCLUSIONI L'innovazione nei modelli organizzativi e il supporto delle tecnologie può migliorare le prestazioni dei servizi sanitari.

Indirizzo per la corrispondenza

Conforti Domenico, Ingegnere
Università della Calabria - Nessuna
Via Pietro Bucci - 87036 - Rende
Email: mimmo.conforti@unical.it

43. Il salasso: una pratica antica per un moderno ruolo dell'infermiere

Cotichelli Giordano¹, Cioffi Davide², De Luca Walter²

¹ASUR Marche Area Vasta 2 Ancona, ²Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND Quando parliamo di salasso ci riferiamo ad una delle pratiche terapeutiche più antiche nella storia dell'umanità. Non a caso fu proprio il padre della medicina Ippocrate, intorno al V secolo a.C., a garantirne larga diffusione nel mondo antico, in particolare quello greco, attraverso la formulazione della teoria degli "umori". Da allora per innumerevoli secoli, fino alla prima metà del '900, prevalse l'ideologia secondo la quale ciascuno dei liquidi presenti nei diversi comparti dell'organismo umano, gli "umori" per l'appunto, dovesse essere in sintonia con gli altri e non sovrabbondare oltre i propri limiti, determinando la malattia. Il salasso sarebbe quindi servito per drenare la pletora e riportare l'equilibrio, la salute. Oggi la salasso-terapia è diventata una pratica affermata, basata su solide evidenze di efficacia clinica. Il suo utilizzo è frequente nel trattamento delle patologie da sovraccarico di ferro, come l'emocromatosi e la policitemia, dove rappresenta un intervento imprescindibile per garantire la sopravvivenza dell'individuo. Con la modificazione dell'organizzazione dei servizi sanitari nel territorio italiano il salasso ha incontrato, insieme alle professioni addette alla sua realizzazione, nuovi campi di applicazione, passando da un contesto ospedaliero ad uno territoriale, quindi ambulatoriale. L'evoluzione del background clinico della pratica si è realizzata in piena sintonia con le nuove direttive sanitarie nazionali: riduzione dei costi, semplificazione nella cura della salute e maggiore vicinanza dei servizi alla realtà sociale dei pazienti. Di conseguenza è emersa sempre più la figura infermieristica nel processo terapeutico.

OBIETTIVI Lo studio seguente vuole quindi sostenere l'importanza assunta dall'infermiere nello svolgimento della salasso-terapia, in correlazione all'odierno contesto organizzativo, paragonandola alla dimensione storica della professione.

METODI L'approfondimento culturale sul salasso è stato realizzato mediante la consultazione di testi nella biblioteca informatizzata "Google Libri", ed attraverso la lettura di articoli scientifici, indicizzati sulle piattaforme "PubMed" e "Scholar Google". Su queste basi ha preso il via lo studio retrospettivo presso l'ambulatorio infermieristico dell'Ospedale "Maria Montessori" di Chiaravalle. L'indagine si è concentrata sul quadriennio 2013-2016: la scelta di questo periodo è stata doverosa in quanto precedentemente l'attività non era ancora affermata presso il servizio. La documentazione clinica dei pazienti sottoposti a salasso è stata analizzata in termini di età, patologia, pressione arteriosa, ematocrito ed eventi avversi. I dati sono stati raccolti in schede strutturate al fine di garantire il rispetto della privacy e dei dati sensibili delle persone coinvolte. I risultati sono stati quindi collegati con quelli delle osservazioni partecipate e dell'intervista al personale infermieristico.

RISULTATI Gli utenti afferiti al servizio nel quadriennio di riferimento sono 46, ripartiti fra 42 uomini e solo 4 donne, per un totale di 165 accessi ed una frequenza di circa 3,60 accessi a persona. La suddivisione in classi d'età dell'utenza mostra che la maggioranza è concentrata nella fascia d'età superiore ai 65 anni, per una media assestata intorno ai 69,45 anni. Durante l'analisi delle cartelle cliniche abbiamo registrato i valori dell'ematocrito di ogni paziente, calcolando una media del 51,39%. La variazione pressoria media, tra inizio e fine procedura, è risultata essere di 10 mmHg sia per sistolica che per diastolica, tranne tre casi di ipotensione. Dal punto di vista numerico si è verificato, presso l'ambulatorio infermieristico, un incremento dell'800% degli accessi al servizio di salasso-terapia: si è passati da una media di 5 salassi del decennio 2003-2012 ad una di 40-50 salassi dell'ultimo quadriennio. La realtà sanitaria presa in considerazione, paragonata con un servizio centrale, dimostra come vi sia una progressiva diffusione dell'esercizio delle cure primarie, in questo caso del salasso, verso strutture territoriali del suburbio. Le interviste al personale addetto hanno invece evidenziato l'importanza che assume non solo l'esperienza connessa alla corretta applicazione dei protocolli, ma anche un'efficace relazione operatore-assistito, che si concretizza nella capacità di tranquillizzare il paziente e di ridurre le problematiche e nella formulazione di un quadro anamnestico veritiero.

LIMITI Ridotta numerosità campionaria e numero limitato di servizi presi in considerazione dall'indagine.

CONCLUSIONI In conclusione si può affermare che l'obiettivo dello studio è stato raggiunto attraverso la delineazione del ruolo infermieristico nel salasso. In aggiunta i dati analizzati confermano le indicazioni terapeutiche presenti in bibliografia, con valide ricadute sui pazienti e ambiti professionali di intervento validi sia per il raggiungimento di obiettivi assistenziali sostenibili sia per il miglioramento qualitativo degli outcomes assistenziali.

Indirizzo per la corrispondenza

Cioffi Davide, Infermiere

CONTATTI SENZA AZIENDA DI APPARTENENZA - Nessuna

- -

Email: mechanicorange@gmail.com

44. Quando l'ospedale incontra la medicina delle catastrofi

Cotticelli Federico¹, Comparcini Dania², Baglioni Isabella¹, Buccolini Mara¹, Garbuglia Giordano¹, Simonetti Valentina³, Torresi Elisa¹, Turri Giorgio¹, Vitali Roberta¹

¹ASUR Marche Area Vasta 3 Macerata, ²AOU Ospedali Riuniti "di Ancona", ³ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND Incidenti industriali, catastrofi naturali o più semplicemente un maxi-incidente stradale possono mettere in crisi la normale organizzazione di un Ospedale poiché si viene a creare una sproporzione tra necessità assistenziali e capacità di risposta sanitaria. Un afflusso eccezionale di feriti in Pronto Soccorso (PS), oltre che creare una evidente situazione di sovraffollamento in cui la domanda per i servizi di emergenza/urgenza supera ampiamente la disponibilità a prestare assistenza in un ragionevole lasso di tempo (overcrowding), incide sulla percezione di sicurezza di tutti i pazienti e può determinare paralisi dei servizi essenziali con innesco di potenziali situazioni ad altissimo rischio clinico. Pertanto, è necessario che ogni struttura ospedaliera sia in grado di programmare una risposta straordinaria ad eventi calamitosi, predisponendo piani per gestire nel modo più etico ed efficiente possibile l'emergenza.

OBIETTIVI elaborare e testare attraverso formazione e simulazioni una strategia condivisa di risposta Ospedaliera alle Emergenze, (PEIMAF - Piano Emergenza Massiccio Afflusso Feriti), per garantire il miglior risultato, in termini di morti evitabili e morbilità, relativamente allo standard previsto per la tipologia di evento.

METODI Per stilare un PEIMAF coerente ed applicabile sono necessari diversi passaggi, tenendo conto dei tre livelli da seguire in fase di progettazione/attivazione: Prevenzione: questo concetto oggi assume un ruolo fondamentale. Si basa su: • Analisi dei Rischi del Territorio: ogni evento catastrofico ha insita la peculiarità di produrre determinate tipologie di danni, e quindi specifici esiti sanitari. Conoscere i rischi tipici del territorio in cui si opera aiuta a calibrare il tipo di risposta. • Pianificazione della risposta: è il cuore della problematica e si basa su un assioma: nel momento dell'emergenza potremo contare solo su quanto sia stato programmato e previsto, ovvero: Piano d'emergenza: il piano, oltre a possedere le caratteristiche comuni a qualunque procedura o profilo assistenziale, deve avere come punti di forza condivisione, dinamicità, flessibilità, per far sì che sia conosciuto e testato da tutto il Personale e modellabile secondo le esigenze. Un PEIMAF dovrà integrarsi con i piani territoriali già esistenti (Regionali, comunali, CO 118). Formazione del Personale: deve essere continua e specifica, sia per sostenere il turnover del Personale che per tener vive problematiche che, auspicabilmente, non si affronteranno nell'immediato futuro. Predisposizione dei materiali: sarebbe poco saggio e antieconomico predisporre scorte con le quali gestire un PEIMAF. La maggior parte dei materiali dovranno rendersi disponibili solo al momento dell'attivazione del piano, attingendo ai beni dell'intera struttura ospedaliera (Monitor, respiratori, barelle ecc.). È in fase di costruzione del piano che tali beni dovranno essere individuati e chiaramente specificato come dovranno raggiungere le aree di trattamento. Solo una piccola parte di materiali specifici dovrà stazionare nel DEA, per l'allestimento delle aree di trattamento dei pazienti. Mitigazione ed Eliminazione del Danno: è la fase operativa del piano, ovvero la risposta sanitaria all'evento calamitoso. Ogni dettaglio sarà fondamentale per non aggiungere caos a quello che sarà inevitabilmente presente. Elaborazione: valutazione della risposta erogata, ricerca degli inevitabili errori e loro correzione. È anche la fase del ritorno alla normalità, che riporta l'ospedale nella ordinaria organizzazione.

RISULTATI durante l'attivazione sarà l'ospedale intero ad affrontare e gestire l'afflusso di feriti. I pazienti saranno trattati/stabilizzati nelle aree predisposte (rossa, gialla, verde). Anche il triage virerà dalla forma istituzionale a tecniche meno sensibili ma più rispondenti al caso. Il Personale opererà nelle zone assegnate (utili allo scopo le action card). La direzione sarà a carico delle figure individuate e specificatamente formate.

LIMITI il principale limite del progetto si identifica nella difficoltà ad impegnare risorse umane, materiali ed economiche in un programma che riguarda la gestione di situazioni che probabilmente non accadranno mai o saranno eventi rari, rischiando di dimenticare che investire sulla salute è sempre fonte di risparmio.

CONCLUSIONI il Sistema Sanitario a fronte di un fatto calamitoso avrà la capacità di erogare una risposta solo nel caso in cui tale evento sia stato previsto e siano state trovate, in tempo di pace, soluzioni e contromisure. È necessario, come professionisti, essere pronti a cambiare per alcune ore o per alcuni giorni, il quotidiano modo di pensare e di agire, e allo stesso tempo, sviluppare una cultura della gestione dell'emergenza favorendo la sensibilizzazione di tutti coloro che ne sono coinvolti (cittadini, professionisti sanitari e istituzioni, politici).

Indirizzo per la corrispondenza

Cotticelli Federico, Infermiere
Ospedale di Civitanova Marche - U.O. Pronto Soccorso - Medicina d'urgenza
Via Ginevri, 1 - 62013 - Civitanova Marche
Email: fcottice@virgilio.it

45. Dossier formativo l'esperienza dell'azienda sanitaria universitaria integrata di Udine

Dal Bò Ornella, De Pol Loretta, Barbo Marina

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

BACKGROUND La Funzione di Staff Formazione e Valorizzazione del Personale programma l'offerta formativa coniugando le competenze dei vari profili con gli Obiettivi Formativi (OB) dei percorsi erogati. Secondo l'Accordo Stato Regioni del 01/08/2007 il Dossier Formativo (DF) è uno strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore o del gruppo. Non è quindi un portfolio delle competenze, ma è comunque correlato al profilo professionale ed alla posizione organizzativa. La struttura del DF prevede una classificazione che include tre aree di intervento formativo: tecnico professionali, di processo e di sistema.

OBIETTIVI Garantire il collegamento tra le aree di intervento formativo ed obiettivi formativi ECM con i percorsi di apprendimento.

METODI È stato installato presso tutte le strutture dell'Azienda un software gestionale, gestito dall'ufficio Pianificazione, monitoraggio e verifica dei percorsi formativi, accessibile attraverso la rete intranet aziendale a tutti i soggetti autorizzati (Direttori DPT, Direttori di Strutture, Coordinatori, ecc.), che consente di: - pianificare il fabbisogno formativo del dipendente in relazione al Piano Aziendale della Formazione (PAF), all'attività svolta, alla struttura di appartenenza ed a sue eventuali inidoneità; - visualizzare dell'iscrizione e dell'effettiva partecipazione dei dipendenti ai corsi con report sia a livello individuale che di struttura; - eliminare i corsi la cui validità risulta scaduta. Sulla scorta di questa esperienza, che ha consentito di collegare la pianificazione dei percorsi formativi obbligatori con l'offerta formativa e monitorare la frequenza ai percorsi formativi, si è definita con i Responsabili il collegamento delle attività alle aree tematiche ed obiettivi formativi ECM con una rigorosa declinazione degli obiettivi di apprendimento. Limitatamente alla formazione sul campo (FSC) si è sintetizzata la distribuzione degli obiettivi all'interno alle tre aree tematiche.

RISULTATI Per ciascuna struttura è stato costruito il DF garantendo il collegamento tra il fabbisogno formativo ed i percorsi di apprendimento obbligatori di tipo residenziale. Limitatamente alla FSC si è effettuata un'analisi della distribuzione degli obiettivi all'interno alle tre aree tematiche. Nel triennio 2014-2016, il 95% della FSC (n° eventi =243) si esprime con le tipologie dei gruppi di miglioramento e degli addestramenti/ training individualizzati. Per quanto riguarda i gruppi di miglioramento le attività risultano così ripartite: -il 50% nell'area tematica di processo con un collegamento quasi esclusivo all'obiettivo n.3 (Documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura) - il 28% nell'area tematica tecnico professionale con un collegamento all'obiettivo n.18 (Contenuti tecnico professionali specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica. Malattie rare). - il 21% nell'area tematica di sistema con un collegamento agli obiettivi n.1- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practise- (30%), n.6 -La sicurezza del paziente Risk management- (55%) e n.2 -Linee guida – protocolli –procedure- (15%). Il 90% degli addestramenti/training individualizzati si colloca nell'area tecnico professionale ed è collegato all'obiettivo n.18.

LIMITI I risultati sono difficilmente generalizzabili.

CONCLUSIONI L'esperienza condotta è risultata positiva. I punti qualificanti riguardano in particolare il coinvolgimento dei Direttori e dei Coordinatori di Struttura sia nell'utilizzo del software informatico che al loro coinvolgimento nella pianificazione legata alle aree tematiche ed agli obiettivi ECM. Dai dati riguardanti la FSC in termini di obiettivi formativi emerge un importante investimento nell'area di sviluppo delle competenze professionali e dei percorsi clinico assistenziali coerenti con i principi e le procedure dell'EBP. Eventuali sviluppi futuri riguardano la possibilità di affiancare all'utilizzo del software aziendale, attualmente orientato a corsi obbligatori, le funzionalità di applicativi che consentono di programmare gli eventi formativi in relazione agli obiettivi ECM potenziando il legame con le competenze. Gli obiettivi formativi rappresentano il primo step per la definizione del DF di gruppo ed individuale quale "raccordo" tra le strategie di formazione e sviluppo professionale continui e il miglioramento della qualità dell'assistenza. La Formazione dovrà pertanto assumere il ruolo di leva strategica nella costruzione del DF la cui rilevanza deve essere letta sia in relazione al salto qualitativo del sistema ECM ma anche in un'ottica di sviluppo verso la costruzione del portfolio, strumento utilizzato in tutta Europa per la ricertificazione dei professionisti.

Indirizzo per la corrispondenza

Dal Bò Ornella, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria Misericordia di Udine - Ufficio Formazione
Piazzale Santa Maria della Misericordia, 15 - 33100 - Udine
Email: dalbo.ornella@aoud.sanita.fvg.it

46. Lotta alla sepsi: approccio multidisciplinare tempestivo

De Filippis Giuseppe¹, Bodina Annalisa¹, Gaiazzi Michela², Radice Chiara¹, Schieppati Stefano¹, Lombardo Massimo¹

¹ASST Ovest Milanese, ²Università degli studi di Milano

BACKGROUND La sepsi è una sindrome considerata un'emergenza medica per l'elevata mortalità in quanto se non viene tempestivamente riconosciuta può evolvere in sepsi severa, con disfunzione d'organo acuta secondaria e portare all'insorgenza di shock settico. L'incidenza in Lombardia di sepsi è tra l'1.5 e 2.4/1.000 con una letalità compresa tra 1.000 e 2.000 decessi. Alla luce di queste evidenze la regione Lombardia ha definito le strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata alla sepsi grave(decreto 7517/2013). L'azienda ha partecipato al tavolo regionale per la "La prevenzione e la gestione della sepsi" nell'ambito del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT del 2009) con l'infettivologo ed al progetto di ricerca "lotta alla sepsi ospedaliera" coordinato dagli anestesisti-rianimatori (dgr 1137/2010). Scopo della ricerca è stato di verificare come un complesso programma di interventi articolato su iniziative di tipo formativo e organizzativo sia in grado di modificare le modalità di gestione dei quadri di sepsi. Oggetto di studio è stata la capacità di identificare con la massima precocità questi quadri e instaurare le misure diagnostico-terapeutiche raccomandate in prima istanza nelle strutture del DEA/PS secondo le linee guida internazionali (Surviving Sepsis Campaign -SSC 2012). I risultati clinici della tempestiva identificazione dei pazienti con sepsi e del rapido intervento diagnostico terapeutico confermano l'efficacia di questi approcci, in termini di significativa riduzione della morbidità e della mortalità da sepsi. L'attuazione di queste linee guida richiede un'adeguata preparazione del personale sanitario e la definizione di protocolli finalizzati a collaudare percorsi interni all'azienda che garantiscano l'attivazione di una risposta clinicamente efficace.

OBIETTIVI Lo scopo del nostro percorso è stato quello di condividere in modo multidisciplinare e trasversale la gestione clinico-assistenziale dei pazienti affetti da sepsi uniformando i comportamenti degli operatori sanitari per permettere di arrivare ad una diagnosi e ad un trattamento corretto in tempi rapidi.

METODI All'interno dell'azienda è stato dapprima definito un protocollo diagnostico terapeutico per la gestione delle sepsi in DEA/PS, operativo dal 2013. Per gestire in modo efficace i pazienti è fondamentale il riconoscimento di casi con sospetta sepsi e l'immediata attuazione, entro la prima ora, di sei manovre terapeutiche (sepsis six) che prevedono la somministrazione di ossigeno, la somministrazione di fluidi, l'antibiototerapia e l'esecuzione di emocoltura, la misura dei lattati e il monitoraggio della diuresi. L'algoritmo prosegue poi con la gestione del paziente secondo l'early goal-direct therapy, da eseguire entro le prime 6 ore (resuscitation bundle) ed il successivo trattamento nelle 24 ore (management bundle). La prima fase del protocollo prevede l'allerta del rianimatore, il posizionamento di CVC, la somministrazione di vasopressori, trasfusione di emazie concentrate e l'intubazione oro-tracheale. Nella successiva fase è prevista la somministrazione di steroidi, la correzione di ipoglicemia e la somministrazione di proteina C attivata. È stato necessario un intervento di formazione per tutto il personale sanitario dei DEA/PS dell'azienda indirizzato al riconoscimento delle caratteristiche cliniche della sepsi e all'attuazione delle corrette azioni conseguenti.

RISULTATI Nel triennio 2013-2015 sono stati organizzati corsi di formazione (37 edizioni, 155.5 ore) che hanno visto la partecipazione di 864 operatori sanitari su un totale di circa 2800. Nel 2016, in linea con le indicazioni del piano annuale di Risk management, è stata rivalutata l'effettiva aderenza al protocollo attraverso l'analisi di un campione di cartelle cliniche di pazienti con sepsi severa con accesso dai 2 DEA dell'azienda. L'analisi è stata effettuata da un gruppo multidisciplinare costituito da: infettivologo, anestesista-rianimatore, infermiere addette all'infezioni e risk manager. Su 45 cartelle cliniche analizzate 9 hanno rispettato interamente il protocollo. Nei casi restanti non sono stati rispettati uno o più criteri previsti dal sepsis six; in particolare l'aderenza è stata minore per l'utilizzo di terapia antibiotica, l'esecuzione di emocoltura ed il monitoraggio della diuresi nella prima ora.

LIMITI Difficoltà nel formare capillarmente e sistematicamente, in tempi brevi, tutto il personale sanitario distribuito nei quattro ospedali dell'azienda per uniformare il grado di conoscenza e garantire il riconoscimento precoce della sindrome. Audit clinico effettuato su un campione esiguo di cartelle cliniche rispetto ai casi effettivamente gestiti.

CONCLUSIONI Nei casi di non completa aderenza al protocollo il confronto con i clinici ha consentito di approfondire le scelte diagnostiche terapeutiche effettuate, di motivare quanto documentato in cartella clinica e di valutare la necessità di ulteriore attività formativa specifica.

Indirizzo per la corrispondenza

De Filippis Giuseppe, Medico Chirurgo
Azienda Socio Sanitaria Territoriale - Ovest Milanese - Direzione Sanitaria
Via Papa Giovanni Paolo II C.P. 3 - 20025 - Legnano
Email: giuseppe.defilippis@asst-ovestmi.it

47. La resilienza dell'infermiere di area critica

De Luca Walter¹, Cioffi Davide¹, Cotichelli Giordano²

¹Università Politecnica delle Marche, ²ASUR Marche Area Vasta 2 Ancona

BACKGROUND Il concetto di resilienza nasce in fisica, come qualità che permette a un materiale di resistere ad un urto, assorbendo l'energia ricevuta. Trasportando il significato all'uomo, la resilienza è quindi la capacità della persona di resistere al trauma, fisico o psicologico, reagendo con spirito di adattamento, ironia ed elasticità mentale: essa varia a seconda delle esperienze di vita della persona. Per valutare la resilienza ci sono vari metodi e scale, tra cui quella selezionata per questa ricerca che prevede l'utilizzo del questionario CD-Risc. La carenza di resilienza, di fronte agli eventi che segnano l'infermiere, come la morte dei pazienti, tentativi di rianimazione, accanimenti terapeutici e cure post-morte, è causa di stress, burnout, depressione e PTSD (post traumatic stress disease) con tutti i loro sintomi annessi come ansia e incubi, che fanno sì che si riviva l'evento, quindi è necessario valutare lo stress. Essendo la resilienza un processo attivo, è possibile svilupparla, per una crescita professionale, grazie a vari approcci: guardando il lato comico della situazione, avendo dei rapporti amichevoli e cordiali, aumentando l'autostima, svolgendo attività sportiva, scrittura espressiva, meditazione, sedute con psicologi e debriefing di gruppo. Gli studi in questo settore sono una materia abbastanza recente, in passato si riteneva che gli infermieri fossero in grado di superare tutti gli eventi negativi: era stato già riconosciuto che i reparti di terapia intensiva fossero stressanti, tuttavia i problemi degli infermieri che vi lavoravano erano poco riconosciuti. Un ambiente di lavoro sano è fonte di minor stress per l'infermiere ed è appurato che un infermiere non (o poco) stressato ha un feedback positivo sull'esperienza dei pazienti. Inoltre l'ambiente di lavoro, grazie ai suoi fattori, è fondamentale per stimolare lo sviluppo dell'infermiere con informazioni, supporto, risorse e opportunità. Sulla base di un'analisi generazionale della popolazione attiva, sono state individuate tre categorie di lavoratori: Baby Boomers, nati tra il 1943 e il 1960, la Generazione X, nati tra il 1961 e il 1980, e i Millennials, nati tra il 1981 e il 1999. La necessità di eseguire questa classificazione è data dal fatto che lavoratori di età diversa hanno una cultura diversa e quindi dei bisogni differenti da dover essere soddisfatti. È quindi compito dei coordinatori riuscire ad individuare le criticità dei conflitti generazionali che possono generarsi e muoversi per evitare che queste siano causa di tensione all'interno del reparto.

OBIETTIVI È stato definito lo scopo dello studio: valutare la resilienza degli infermieri di area critica e di conoscerne il grado di relazione con il genere, l'età e la generazione, e l'esperienza professionale.

METODI Ricerca bibliografica su resilienza e strati generazionali, seguita dalla somministrazione della versione italiana validata del questionario CD-Risc (25 item, suddivisi in 5 ambiti: accettazione al cambiamento, controllo della propria vita, fiducia nelle proprie intuizioni, competenze personali, influenze spirituali), corredato di una scala likert con punteggio 0-4 (0= mai, 4= sempre; totale individuale 0-100) agli infermieri del Dipartimento di Emergenza e Accettazione dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona e analisi statistica dei dati quantitativi ottenuti.

RISULTATI Nel campione della popolazione indagata (n=225), il 65% (n=146) ha restituito il questionario compilato in ogni sua parte. In una scala che va da 0 a 100 (0= assenza di resilienza, 100= massima resilienza), il minimo ottenuto è stato 40 e il massimo 98. Nel dettaglio: il 18.49% ha ottenuto un punteggio inferiore a 60, il 35.62% tra 60 e 69, il 31.51% tra 70 e 79, il 14.38% >80. Eseguendo una valutazione su base generazionale, la resilienza ha un andamento crescente con l'avanzare dell'età, fino ad arrivare ad un punto di stasi: i Millennials hanno una resilienza inferiore rispetto alla Generazione X e Baby Boomers. Dai dati si evince come circa il 40% (dato maggiore) dei Millennials ha una sufficiente resilienza, circa il 40% della Generazione X buona e circa il 40% dei Baby Boomers ottima. Tra uomini e donne non sono emerse differenze significative della resilienza.

LIMITI I limiti dello studio sono dati dal ridotto numero di infermieri partecipanti allo studio, non randomizzati. E da "l'effetto alone" descrivibile come la percezione di un tratto che è influenzata dalla percezione di uno o più altri tratti dell'individuo o dell'oggetto.

CONCLUSIONI La resilienza è un elemento attivo, in costante mutamento come risposta alle sfide della vita, che si rafforza quando si superano gli eventi negativi. Oltre l'80% del campione dimostra un'abilità funzionale di resilienza, correlata a età e esperienza come supportato dalla bibliografia esistente. Ricerche in un territorio più ampio seguiranno lo studio.

Indirizzo per la corrispondenza

De Luca Walter, Infermiere
Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche - Nessuna
Via Tronto, 10 - Fraz. Torrette - 60020 - Ancona
Email: delucawalter92@gmail.com

48. Utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) per deospedalizzare i pazienti con malattia renale

De Nicola Michela, Savina Stefano, Bonvegna Francesca, Borzumati Maurizio, Gagliardi Anna, Bianchi Margherita,

ASL VCO

BACKGROUND La Regione Piemonte con DGR 59-3569 del 19.03.2012 Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale sulla Dialisi Domiciliare e con DGR 8-12316 del 12.10.2009 Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessità di trattamento dialitico tramite "Contributo economico di sostegno alla Dialisi Domiciliare" ha indotto un aumento del numero di pazienti trattati con Dialisi Peritoneale (DP) anche al domicilio. La DP nella Insufficienza Renale Cronica è un'opzione terapeutica particolarmente indicata nei pazienti in uremia terminale con età elevata e comorbidità cardio-vascolari. La DP ha inoltre costi più contenuti rispetto alla emodialisi e consente di promuovere l'empowerment del paziente al domicilio. Dal 2013 è attivo nell'ASL VCO il PDTA per la Gestione Malattia Renale Cronica Avanzata e la Dialisi Domiciliare secondo quanto previsto dalla citata normativa e quanto indicato dal Piano Nazionale della Cronicità (Patto per la salute 2014-2016 del 22 Luglio 2016). Scopo del PDTA aziendale è rimodulare l'attività clinica ed organizzativo-gestionale nelle tre sedi ospedaliere e territoriali dell'ASL VCO con l'obiettivo di ottimizzare le risorse aziendali potenziando la continuità assistenziale, riducendo i costi e, soprattutto, i rischi correlati all'ospedalizzazione.

OBIETTIVI Obiettivo generale del progetto è utilizzare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) per diffondere alcune procedure sanitarie tra operatori non addetti, caregiver e pazienti. Obiettivi specifici sono: 1. garantire la sicurezza clinica al domicilio e/o in altre sedi territoriali 2. ridurre gli accessi ospedalieri evitabili 3. ridurre il rischio infettivo correlato all'ospedalizzazione 4. ridurre i costi correlati ai trasferimenti (domicilio-ospedale-domicilio) 5. migliorare il coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver nei percorsi di cura 6. dinamizzare le procedure operative modificando i video ogni qualvolta si renda necessario.

METODI Personale esperto dell'ASL VCO addestra il paziente, i caregiver e il personale non dedicato delle strutture intra/extra ospedaliere presenti sul territorio (es. RSA) alla esecuzione della DP a domicilio utilizzando le Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (TIC) secondo procedure aziendali standardizzate. A questo scopo sono stati creati dei QR CODE (codice a barre bidimensionale in forma di matrice) che contengono brevi filmati o slide sequenziali per la gestione dei programmi di Dialisi Peritoneale territoriale (domicilio, lungodegenze, RSA etc). Il QR CODE viene posizionato presso la postazione dialitica (es. sul Cyclo) sotto forma di etichette plastificate e può essere scansionato e quindi letto da qualunque smartphone o tablet. Le immagini visive contenute nel QR CODE dinamico fanno riferimento a procedure standard (es. lavaggio sociale delle mani, fasi del training dialitico) o alla modalità di risoluzione di piccoli problemi ricorrenti. La creazione del QR CODE dinamico prevede: 1. Registrazione account di GOOGLE 2. Registrazione dei video dimostrativi 3. Caricamento dei video su Youtube 4. Condivisione privata del video 5. Accesso all'applicazione QR Code Generator, creazione di nuovo QR Code, associazione all'Url in precedenza creato 6. Lettura del QR Code creato ed associato al video, attraverso app di lettura di QR Code.

RISULTATI L'utilizzo delle TIC facilita la diffusione delle buone pratiche aziendali, nella fattispecie della Dialisi Peritoneale Domiciliare, e mantiene elevato lo standard di qualità anche in assenza di personale sanitario specializzato. L'utilizzo delle TIC ed in particolare del QR Code dinamico consente: • Maggiore sicurezza al paziente e al caregiver nella gestione domiciliare/territoriale • Riduzione di errori nell'esecuzione delle procedure sanitarie ed assistenziali • Reclutabilità di caregiver stranieri • Riduzione del numero di accessi ospedalieri correlati al re-training • Risparmio di tempo nell'accesso alle procedure operative • Utilizzo di tecnologie a favore di una terapia di eccellenza.

LIMITI Attualmente non ci sono costi aggiuntivi (smartphone/Tablet degli utenti, video realizzati fuori orario di servizio da un Tecnico Informatico e da Personale Sanitario aziendale esperto a titolo gratuito); è possibile che uno sviluppo sistematico del modello possa prevedere la realizzazione dei video durante l'attività di servizio.

CONCLUSIONI L'utilizzo delle TIC per diffondere procedure sanitarie può essere esteso ad altri ambiti assistenziali caratterizzati da un forte feedback tra ospedale e territorio quali ad esempio la gestione delle stomie (es. tracheostomie, colostomie etc.), dei cateteri (es. cateteri vescicali, cateteri venosi centrali/periferici etc.), della nutrizione parenterale ed in generale delle procedure previste nell'assistenza domiciliare (ADI, SID, UOCP) e territoriale (RSA, Lungodegenze).

Indirizzo per la corrispondenza

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

49. Analisi dell'uso dei social media per diffondere informazioni sulle vaccinazioni

De Rinaldis Maria Francesca¹, Lopalco Pietro Luigi², Brioni Alessandro³

¹APSS Trento, ²Università di Pisa, ³Azienda ULSS 9

BACKGROUND L'uso di Facebook risulta sempre più frequente in merito alla diffusione d'informazioni provenienti da gruppi dichiaratamente anti-vaccinisti. Esiste una forte evidenza che sempre più utenti ricerchino informazioni mediche (incluse quelle sui vaccini) su internet. Sulla rete dunque, oltre a crearsi comunità dichiaratamente anti-vacciniste, si ritrovano anche utenti che hanno bisogno di chiarimenti sull'uso corretto dei vaccini. La probabilità di ritrovare informazioni basate su teorie complottiste e comunque non basate su evidenze scientifiche rappresenta un reale rischio di disinformazione per questi ultimi utenti. Rappresenta pertanto un importante intervento di sanità pubblica quello di analizzare i "sentimenti" della rete, le dinamiche delle comunità spontanee che si formano sui social media e comprenderne i meccanismi comunicativi.

OBIETTIVI Analizzare le dinamiche di relazione fra distinti gruppi di utenti che scambiano informazioni sulle vaccinazioni attraverso Facebook.

METODI Sono stati analizzati i profili di coloro che seguono le pagine Facebook dell'Associazione Comilva, comunità online del principale movimento anti-vaccini italiano, e di VaccinarSi, che ha come obiettivo la promozione di una corretta informazione riguardo le vaccinazioni. Lo studio è stato condotto su un campione di profili Facebook che afferiscono rispettivamente alle due pagine, su questi utenti si è cercato di rilevare informazioni sul sesso, professione, genitorialità, sul tipo di atteggiamento nei confronti delle vaccinazioni. È stato effettuato uno studio osservazionale analitico, mediante un campionamento casuale semplice sul totale dei profili estratti attraverso Netvizz.

RISULTATI Gli utenti campionati per l'analisi dei profili sono stati 329 per l'Associazione Comilva e 129 per VaccinarSi, corrispondente al 5% del totale degli utenti per ogni pagina. Su 329 profili analizzati afferenti all'Associazione Comilva, 252 sono risultati femminili, in 5 casi non si è riuscito a definire il sesso, il resto dei profili sono maschili. In riferimento ai profili riferiti alla pagina di VaccinarSi 24 profili sono risultati maschili, in 2 casi non si è riuscito a definire il sesso, i restanti 94 profili sono femminili. Dei profili presi in esame solo in 21 di questi si è potuto desumere l'età del "proprietario" del profilo. I profili dei soggetti che afferiscono alla pagina dell'Associazione Comilva risultano rientrare in una fascia che va dai 20 ai 49 anni d'età, tuttavia risulta maggiormente rappresentativa la fascia che va dai 30 ai 39 anni d'età per 9 profili su 15. Nel 27% dei profili analizzati non è stato possibile definire se fossero genitori. Il 65% dei profili che fanno riferimento alla pagina dell'Associazione Comilva sono genitori, questa percentuale si attesta al 35.6% nel caso di VaccinarSi. Il 43% dei profili che afferiscono alla pagina di VaccinarSi dichiara di essere un operatore sanitario, contro una percentuale nettamente più bassa che si attesta al 5% nell'Associazione Comilva. Tuttavia nel 50% dei profili di VaccinarSi e nel 38% dei profili dell'Associazione Comilva non è stato possibile dedurre la professione. Nei profili analizzati si è cercato di evincere l'idea sviluppata dal soggetto nei confronti della vaccinazioni, per raggiungere tale obiettivo: sono stati osservati tutti i post condivisi sulla propria bacheca e si è andati a vedere se ci fosse il "mi piace" sulle pagine in questione. L'atteggiamento delle vaccinazioni riscontrato nei profili analizzati rimarca rispettivamente: la posizione anti-vaccinista nei profili che fanno riferimento all'Associazione Comilva e vaccinista nel VaccinarSi.

LIMITI Non è stato possibile visualizzare determinate informazioni, in quanto, tutte le applicazioni di Facebook, incluso Netvizz, sono soggette ai vincoli sulla privacy imposte dagli utenti. Solo in una piccola percentuale del campione è stato possibile estrapolare l'età del "proprietario del profilo", in quanto nella maggior parte dei casi non è resa pubblica sui profili Facebook.

CONCLUSIONI Questo lavoro ci ha permesso di approfondire la conoscenza del profilo dei soggetti contrari o incerti alle vaccinazioni, questo può contribuire a definire le più appropriate strategie comunicative per affrontare in modo più efficace tale posizione e accompagnarli ad una valutazione basata su evidenze scientifiche.

Indirizzo per la corrispondenza

Brioni Alessandro, Assistente sanitario
Ospedale Santa Croce Moncalieri - S.C. Anatomia Patologica
Piazza Amedeo Fernando I, 3 - 10024 - Moncalieri
Email: alessandrobrioni@hotmail.it

50. Modello ospedaliero di governo delle tecnologie: dai processi formativi all'applicazione aziendale

Desperati Massimo, Cabiati Cristina, Marocco Gianluca, Bertolotti Marinella, Maconi Antonio

A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria

BACKGROUND L'Health Technology Assessment (HTA) è un approccio multidimensionale e multidisciplinare che si propone di analizzare le implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia, attraverso la valutazione di diversi fattori quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale-organizzativo. Obiettivo dell'HTA è supportare le scelte manageriali e cliniche rendendole più informate e consapevoli rispetto alle conseguenze potenziali ed effettive che l'adozione di una tecnologia comporta. Ad oggi la spesa per la tecnologia rappresenta una delle più importanti componenti in gioco che concorre insieme alle risorse economiche, professionali, organizzative, a produrre una assistenza efficace ed un appropriato utilizzo delle risorse. L'efficacia e l'appropriatezza dell'impiego delle tecnologie dipende dai contesti, dalla disponibilità e dall'adeguatezza delle risorse complementari quali le competenze degli operatori sia tecniche sia manageriali, le tecnologie di manutenzione, la gestione dei ricambi, i protocolli per l'impiego delle tecnologie di trattamento.

OBIETTIVI - individuazione di un modello ospedaliero diffuso di governo delle tecnologie quale elemento fondamentale della gestione aziendale delle stesse, che coinvolge professionisti sanitari ed amministrativi afferenti a diversi livelli organizzativi e la Direzione Generale; - applicazione dell'HTA come strumento di supporto razionale a livello organizzativo aziendale per decisioni inerenti acquisizioni, dismissioni, monitoraggio delle tecnologie da adottare e supporto alla realizzazione della governance clinica del sistema nel suo complesso: Hospital-Based HTA; - implementazione della metodologia HTA finalizzata a creare un contesto organizzativo favorevole al trasferimento dell'evidenza scientifica nella pratica clinica e nei processi decisionali di tipo manageriale.

METODI L'Azienda Ospedaliera di Alessandria a fine 2014 si è dotata di un Nucleo di Valutazione delle Tecnologie (NVT) che si occupa dell'analisi delle richieste di approvvigionamento di apparecchiature medicali e non, farmaci, dispositivi medici, sistemi diagnostici coinvolti nei percorsi attraverso i quali è erogata l'assistenza sanitaria, nonché arredi ed attività manutentive relative. Il NVT svolge attività di supporto alle decisioni della Direzione aziendale ed è formato dai responsabili delle Strutture Formazione e Promozione Scientifica, Acquisti e Servizi Economici, Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri, Ingegneria Clinica. Nell'anno 2015 è stata sperimentata l'implementazione di tre tipologie di schede utili a raccogliere, relativamente alla tecnologia della quale si richiede l'adozione, le evidenze scientifiche (è stato possibile avvalersi del Centro Documentazione aziendale dopo formazione specifica sull'HTA da parte degli operatori coinvolti), gli aspetti logistici organizzativi e le ricadute assistenziali, gli aspetti tecnici ed i costi; queste informazioni sono utili al NVT per le necessarie valutazioni. Le richieste sottomesse al NVT dal professionista sanitario vengono validate dai Capi Dipartimento che vengono così responsabilizzati e coinvolti nelle scelte aziendali anche per quanto attiene l'aspetto economico. Il percorso identificato ha permesso di supportare la Direzione Aziendale nelle scelte definitive riguardanti l'approvvigionamento delle tecnologie. A fine 2015 è stato poi avviato un percorso formativo, sia frontale che di Formazione sul Campo, finalizzato a creare competenze specifiche, "i facilitatori", che supportino il clinico richiedente l'adozione di una nuova tecnologia nel reperimento di evidenze e dati che permettano al Nucleo di Valutazione delle Tecnologie aziendale l'espressione di un parere informato e consapevole: le evidenze e i dati devono essere raccolti ed analizzati nel contesto organizzativo. "I facilitatori" possono partecipare alle riunioni del NVT quando ne viene richiesta la presenza in sede di esame di pratiche per le quali è stato ritenuto utile il loro contributo. Come procedura metodologica sono quindi state introdotte schede raccolte dati da compilarsi a cura delle Strutture Formazione e Promozione Scientifica, Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri e Ingegneria Clinica, dei "facilitatori" (in allegato). Questo modello di governo delle tecnologie è stato implementato anche per le donazioni (HTD), le sostituzioni, il potenziamento e l'ampliamento di contratti (HTM), nell'ottica di una maggior efficacia e appropriatezza dell'impiego delle tecnologie.

RISULTATI Nel 2015 la sperimentazione dell'implementazione delle schede ha riguardato 33 richieste esaminate dal NVT. Nel 2016:

- la raccolta di informazioni su tecnologie attraverso l'utilizzo delle schede ed il coinvolgimento dei Capi Dipartimento ha riguardato 93 pratiche;
- 20 istanze inerenti l'informatica sono state gestite dai Sistemi Informatici;
- 52 richieste sono state esaminate attraverso il supporto dei "facilitatori".

LIMITI - Difficoltà nella valutazione dei risultati ottenuti in termini economici - Valutazione dell'utilità degli interventi manutentivi su tecnologie non più aggiornate e compatibili con un'organizzazione che si modifica ed evolve rapidamente.

CONCLUSIONI Sulla base dei risultati positivi ottenuti in questa prima fase di applicazione del modello in termini di maggiore appropriatezza e migliore definizione del percorso di richiesta e valutazione delle tecnologie, l'A.O. di Alessandria si propone di proseguire il percorso implementando la metodologia HTA a livello micro nella gestione clinico-organizzativa dei singoli Dipartimenti/Strutture anche per decisioni riguardanti l'adozione di protocolli di pratica clinica, verifica e monitoraggio della qualità della performance sanitaria.

Indirizzo per la corrispondenza

Bertolotti Marinella,
Comitato Etico Interaziendale A.S.O. SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria - Segreteria Tecnico-Scientifica
Via Venezia, 16 - 15100 - Alessandria
Email: mbertolotti@ospedale.al.it

51. Un “ritocchino” per il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP)

Di Carlo Gaia, Molinari Chiara¹, Castiglioni Maria Teresa², Caretto Amelia², Bombardieri Paola², Cavalleri Lorena², Rinaldi Stefania², Dozio Nicoletta², Scavini Marina²

¹Università Vita e Salute San Raffaele, ²IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano

BACKGROUND Il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), compilato per tutti i nati in Italia entro 10 giorni dal parto, non consente purtroppo di identificare le gravidanze complicate da diabete gestazionale (DG) o diabete pregestazionale di tipo 1 (DMT1) o tipo 2 (DMT2) che in Italia complessivamente complicano circa il 7% delle gravidanze (35.000 casi/anno). Anche per questo in Italia non sono disponibili dati di popolazione sugli esiti della gravidanza nelle donne con diabete, a differenza di quanto disponibile per la popolazione generale e riportato nei periodici rapporti CeDAP ministeriali.

OBIETTIVI Validare l’aggiunta di 5 semplici domande a risposta chiusa nell’attuale CeDAP per identificare le gravidanze di donne con diabete: 1. La paziente prima di iniziare questa gravidanza aveva già il diabete? • NO • SÌ Se la risposta è NO, andare direttamente alla domanda 2. 1a. Se prima di iniziare questa gravidanza la paziente aveva già il diabete, il suo diabete era: • di TIPO 1 • di TIPO 2 • di ALTRO TIPO 1b. Se prima di iniziare questa gravidanza la paziente aveva già il diabete, prendeva: • INSULINA • PASTIGLIE per il diabete • faceva solo la DIETA Rispondere alle seguenti domande solo se si è risposto NO alla domanda 1: 2. Durante questa gravidanza la paziente ha fatto un carico orale di glucosio (ovvero bevuto zucchero sciolto in acqua e fatto prelievi di sangue)? • NO • SÌ 3. Durante questa gravidanza alla paziente hanno detto che aveva il diabete gestazionale? • NO • SÌ 4. Dopo che alla paziente hanno detto che aveva il diabete gestazionale, la paziente ha misurato le glicemie capillari al dito? • NO • SÌ 5. Dopo che alla paziente hanno detto che aveva il diabete gestazionale, la paziente ha dovuto fare iniezioni di insulina? • NO • SÌ.

METODI Lo studio è stato condotto presso l’UO di Ostetricia dell’IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano dal 15/03/2016 al 31/07/2016. Nell’immediato post-partum sono stati rivisti in ordine cronologico i CeDAP di tutte le donne che hanno partorito e per ogni donna con diagnosi di diabete rilevata dalla CeDAP (caso indice) sono state considerate come controlli le successive 3 donne non diabetiche e con screening negativo per DG.

RISULTATI Nel periodo di studio sono stati espletati 777 parti. In tutti i casi, le domande relative al diabete aggiunte al CeDAP sono state compilate. Dai CeDAP sono stati identificate 65 donne con diabete (9 con diabete di tipo 1 pregestazionale, 3 con diabete di tipo 2 pregestazionale, 53 con DG). La revisione delle cartelle cliniche relative al ricovero per parto e l’intervista con le pazienti hanno confermato la diagnosi di diabete in 63 donne su 65, con 2 falsi positivi [2.9% (IC 95% da 0,4 a 10,2)], ovvero 2 donne non diabetiche identificate come donne con DG nel CeDAP, e l’assenza di falsi negativi, ovvero donne con diabete eventualmente identificate come non diabetiche nei CeDAP (Cronbach alpha 0.98). È stato osservato un unico caso di misclassificazione del diabete in gravidanza, ovvero un caso di DMT2 classificato come DMT1 nel CeDAP.

LIMITI Lo studio è stato condotto in un centro di secondo livello per la gestione delle gravidanze complicate da diabete e pertanto è possibile che l’alta concordanza tra le risposte alle domande relative al diabete nei CeDAP e la verifica successiva attraverso le cartelle cliniche e le interviste alle pazienti sia biased dalla specifica esperienza professionale delle ostetriche del centro.

CONCLUSIONI Le 5 domande proposte sono state compilate in tutti i parti analizzati, e risultano quindi di facile applicazione. Questa modifica del CeDAP permette quindi la corretta identificazione delle donne con DMT1, DMT2 o DG. L’inserimento di queste semplici domande nei CeDAP utilizzati a livello nazionale consentirebbe l’analisi degli esiti delle gravidanze di donne con DMT1, DMT2 o DG. Il report annuale CeDAP diventerebbe pertanto uno strumento per identificare criticità assistenziali, a cui rispondere con la definizione di percorsi sanitari dedicati e programmi di formazione mirati per gli operatori sanitari. In un’ottica di auditing, lo stesso strumento permetterebbe la verifica dell’efficacia dei programmi implementati per raggiungere nelle donne diabetiche esiti di gravidanza vicini a quelli delle donne non diabetiche, come auspicato dalla Dichiarazione di Saint Vincent quasi 30 anni or sono.

Indirizzo per la corrispondenza

Molinari Chiara, Medico Chirurgo
Ospedale San Raffaele - Nessuna
Via Olgettina, 60 - 20132 - Milano
Email: molinari.chiara@hsr.it

52. Quantificazione di cannabinoidi in matrice cheratinica a scopo tossicologico-forense: sviluppo di una metodica mediante Turboflow™ HPLC-MS/MS

Di Gaudio Francesca¹, Castelli Valentina¹, Fontana Manuela¹, Fanara Serena¹, Indelicato Sergio²

¹A.O.U. Policlinico "Paolo Giaccone" Palermo, ²Thermo Fisher Scientific

BACKGROUND I prodotti della Cannabis rappresentano la più comune sostanza d'abuso in tutto il mondo ed è una delle più frequentemente rilevate nei test di controllo sul luogo di lavoro o nei casi di guida sotto effetto di droghe. La tossicologia forense è l'applicazione della tossicologia ai fini giuridici. Indagini condotte con varie metodiche analitiche vengono utilizzate per accertare l'uso di sostanze stupefacenti. L'analisi tossicologico-forense si effettua su campioni biologici dell'individuo. La scelta della matrice da utilizzare è strettamente legata al tipo di informazione che si vuole ottenere e, di conseguenza, allo scopo legale della stessa.

OBIETTIVI I valori di cut-off, proposti in Italia dalle Linee Guida del GTFI, sono molto bassi, specialmente per quanto riguarda la matrice cheratinica. Per questa ragione, c'è una grande esigenza di metodi sensibili e specifici che confermino l'esposizione ripetuta a questa droga. Negli ultimi anni sono stati sviluppati diversi metodi di rivelazione sulle varie matrici biologiche, quali urine e sangue (le cosiddette convenzionali), utilizzando sia le tecniche di screening basate su rivelazione immunochimica, sia le tecniche di conferma di GC-MS, LC-MS/MS. Tuttavia la strategia attualmente più appropriata per l'identificazione e la quantificazione di Δ^9 -Tetraidrocannabinolo (THC) e il suo principale metabolita 11-nor-9-Carbossi- Δ^9 -THC (THCA) in consumatori "cronici", risulta essere il binomio HPLC-MS/MS e matrice cheratinica. Lo scopo del presente lavoro, svolto presso il Laboratorio CQRC dell'A.O.U.P. "Paolo Giaccone" di Palermo, è, appunto, lo sviluppo di una metodica accurata e altrettanto o più sensibile rispetto a quella utilizzata di routine nei laboratori di tossicologia che, inoltre, permette di bypassare alcune fasi della preparazione del campione.

METODI La procedura di preparazione del campione di capelli comprendeva, inizialmente, un'idrolisi basica seguita da un'estrazione liquido-liquido (LLE). In seguito, per far fede all'obiettivo del lavoro, gli ultimi step della fase pre-analitica sono stati sostituiti con una semplice filtrazione dell'idrolizzato e diretta iniezione nei sistemi di analisi utilizzati. La fase analitica di rivelazione è stata svolta utilizzando il sistema Thermo Scientific™ Transcend™ II che ci ha permesso di sfruttare la capacità di clean-up online del campione del TurboFlow™, combinata alla tecnica di separazione cromatografica ad alte prestazioni (HPLC) e di rivelazione della Spettrometria di Massa tandem (MS/MS).

RISULTATI Durante la fase di sviluppo della metodica sono state eseguite delle prove sperimentali, su sei diverse colonne cromatografiche, riguardanti le condizioni analitiche. I parametri ottimizzati sono state le % di fasi organiche utilizzate negli step che caratterizzano il funzionamento della tecnologia TurboFlow-HPLC-MS/MS. Grazie all'ottimizzazione di queste variabili, ho un'adeguata selettività nella pulizia del campione. Un altro parametro ottimizzato è stato il volume di campione da iniettare nel sistema. La possibilità di iniettare fino a 100µL, porta ad un incremento della sensibilità fino a 10 volte rispetto agli usuali 10µL delle comuni tecniche LC-MS/MS. Inoltre, la capacità della strumentazione utilizzata di pulire e concentrare il campione, ci ha dato la possibilità di sostituire le ultime fasi di preparazione del campione, con una semplice filtrazione dell'idrolizzato e iniezione direttamente in TurboFlow.

LIMITI Tuttavia i bassi valori di cut-off, nonostante l'aumento negli anni, rappresenta ancora una delle principali problematiche dell'analisi su matrice cheratinica. Insieme alla notevole differenza tra i valori di cut-off dei due analiti che si ricercano nel capello, THC e THC-COOH, e il pesante effetto matrice.

CONCLUSIONI I dati riportati confermano la validità della matrice cheratinica per la ricerca delle sostanze d'abuso, che presenta indubbi vantaggi di stabilità della matrice per un tempo indefinito e di non invasività del prelievo. Alla luce dei risultati ottenuti è possibile affermare che i vantaggi delle strumentazioni utilizzate, quali la selettività del clean-up del campione e la possibilità di iniettarne volumi maggiori, rispetto alle comuni tecniche LC-MS, ci hanno permesso di sviluppare una metodica caratterizzata da un significativo incremento di sensibilità e accuratezza nella quantificazione dei Cannabinoidi nella matrice cheratinica. Inoltre passando ad un processo avanzato di clean-up del campione, è stato possibile ridurre i tempi di lavoro fino al 95%, minimizzando l'intervento dell'operatore e quindi i possibili errori manuali, con risparmio di tempo e consumabili.

Indirizzo per la corrispondenza

Castelli Valentina, Farmacista
Azienda Ospedaliera Universitaria di Palermo - Policlinico Paolo Giaccone - Dipartimento di Chimica
Via del Vespro, 129 - 90127 - Palermo
Email: valentina.castelli02@gmail.com

53. La dimissione protetta dalle Unità Operative di Osservazione Breve verso l'assistenza Domiciliare Integrata come alternativa al ricovero presso le UO di degenza

Di Nardo Raffaele, Di Renzo Maurizio Rivera

ASL 2 Lanciano Vasto Chieti

BACKGROUND I pazienti affetti da patologie croniche e degenerative in presenza di fenomeni di riacutizzazione e/o instabilizzazione clinica accedono di norma in Pronto Soccorso dove, generalmente, vengono trattati e stabilizzati nelle Unità Operative di Osservazione Breve. Tuttavia spesso tali pazienti, prima di essere restituiti all'assistenza territoriale, vengono ricoverati nelle Unità Operative di degenza per ulteriori trattamenti finalizzati alla gestione delle patologie croniche riacutizzate. La dimissione protetta dalle UO di Osservazione Breve verso l'Assistenza Domiciliare Integrata, a seguito di stabilizzazione del quadro clinico, rappresenta una valida alternativa al ricovero ospedaliero, determinando la ricollocazione precoce dei pazienti affetti da patologie croniche ed invalidanti che necessitano ancora di prestazioni effettuabili a domicilio in maniera coordinata e continuativa, nel setting assistenziale oggi ritenuto più ottimale, garantendo la riduzione dei ricoveri ed il sovraffollamento nelle UO di degenza, la migliore qualità assistenziale erogata e percepita, la razionalizzazione delle risorse.

OBIETTIVI Garantire la migliore continuità assistenziale tra ospedale e territorio attraverso la dimissione protetta dei pazienti affetti da patologie croniche riacutizzate che, a seguito di stabilizzazione del quadro clinico, presentano i criteri di eleggibilità per la presa in carico territoriale da parte dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

METODI A partire dal 5 agosto 2016 ha avuto inizio una fase di confronto tra la Direzione Sanitaria Aziendale, i Responsabili e gli operatori del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, i Responsabili del Coordinamento Tecnico-Scientifico ADI aziendale, i Responsabili del Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie, i Responsabili e gli operatori di 2 Nuclei Operativi Distrettuali della ASL 02 Abruzzo ed i Responsabili della Ditta affidataria del Servizio Cure Domiciliari, al fine di favorire l'avvio di una fase sperimentale, da concludere entro il 31 dicembre 2016, dove testare la validità del progetto, raccogliendo dati utili ad evidenziare tutti gli elementi di conforto e di criticità, utili alla stesura successiva di una procedura aziendale condivisa e già testata sul campo. Nello stesso tempo è stato avviato un processo di interfaccia tra il sistema informativo di supporto alle attività cliniche ed assistenziali delle UO di Osservazione breve ed il software utilizzato per il governo delle Cure Domiciliari, al fine di consentire la comunicazione continua tra il setting ospedaliero e quello territoriale, al fine di poter condividere tutti gli strumenti di valutazione multidimensionale della complessità clinica ed assistenziale, nonché gli strumenti di rilevazione dei bisogni socio-assistenziali.

RISULTATI A partire dall'inizio della fase sperimentale fino al 22/11/2016 sono state effettuate 8 dimissioni protette da Osservazione Breve verso Assistenza Domiciliare Integrata. Degli 8 casi arruolati, 4 maschi e 4 femmine di età media pari a 86,6 anni (R=74-2014); 4 pazienti erano affetti da patologie neoplastiche metastatiche e 4 da patologie croniche multiple. Dei pazienti presi in carico, 5 su 8 erano già noti al Servizio Cure Domiciliari mentre per i restanti 3 casi si è trattato di una prima presa in carico territoriale. Nei 30 giorni successivi alla dimissione protetta un paziente è stato ricoverato in Hospice, un paziente affetto da patologia neoplastica è deceduto a domicilio, una paziente di 104 anni è deceduta a domicilio dopo 10 giorni dalla dimissione, mentre per un paziente si è reso necessario un ricovero in Lungodegenza. Per i restanti 4 pazienti non sono stati registrati accessi in Pronto Soccorso o ricoveri ospedalieri nel periodo di osservazione. L'analisi di customer satisfaction associata alla dimissione protetta ha evidenziato il gradimento del servizio di continuità assistenziale offerto in alternativa al ricovero ospedaliero.

LIMITI La dimensione del campione non consente una stima effettiva della validità del progetto, ma i risultati parziali ci incoraggiano nel proseguire la fase di sperimentazione. La necessità di formazione continua degli operatori ed il processo di interfaccia dei sistemi operativi, con la conseguente possibilità di confronto in tempo reale tra ospedale e territorio, pur rappresentando una svolta storica nella comunicazione tra i diversi setting assistenziali, ha determinato isolati fenomeni di resistenza al cambiamento.

CONCLUSIONI La dimissione protetta dalle Unità Operative di Osservazione Breve in Assistenza Domiciliare rappresenta una valida alternativa al ricovero ospedaliero nella presa in carico dei pazienti portatori di patologie croniche, riducendo la frequenza degli accessi nei setting assistenziali deputati al trattamento delle acuzie. A fine di standardizzare il percorso di tali pazienti occorre implementare il confronto tra i diversi setting assistenziali, favorito dalle possibilità che le tecnologie informatiche mettono oggi a disposizione del SSN.

Indirizzo per la corrispondenza

Di Renzo Maurizio Rivera, Infermiere
Distretto Sanitario di Lanciano - U.O. Assistenza Domiciliare Integrata/Assistenza Residenziale e Semiresidenziale
Via Don Minzoni - 66034 - Lanciano
Email: maurizio.direnzo@asl2abruzzo.it

54. Valutazione del livello di utilizzo del Sistema di Segnalazione degli Eventi Avversi nei Laboratori di Emodinamica di Abruzzo e Molise

Di Renzo Maurizio Rivera¹, Piccirillo Giorgia², Di Giovanni Pamela², Cicolini Giancarlo¹

¹ASL 2 Lanciano Vasto Chieti, ²Università "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara

BACKGROUND L'Incident Reporting è lo strumento di analisi reattiva più diffuso all'interno delle aziende sanitarie italiane. Tuttavia, nonostante le esperienze significative legate alla segnalazione degli eventi avversi e dei near misses attraverso l'utilizzo di schede di Incident Reporting, nel nostro Paese non sono stati condotti studi finalizzati ad analizzare il livello di utilizzo di tali strumenti da parte degli operatori sanitari; generalmente si stima che i professionisti, pur riconoscendo l'elevato valore che risiede nell'imparare dall'errore, mantengono un sottoutilizzo del sistema di segnalazione degli eventi avversi. Nella consapevolezza che la riflessione su tematiche legate al miglioramento continuo ed alla sicurezza delle prestazioni sanitarie contribuisca a garantire un Sistema Sanitario più sicuro, il progetto si propone di analizzare il livello di utilizzo dei sistemi di segnalazione di eventi avversi da parte dei professionisti sanitari operanti all'interno dei Laboratori di Emodinamica delle Regioni Abruzzo e Molise.

OBIETTIVI Valutare il livello di utilizzo del sistema di segnalazione degli eventi avversi da parte dei professionisti sanitari operanti all'interno dei Laboratori di Emodinamica di Abruzzo e Molise.

METODI Studio multicentrico cross-sectional condotto da un solo ricercatore dal 1 agosto al 30 novembre 2016 mediante questionario rivolto a tutti i professionisti sanitari (Cardiologi, Infermieri, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare) operanti all'interno dei 10 Laboratori di Emodinamica di Abruzzo e Molise. Lo strumento utilizzato è stato tradotto e validato a seguito di autorizzazione da parte del Dr. Hatoun, Principal Investigator dello studio "Elucidating Reasons for Resident Underutilization of Electronic Adverse Event Reporting" condotto presso il Boston Medical Center nel 2016.

RISULTATI Ai fini dello studio sono stati consegnati 90 questionari a tutti i professionisti sanitari operanti nei 10 Laboratori di Emodinamica delle Regioni Abruzzo e Molise. Sono stati raccolti in totale di 70 questionari correttamente compilati, con un tasso di adesione pari al 77.8 %. La maggior parte dei soggetti è di sesso femminile (52.9 %) ed appartenente alla professione infermieristica (68.6 %). L'età media è di 44.7 anni (± 10.7) e l'anzianità di servizio, in media, è di 20.3 anni (± 11.6). Il 90 % dichiara di non aver mai redatto una scheda di Incident Reporting. Tra le barriere responsabili del sottoutilizzo si evidenziano: "non so come utilizzare il sistema di segnalazione degli eventi avversi" (31.4%), "non credo che il sistema cambi in seguito alla mia segnalazione" (35.7%) e "non so cosa succede alle schede di segnalazione una volta presentate" (32.9%). Il 24.3% indica come principale barriera "il timore di contenziosi medico legali". Nella valutazione stratificata delle barriere emerge che gli infermieri sono più propensi nell'indicare "ho paura di contenziosi medico legali" (29.2%) e "non credo che il sistema cambi in seguito alla mia segnalazione" (41.7%); i medici hanno citato maggiormente "non so quali incidenti segnalare" (45.5%) e "non so come utilizzare il sistema di segnalazione di eventi avversi" (54.5%). Il personale tecnico ha indicato prevalentemente "non so come utilizzare il sistema di segnalazione di eventi avversi" (45.5%) e "non so cosa succede alle schede di segnalazione una volta presentate" (54.5%). Tra le barriere identificate, soltanto "non so quali incidenti segnalare" evidenzia una differenza statisticamente significativa tra le categorie professionali intervistate, ($p < 0.040$). Tra gli operatori che hanno redatto una scheda di segnalazione, il 50% risulta d'accordo con le seguenti affermazioni: "il processo di segnalazione di eventi avversi è semplice e veloce", e "sono soddisfatto del feedback che ricevo dopo la presentazione di una scheda di segnalazione".

LIMITI L'utilizzo di dati provenienti da Laboratori di Emodinamica localizzati all'interno di due sole Regioni italiane impedisce di generalizzare i risultati. Il disegno di studio cross-sectional non è in grado di determinare il nesso di causalità che intercorre tra le variabili, consentendo solo di stimare la misura della loro frequenza e della loro associazione.

CONCLUSIONI Lo studio mette in evidenza il livello di sottoutilizzo delle schede di segnalazione, sebbene una buona percentuale del campione riconosca di avere un ruolo fondamentale nella riduzione degli errori attivi e nel miglioramento della sicurezza dei pazienti all'interno dei Laboratori di Emodinamica. Al fine di ottimizzare l'utilizzo del sistema di Incident Reporting, gli intervistati hanno segnalato la necessità di formazione specifica sull'utilizzo delle schede di segnalazione e sull'analisi delle "cause latenti", ponendo particolare attenzione ai fenomeni nuovi o emergenti all'interno dei contesti operativi.

Indirizzo per la corrispondenza

Di Renzo Maurizio Rivera, Infermiere
Distretto Sanitario di Lanciano - U.O. Assistenza Domiciliare Integrata/Assistenza Residenziale e Semiresidenziale
Via Don Minzoni - 66034 - Lanciano
Email: maurizio.direnzo@asl2abruzzo.it

55. Nurses' self-efficacy: an observational study

Dignani Lucia¹, Berdini Michele², Girotti Susi¹, Guarinoni Milena Giovanna³, Lucertini Carla¹, Toccaceli Andrea¹

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche, ³Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND Il concetto di self-efficacy (SE), o autoefficacia, si riferisce alla fiducia di una persona nella propria capacità di ottenere gli effetti desiderati attraverso le proprie azioni. Più la SE è elevata, maggiore è la probabilità che lo svolgimento di determinate attività conduca ad outcomes positivi. Nell'ambito del nursing, l'autoefficacia è riferita all'autonomia e alla responsabilità professionale. Gli infermieri con un elevato livello di SE considerano gli ostacoli come opportunità, mirano a superare situazioni difficili, sono più propensi a svolgere un'attività fino a quando non primeggiano in essa. La self-efficacy è associata ad una migliore performance, ad una maggiore capacità nel processo decisionale, e sembra essere in grado di influenzare l'efficacia, l'efficienza, il pensiero critico, la soddisfazione lavorativa. Data la rilevanza dell'argomento, risulta interessante indagare il livello di self-efficacy in settings clinici differenti.

OBIETTIVI valutare il livello di self-efficacy percepito dal personale infermieristico di setting medico e di area critica.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo, nel periodo luglio-settembre 2016. Sono stati arruolati gli infermieri di 4 Unità Operative (UO) di setting medico (Clinica Ematologica, Clinica Medica, Oncologia e Pneumologia), e di 4 UO di area critica (Clinica di Rianimazione, Divisione di Rianimazione, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza) dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, secondo una modalità di convenienza. Per l'indagine è stato impiegato un questionario costruito ad hoc, composto da due sezioni: una per la rilevazione delle variabili socio-demografiche, una per la valutazione dei livelli di SE percepita. Quest'ultima era costituita da 30 items, suddivisi in 4 diverse aree, che indagavano rispettivamente: l'autoefficacia relazionale, l'efficacia collettiva percepita, la capacità di risoluzione dei problemi, l'abilità nella gestione delle situazioni di emergenza. Ogni item prevedeva un'opzione di risposta multipla su una scala likert da 0 a 5. I dati sono stati analizzati col software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) - versione 19.

RISULTATI Hanno partecipato allo studio 178 infermieri (response rate: 81%). Il campione era costituito prevalentemente da femmine (66.3%), con un'età media di 37.8 anni (DS 8), e uno stato di servizio medio di 13.2 (DS 7.9) anni. Per quanto attiene il titolo abilitante, il 60.7% del campione ha conseguito la laurea, il 13.5% il diploma universitario, il 25.8% il diploma regionale. Il 25.8% degli infermieri indagati ha conseguito un titolo formativo post-base. Lo studio ha evidenziato la presenza di elevati livelli di SE nei gruppi di entrambi i settings assistenziali. Tuttavia gli infermieri di area medica ha ottenuto punteggi più alti negli items della prima e della seconda area, riguardanti la sfera relazionale e l'autoefficacia collettiva percepita. Il setting di area critica, invece, ha ottenuto punteggi maggiori nella sfera dell'emergenza. Complessivamente gli infermieri di area critica hanno ottenuto punteggi più alti in tutte e 4 le aree di SE indagata. L'analisi inferenziale ha mostrato i seguenti risultati: 1. La formazione post base ha mostrato di influenzare in maniera statisticamente significativa i differenti livelli di SE relativamente alla seconda area "autoefficacia relazionale" ($p=0,010$) ed alla quarta area "situazioni di emergenza" ($p=0,000$) 2. L'appartenenza alle diverse unità operative investigate influenza in maniera significativa la terza area "risoluzione dei problemi" ($p=0,009$).

LIMITI Uno dei limiti della ricerca è rappresentato dall'utilizzo di uno strumento non sottoposto a validazione. Inoltre, la ridotta numerosità campionaria pone dei limiti alla generalizzabilità dello studio.

CONCLUSIONI I risultati dello studio hanno permesso di avere una chiara visione del livello di self efficacy percepito dal personale infermieristico di due settings assistenziali. In generale, il setting di area critica ha mostrato una autoefficacia maggiore di quello medico. La consapevolezza del grado di SE ha evidenziato possibili aree suscettibili di interventi di miglioramento.

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: luciadignani@yahoo.it

56. Fine vita e dignità umana: studio qualitativo fenomenologico

Dignani Lucia¹, Chiarello Alice², Girotti Susi¹, Toccaceli Andrea¹, Lucertini Carla¹, Guarinoni Milena Giovanna³

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche, ³Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND La salvaguardia della dignità umana degli assistiti nel fine-vita rappresenta uno degli obiettivi di primaria importanza della pratica clinico-assistenziale. Nel fine-vita le persone vanno incontro a perdita dell'autonomia, con conseguente riduzione del senso di controllo e dell'identità individuale e sociale. Numerosi studi hanno cercato di definire i determinanti che concorrono a migliorare la dignità del morente in ambito assistenziale, evidenziando che molte sono le azioni che possono essere intraprese dal personale infermieristico nella presa in carico di questi assistiti. Tuttavia mentre in letteratura sono presenti ricerche che indagano come l'ambiente può influenzare significativamente la dignità, non ci sono studi che indagano come il concetto di cure dignitose nel fine-vita può variare da un setting assistenziale all'altro. La conoscenza dei fattori critici e dei punti di forza nell'assistenza al morente può supportare le strategie organizzative volte al miglioramento e al cambiamento in ambito assistenziale.

OBIETTIVI comprendere il significato attribuito al concetto di dignità umana nel fine-vita dal personale infermieristico di setting medico e di area critica.

METODI È stato utilizzato un disegno qualitativo fenomenologico descrittivo. Lo studio ha coinvolto gli infermieri di un'azienda ospedaliera marchigiana, di 4 Unità Operative (UO) di setting medico (Clinica Ematologica, Clinica Medica, Oncologia e Pneumologia) e di 4 UO di area critica (Clinica di Rianimazione, Divisione di Rianimazione, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza), con diverso grado di esperienza nell'assistenza a persone nel fine-vita. Il campionamento, avvenuto secondo una modalità di convenienza, si è protratto fino a saturazione dei dati, nel periodo settembre-ottobre 2016. Gli infermieri sono stati arruolati su base volontaria, individuati tramite conoscenza diretta o indiretta dei ricercatori. Sono stati considerati i seguenti criteri di inclusione: almeno 2 infermieri per ogni UO, infermieri con almeno un anno di esperienza lavorativa nell'UO di appartenenza. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste "face to face", condotte da un unico ricercatore, registrate e successivamente ritrascritte. Le interviste, di tipo non strutturato, si sono basate sulla domanda iniziale: "Quale significato attribuisce al concetto di assistenza dignitosa nella presa in carico della persona nel finevita?" L'analisi delle interviste è stata condotta attraverso il metodo Colaizzi.

RISULTATI Sono stati arruolati 21 infermieri: 10 di setting medico e 11 di area critica. Il campione, prevalentemente femminile (80.9%), aveva un'età media di 35.8 (DS 5.3), e un'esperienza media nella UO di appartenenza di 8.4 (DS 5.2) anni. L'analisi delle interviste ha portato all'identificazione di 8 temi principali per il setting medico, raggruppati poi in 5 categorie: rispetto, gestione dei sintomi, privacy, relazione, disagio etico/professionale. Nel setting di area critica sono emersi 11 temi, suddivisi in 6 categorie: rispetto, gestione dei sintomi, supporto al familiare, relazione, ambiente, disagio etico/professionale. Trai due gruppi sono emersi temi analoghi, come la necessità di coinvolgere la famiglia nelle ultime fasi della vita del morente, in quanto fonte di supporto emotivo e fisico. Inoltre, entrambi i campioni evidenziano la necessità di creare luoghi dedicati all'interno delle UO che consentano il rispetto della privacy, e che favoriscano la presenza delle persone significative per l'assistito. Tra le differenze evidenziate, spicca la modalità di approccio alla gestione dei sintomi. Gli infermieri di area critica vedono come focus per un'assistenza dignitosa, la gestione del sintomo dolore. Gli infermieri di area medica identificano la mancanza di sofferenza nel supporto psicologico, nella gestione del dolore, nel favorire la serenità interiore e nel conforto della famiglia.

LIMITI Il principale limite dello studio è rappresentato dal campionamento di convenienza.

CONCLUSIONI La ricerca ha evidenziato che il concetto di assistenza dignitosa nel fine vita è legato all'ambito lavorativo e alla tipologia di assistito trattato. Nel setting medico il mantenimento della dignità nel fine-vita sembra prevalentemente legato ai bisogni dell'assistito e all'importanza della relazione. In area critica l'assistenza si focalizza soprattutto sulla cura dei bisogni fisici e sul trattamento del dolore.

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: luciadignani@yahoo.it

57. I determinanti della qualità della vita dopo intervento di cardiocirurgia valvolare: una revisione sistematica

Dignani Lucia¹, Giampaolletti Andrea¹, Lucertini Carla¹, Toccaceli Andrea¹, Guarinoni Milena Giovanna²

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND Negli ultimi anni gli interventi di cardiocirurgia valvolare sono diventati procedure sempre più diffuse. In Italia ne vengono eseguiti numerosi a persone di età differenti, con procedure più o meno invasive e con prognosi spesso favorevoli. Anche se la mortalità e la morbidità sono le misure più frequentemente utilizzate per valutare l'efficacia dei trattamenti cardiocirurgici, in letteratura si reperiscono numerosi studi che valutano la qualità della vita (Quality of Life – QoL) come importante outcomes clinico-assistenziale. La misura della QoL sembra infatti fornire informazioni più globali sullo stato fisico, funzionale, psicologico e sociale dell'individuo, poichè si focalizza sulla persona più che sulla patologia. La QoL diviene quindi il principale endpoint di numerose ricerche su questa categoria di assistiti. L'obiettivo dei sanitari si focalizza perciò non solo sul prolungamento della vita, ma anche sul benessere della persona, che deve recuperare una vita soddisfacente. Risulta quindi interessante comprendere quali sono i determinanti della QoL nelle persone che sono state sottoposte a cardiocirurgia valvolare, in modo da orientare in modo appropriato gli interventi dei sanitari.

OBIETTIVI indagare i determinanti della qualità della vita negli assistiti sottoposti ad intervento di chirurgia valvolare.

METODI È stata condotta una revisione sistematica della letteratura sulle banche dati elettroniche PubMed, Scopus, Cinhal e Web of Science. Le stringhe di ricerca sono state costruite combinando i termini chiave valvular heart surgery, quality of life, patient, inpatient, outpatient, determinant, e i loro termini sinonimi, i termini correlati e le varianti in spelling. Sono stati inclusi nella revisione gli articoli scritti in lingua inglese, pubblicati nel periodo 2010-2015, che avevano come obiettivo la valutazione della QoL post-intervento di cardiocirurgia valvolare. Il processo di selezione degli articoli, effettuato a maggio 2015, è stato condotto da due ricercatori in modo indipendente. In caso di disaccordo, è stato ottenuto il consenso attraverso un terzo ricercatore. Per importare e ordinare i records selezionati è stato impiegato il software Endnote X6.

RISULTATI Le strategie di ricerca utilizzate hanno determinato la restituzione di 581 records, ridotti poi a 154 dopo la rimozione dei duplicati. L'analisi degli abstract ha condotto poi all'eleggibilità di 8 articoli, i quali incontravano i criteri di inclusione predefiniti. Gli studi analizzati hanno evidenziato che tra i determinanti che sono in grado di influenzare maggiormente la QoL dopo intervento di cardiocirurgia valvolare risultano esserci le tipologie di intervento effettuato e le tecniche utilizzate. Inoltre, l'età e il sesso maschile sembrano influire negativamente sulla qualità della vita, come anche la presenza di patologie concomitanti e le frequenti riospedalizzazioni. In riferimento alla terapia farmacologica, è emerso che i soggetti che assumono terapia anticoagulante hanno una qualità della vita inferiore. Rispetto allo stile di vita, l'astensione dall'alcol e dal fumo e una regolare attività fisica sono condizioni essenziali per una migliore QoL. Importante è risultato essere, inoltre, il ruolo educativo dei sanitari, che fornendo adeguate informazioni sul percorso terapeutico e sul follow-up post operatorio sono in grado di aumentare l'aderenza terapeutica e quindi la QoL di questa categoria di assistiti.

LIMITI I principali limiti dello studio sono rappresentati dall'utilizzo di solo 4 banche dati biomediche per la selezione degli articoli, e l'esclusione della letteratura grigia dalla revisione sistematica.

CONCLUSIONI La qualità della vita delle persone sottoposte ad intervento di chirurgia valvolare è influenzata da numerosi determinanti. La conoscenza delle variabili che incidono sulla QoL degli assistiti può aiutare il personale sanitario ad effettuare interventi clinico-assistenziali appropriati. Lo studio ha evidenziato l'importante ruolo rivestito dall'informazione e dall'educazione fornita dai sanitari alle persone nel post-operatorio.

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: luciadignani@yahoo.it

58. Sicurezza al triage e conoscenze infermieristiche: studio osservazionale multicentrico

Dignani Lucia¹, Vitali Daiana², Girotti Susi¹, Lucertini Carla¹, Guarinoni Milena Giovanna³, Toccaceli Andrea¹

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche, ³Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND Il triage è il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentono di stabilire la priorità di intervento. Gli assistiti a cui è stato assegnato, da parte del triagista, un codice di priorità di accesso sottostimato rispetto alla condizione clinica e al rischio evolutivo, possono andare incontro a morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico ovvero dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato. Nel contesto intraospedaliero, l'infermiere di Pronto Soccorso mette in atto conoscenze, esperienze e abilità specifiche per categorizzare clinicamente gli utenti in relazione alla necessità più acuta. Dalla loro competenza e appropriatezza dipende la sicurezza degli assistiti. Data la rilevanza del problema, il Ministero della Salute, attraverso la Raccomandazione Ministeriale n.15 del 2013, ha fornito una serie di indicazioni volte a prevenire errori legati ad una non corretta attribuzione del codice triage da parte del personale infermieristico di Pronto Soccorso. Data la disponibilità di raccomandazioni specifiche che supportano la pratica clinico-assistenziale nella presa di decisioni in triage, è assolutamente indispensabile che i professionisti infermieri attuino tutte le misure necessarie ad evitare l'insorgenza di eventi avversi. Diviene quindi di fondamentale importanza comprendere il livello di conoscenze possedute dal personale infermieristico di Pronto Soccorso, sui contenuti della Raccomandazione Ministeriale n°15.

OBIETTIVI valutare se le conoscenze del personale infermieristico di Pronto Soccorso che effettua triage sono conformi alle indicazioni della raccomandazione ministeriale n° 15.

METODI È stato condotto uno studio cross-sectional nel periodo luglio-settembre 2016. Il campionamento di convenienza ha coinvolto gli infermieri del Pronto Soccorso di 5 ospedali marchigiani. Per la rilevazione dei dati è stato utilizzato un questionario costruito ad hoc, composto da due sezioni: una per la rilevazione di variabili socio-demografiche, una per l'autovalutazione delle conoscenze delle indicazioni contenute nella raccomandazione ministeriale n°15, formata da 15 items a risposta dicotomica (vero-falso). L'analisi dei dati è stata condotta attraverso il software statistico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versione 19).

RISULTATI Hanno partecipato allo studio 127 infermieri su 163 (response rate: 78%). Il campione era prevalentemente femminile (58.3%), con una età media di 37.8 anni (DS 6.7) ed uno stato di servizio medio di 13 anni (DS 7.2). Per quanto riguarda il titolo di studio abilitante, il 62.2% possedeva la laurea triennale, il 16.5% il diploma universitario, e il 21.3% il diploma regionale. Il 27.6% degli infermieri arruolati ha seguito un percorso formativo post base. I risultati dell'indagine hanno evidenziato in generale un buon livello di conoscenza delle indicazioni contenute nella raccomandazione ministeriale n.15. Gli items che hanno mostrato maggiori criticità sono stati: a) la corretta assegnazione del codice triage non determina riduzione dei tempi di attesa, con solo 26% delle risposte corrette; b) il triage delle maxiemergenze non è oggetto della raccomandazione n°15, con 44.1% delle risposte corrette e tale dato mostra inoltre una significatività statistica ($p=0,007$) rispetto alla struttura ospedaliera di appartenenza; c) l'evento sentinella "morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage deve essere segnalato alla Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute, con solo il 52% delle risposte corrette. Gli items a risposta migliore sono stati quelli relativi a: a) il triage telefonico è svolto dalla Centrale Operativa 118 attraverso un'intervista strutturata, con il 98.4% delle risposte corrette e tale dato evidenzia una significatività statistica ($p=0,018$) in riferimento agli anni di servizio totali; b) le aree del triage devono essere chiaramente identificabili per tutti coloro che accedono in Pronto Soccorso, con il 97.6% delle risposte corrette.

LIMITI Il principale limite dello studio è rappresentato dall'utilizzo di uno strumento non validato per la raccolta dati. Inoltre la ridotta numerosità campionaria pone dei limiti alla validità esterna.

CONCLUSIONI I risultati dello studio hanno consentito di avere una chiara visione del livello di conoscenze posseduto da un gruppo infermieristico di Pronto Soccorso in merito ai contenuti e alle strategie proposte dalla Raccomandazione Ministeriale n°15, e di individuare le aree di maggiore bisogno formativo.

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: luciadignani@yahoo.it

59. Rosuvastatina in prevenzione primaria in soggetti a rischio intermedio? Beneficio modesto, soluzione inefficiente

Donzelli Alberto¹, Schivalocchi Alessandro², Cassavia Galdino¹

¹ATS della Città Metropolitana di Milano, ²Università degli Studi Milano-Bicocca

BACKGROUND Il RCT HOPE-3 (Yusuf S. NEJM 2016;374:2032), su pazienti a rischio cardiovascolare (CV) intermedio in prevenzione primaria, di età media 66 anni e colesterolo(c) LDL 128 mg/dl, ha mostrato una significativa riduzione di eventi CV con 10 mg di rosuvastatina (HR 0,76, IC 0.64-0.91; NNT 91) rispetto al placebo, nell'arco di 5,6 anni. Rosuvastatina non ha aumentato diabete o tumori, ma ha mostrato un eccesso, atteso, di dolore o debolezza muscolare, NNH 91; e di chirurgia per cataratta NNH 143. Il produttore di rosuvastatina, sponsor del RCT, la ripropone ora in prevenzione primaria nell'ampia popolazione di soggetti a rischio CV intermedio. Un altro produttore propone ezetimibe, in combinazione con simvastatina, o per potenziare l'azione ipocolesterolemizzante delle statine in genere, o in soggetti ad esse intolleranti.

OBIETTIVI Dimostrare che i modesti benefici in prevenzione primaria di rosuvastatina (e quelli non provati di ezetimibe), si possono ottenere in modo più costo-efficace.

METODI Analisi dei risultati di HOPE-3 (e di ezetimibe), in base al meccanismo esplicativo condiviso dagli autori e dalla maggior parte della comunità scientifica, e di strategie alternative per ottenerli proposte nell'ex ASL di Milano. Confronti di spesa per ipolipemizzanti tra l'ASL di Milano e le altre ASL Lombarde.

RISULTATI Gli autori di HOPE-3, in linea con le conclusioni delle metanalisi della Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration (CTTC), attribuiscono i benefici ottenuti alla riduzione del cLDL, in media del 26,5%, cioè di 34,6 mg/dl rispetto al placebo. Per ogni mmol/l (38,67 mg/dl) in meno di cLDL in prevenzione primaria la CTTC stima una riduzione del 15-19% di eventi CV maggiori, e l'effetto rilevato in HOPE-3 non si discosta in modo significativo da questa stima (per altro il partecipante-tipo in HOPE-3 ha avuto un posponimento medio dell'esito primario di soli 11,9 giorni; e della mortalità di soli 2 giorni, differenza questa non statisticamente significativa). Anche atorvastatina ha però dimostrato efficacia in prevenzione primaria (ASCOT-LLA. Lancet, 2003), e una riduzione di cLDL simile a quella data da 10 mg di rosuvastatina si può ottenere con 20 mg di atorvastatina equivalente, a un costo inferiore per il SSN (€ 97 vs 357/anno). O, ancor meglio, con atorvastatina 10 mg (€ 53/anno) 1 porzione da ~40 g di noci o altra frutta secca in guscio, in grado di ridurre il cLDL del 6% e più. Una porzione di noci al dì ha inoltre dimostrato un'autonoma efficacia nel ridurre del 30% eventi CV nel RCT PREDIMED, e in studi osservazionali su centinaia di migliaia di individui ha anche mostrato di ridurre la mortalità totale in misura significativa e proporzionale al consumo. Inoltre le noci si associano con un buon controllo del peso corporeo, e sono in genere molto gradite. La stessa strategia vale a maggior ragione come alternativa a simvastatina ezetimibe, che oltretutto nei RCT testa a testa non ha mai dimostrato di ridurre i morti totali rispetto a simva- da sola o al placebo, anzi ha sempre avuto qualche morto in più. Ezetimibe simvastatina, rispetto a una pari dose di atorvastatina con l'aggiunta di noci, costa al SSN ~7-14 volte di più. Ezetimibe da solo, poi, abbassa il cLDL quanto 2,5 mg di simvastatina, ma costa € 641/anno vs 11/anno di simvastatina. Intolleranze alle statine, spesso non confermate, sarebbero comunque poco plausibili alla minima dose di 2,5 mg. L'ex ASL di Milano propone e implementa da lustri anzitutto efficaci modifiche dello stile di vita per il controllo del rischio CV, e incoraggia soluzioni più costo-efficaci in prevenzione primaria. In assenza di malattie CV, inoltre, sconsiglia terapie ipolipemizzanti nei grandi anziani, per insufficienti prove di efficacia e possibile aumento della mortalità totale. La stessa ha dimostrato, anche in uno specifico progetto AIFA-Regione 2009-2012, una spesa procapite pesata per ipolipemizzanti sempre ai minimi tra le ASL Lombarde. I recuperi annui rispetto a una spesa teorica pari alla media regionale sono molti milioni di Euro (es: € 1,4 ml/2009; 1,7/2010; 2,07/2011; 1,3/2012; 1,35/2015). In parallelo è migliorata costantemente anche la mortalità evitabile (misurata semestralmente attraverso i dati delle anagrafi comunali secondo la metodologia usata dall'OCSE: tutti gli anni, mesi o giorni persi prima dei 75 anni per 100.000 abitanti) e si è sempre registrato un buon gradimento tra i MMG designati dalle OO.SS di categoria a monitorare il progetto regionale.

LIMITI Non aver saputo valorizzare meglio a livello regionale e nazionale il lavoro svolto e i risultati conseguiti nell'ex ASL di Milano.

CONCLUSIONI Nell'ambito del controllo della colesterolemia le ASL/AUSL/ATS hanno ampi margini per disinvestire da interventi di low-value e riallocare in interventi più efficaci e costo-efficaci. La diffusione di informazioni basate sulle prove ha dimostrato di poter recuperare importanti risorse con il consenso dei medici e senza pregiudicare i livelli di cura.

Indirizzo per la corrispondenza

Donzelli Alberto, Medico Chirurgo

ATS Milano – Città Metropolitana - Sede territoriale di Milano - Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM

Corso Italia, 19 - 20122 - Milano

Email: adonzelli@ats-milano.it

60. Incentivi finanziari ai medici per produrre salute e ridurre la mortalità? La lezione del QOF

Donzelli Alberto¹, Schivalocchi Alessandro², Sghedoni Donatella¹

¹ATS della Città Metropolitana di Milano, ²Università degli Studi Milano-Bicocca

BACKGROUND Il Quality and Outcome Framework (QOF) è un sistema di Pay-for-Performance (P4P) per incentivare gli equivalenti inglesi dei nostri MMG a conseguire obiettivi di processo e output (nel gestire patologie, fattori di rischio, atti preventivi), ritenuti correlati a risultati di salute e qualità assistenziale. Ha sostituito altre forme di remunerazione nel contratto 2004 della medicina generale. Una ricerca (Ryan AM. Lancet 2016;388:268) ne ha valutato l'impatto sulla mortalità.

OBIETTIVI Valutare criticamente i risultati sulla mortalità del più organico dei sistemi di P4P, che nel NHS ha dato risultati deludenti. Proporre un modello di remunerazione più coerente nell'allineare gli interessi degli attori in sanità a quelli di fondo dei cittadini, che sono: avere un sistema sanitario che, oltre a dar risposte soddisfacenti in caso di malattia, aiuti a vivere a lungo in buona salute, con costi minimi per l'assistito e sostenibili per la comunità.

METODI I QOF sulla mortalità. Formulare una proposta di sistema di remunerazione dei MMG (e di altri attori in Sanità) in Italia che superi i problemi strutturali di un sistema P4P.

RISULTATI Analizzare e provare a spiegare i risultati deludenti dell'QOF ha aumentato i costi per il NHS senza ridurre la mortalità. L'iniziale miglioramento di indicatori incentivati si è attenuato nel tempo, e potrebbe essere in parte dovuto a performance rendicontate con manipolazioni statistiche interessate. Il bilancio netto in termini di salute sembra persino negativo, perché il modesto andamento favorevole della mortalità per l'esito composito incentivato (-3,68 x 100.000) è sovracompensato dalla mortalità per cancro e per tutte le condizioni non incentivate (0,28 e 11,60 x 100.000). Il fallimento del costoso QOF nel ridurre la mortalità non mette per forza in dubbio l'uso di incentivi finanziari ottenere risultati a livello di popolazione, ma può esser dovuto a problemi specifici del P4P. La remunerazione per prestazione e performance, concentrandosi su obiettivi particolari, non può evitare il rischio che i medici destinatari giochino con gli indicatori, o concentrino (a tempo) l'attenzione sulle condizioni/patologie incentivate, trascurandone altre non associate a incentivi, con "spostamenti dei risultati" a somma zero. Inoltre non evita il rischio che gli incentivi siano: - mirati in modo inadeguato, anche per influenza sui decisori dei conflitti d'interesse delle società scientifiche e per le deleghe loro conferite dal Sistema Sanitario pubblico - associati a soglie poco impegnative, per condizionamenti nelle negoziazioni con i Sindacati medici, subiti da una Parte pubblica con scarse competenze specifiche. Sembra una strategia migliore un modello di remunerazione che "paga la longevità", considerata proxy riassuntiva dello stato di salute. Ciò si può ottenere remunerando i MMG (e altri attori in Sanità, e le organizzazioni in cui operano) con quote capitarie pesate in modo forte e progressivo in base all'età della popolazione di afferenza/servita. Ad es.: considerare quota-base capitaria di peso 1 quella per bambini di 10-15 anni, e aumentare ogni anno la quota in base alla progressione d'età di ciascun assistito, fino a pagare 10 volte la quota-base per i centenari. L'esito "longevità" è comprensivo e d'indiscutibile, facile e immediata misurazione; include qualsiasi obiettivo parziale e porta i medici a concentrarsi sugli interventi (spesso economici!) ritenuti in scienza e coscienza di maggior efficacia (al netto di effetti avversi e problemi di sicurezza nel tempo), compresi interventi educazionali e sociali, per ottenere longevità in buona salute. Tale obiettivo, incentivato come descritto, allinea etica e interessi dei medici all'obiettivo principale degli assistiti, per il quale sono disposti a pagare le tasse per un SSN. La Fondazione Allineare Sanità e Salute ha illustrato il modello in eventi pubblici e pubblicato i materiali sul proprio sito web.

LIMITI La letteratura, compresa una revisione sistematica Cochrane, è piuttosto coerente nell'indicare i limiti dei sistemi P4P, ma questi vantano importanti applicazioni in itinere, che potrebbero affinarli. Il modello teorico "che paga la salute/longevità" va declinato con i diversi attori in Sanità, e servirebbe una sperimentazione che ne dimostri l'efficacia pratica e consenta una sua messa a punto.

CONCLUSIONI Il modello che "paga la longevità" (che a livello di popolazione è "sana" per definizione) evita di parcellizzare obiettivi clinici eterostabiliti/non individualizzati, responsabilizza il medico a ricercare le migliori conoscenze e ad acquisire le migliori capacità da personalizzare con il singolo assistito. Soddisfa al tempo stesso l'etica ippocratica, gli interessi di stipendio, carriera, credibilità del medico e quelli dell'assistito che lo ha scelto, ed evita problemi comuni nei sistemi P4P, come giochi opportunistici e distrazione da obiettivi potenzialmente rilevanti per uno specifico paziente. Merita una sperimentazione locale ben condotta e monitorata.

Indirizzo per la corrispondenza

Donzelli Alberto, Medico Chirurgo
ATS Milano – Città Metropolitana - Sede territoriale di Milano - Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM
Corso Italia, 19 - 20122 - Milano
Email: adonzelli@ats-milano.it

61. L'applicazione acritica dei target pressori del trial SPRINT rischia di comportare un eccesso di mortalità

Donzelli Alberto¹, Schivalocchi Alessandro², Sghedoni Donatella¹

¹ATS della Città Metropolitana di Milano, ²Università degli Studi Milano-Bicocca

BACKGROUND Il RCT SPRINT (NEJM 2015;373:2103) ha confrontato soglie di terapia antipertensiva in pazienti ad alto rischio cardiovascolare (CV) non diabetici, con farmaci generici e risultati spiazzanti. Il gruppo con target di pressione arteriosa sistolica (PAS).

OBIETTIVI Dimostrare che tali studi sono mal interpretati, e che la loro acritica applicazione può dare eccessi di mortalità e di spesa per antipertensivi. Soglie di cura appropriate e scelte di principi attivi costo-efficaci possono invece ridurle.

METODI Analisi di seri errori interpretativi dei due studi. Confronti di spesa per antipertensivi tra ex ASL di Milano e ASL Lombarde.

RISULTATI 1) La rilevazione della PA in SPRINT era atipica: media di 3 misurazioni con apparecchio automatico in stanza silenziosa senza sanitari, dopo 5' di riposo seduti. Su 353 ipertesi misurazioni simili a quelle di SPRINT (Filipovsky. Blood press 2016; 25:228), subito ripetute da medici esperti con il metodo ascoltatorio corrente, hanno rilevato con questo valori medi di PAS superiori di 15 mmHg. Se la PAS rilevata in SPRINT si aumentasse di 15 mmHg per riprodurre la pratica corrente, significherebbe che si sono avuti risultati migliori con PAS medie equivalenti a 136,5 (gruppo intensivo) vs 150 mmHg (gruppo di controllo): ciò confermerebbe solo quanto ben noto! 2) I RCT troncati per benefici tendono a esagerare gli effetti positivi. SPRINT è stato interrotto a 3,25 anni (durata massima pianificata di 6): i morti totali sono stati solo 180, l'esito composito primario 250 eventi: con questi numeri in teoria il vantaggio nel gruppo intensivo avrebbe potuto ridursi allungando il follow up. È discutibile averlo interrotto, quando i risultati potevano stravolgere i target di PAS per miliardi di persone. Studi osservazionali ben condotti su grandi anziani o nefro- o cardiopatici mostrano che PAS =120 possono associarsi a esiti drammatici. 3) La revisione sistematica di 11 RCT che han confrontato soglie di PA, incluso SPRINT (Therapeutics Initiative. 98,2016), mostra che i target più aggressivi non hanno ridotto la mortalità totale (RR 0,95; IC 95% 0,86-1,05), che escludendo SPRINT ha semmai teso all'aumento: RR 1,03. 4) I benefici assoluti non sono clamorosi. L'esito primario è passato da 2,19%/anno con target standard a 1,65% con target stringente: NNT 61 in 3 anni (90 per la mortalità totale). 5) L'aumento assoluto di seri eventi avversi attribuiti alla terapia non è trascurabile, specie per l'aumento di danni renali, e nel tempo potrebbero ridurre aderenza e persistenza. 6) SPRINT è in aperto, non in doppio cieco (maggiore rischio di bias). 7) Ha reclutato quasi solo ipertesi già in cura con 1-2 antipertensivi, dunque i risultati non valgono come indicazione a iniziare terapie in chi ha PAS fisiologica tra 130 e 140. Ancor più dopo il grande RCT HOPE-3 (Lonn. NEJM 2016;374:2009), non troncato e completato a 5,6 anni, che dimostra che iniziare antipertensivi in soggetti sani a rischio CV intermedio dà benefici solo agli ipertesi (PAS media 154), ma crescente tendenza al danno ai due terzi con PAS medie =138 mmHg. Lo studio coreano non valida SPRINT: rispetto a una PAS 140 aveva in tendenza minor mortalità rispetto a una PAS <120 sottolinea un aumento significativo di eventi CV con PAS standard da 120 a <140 (HR 1,17), ma per assurdo ignora una speculare significativa riduzione di mortalità totale (HR 0,83) con la soglia standard. Persino il gruppo con PAS >140 aveva in tendenza minor mortalità rispetto a <120. Infine i media hanno ignorato che SPRINT ha usato anzitutto clortalidone e amlodipina, e solo generici. L'ex ASL di Milano, che propone da lustri anzitutto questi farmaci e target di PAS <140 (anche quando gli specialisti chiedevano <130-120) ha dimostrato, in uno specifico progetto AIFA-Regione 2009-'12, di avere la spesa procapite pesata per antipertensivi più bassa in Lombardia, con recuperi annui di milioni di Euro rispetto a una spesa teorica pari alla media regionale (€ 4,4 ml/2009; 5,1/2010; 5,2/2011; 4,2/2012...; 4,19/2014), migliorando anche mortalità evitabile e gradimento tra i MMG.

LIMITI La comunità scientifica sta condividendo parte dei rilievi mossi a SPRINT, su altri dibatte. Quello da noi mosso allo studio coreano, pur ammesso dai revisori, non è stato pubblicato.

CONCLUSIONI Studi mal interpretati sulle soglie di PAS possono causare danni clinici e aggravati costi. La diffusione di informazioni basate sulle prove ha permesso di recuperare importanti risorse senza pregiudicare i livelli di cura.

Indirizzo per la corrispondenza

Donzelli Alberto, Medico Chirurgo
ATS Milano – Città Metropolitana - Sede territoriale di Milano - Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM
Corso Italia, 19 - 20122 - Milano
Email: adonzelli@ats-milano.it

62. Analisi proattiva di tre potenziali aree a rischio nel contesto della prevenzione degli eventi avversi

Doratiotto Stefano¹, Castriotta Luigi², Brusaferrò Silvio²

¹Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, ² Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

BACKGROUND Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico- amministrativi e l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile. Come in altri sistemi complessi, quali l'aviazione, le centrali nucleari o i sistemi di difesa militare, anche in ambito sanitario possono verificarsi incidenti ed errori. Per molti anni si è tentato di trasferire in sanità le procedure di sicurezza progettate per gli altri settori, ma al contrario di essi, caratterizzati da una impronta prevalentemente "meccanicistica", in quello sanitario prevale il "fattore umano", nel contempo risorsa e criticità.

OBIETTIVI Lo scopo di questo lavoro, attraverso la somministrazione di un questionario, è di poter stabilire con un'azione pro-attiva, se all'interno di un Reparto di Medicina, vi sia la presenza di aree potenzialmente a rischio sulle quali intervenire al fine di intercettarle, evitando quindi che queste che divengano fonte di errore, sperimentando un percorso di monitoraggio pro-attivo in relazione al contenimento dei rischi e degli eventi avversi nel percorso di sicurezza del paziente.

METODI Studio osservazionale prospettico monocentrico non randomizzato. Per un periodo di circa due mesi, in accordo con lo Staff di Gestione del Rischio Clinico, sono state coinvolte risorse umane del Reparto di Medicina Interna (Medici, Infermieri, Personale Amministrativo, Personale di supporto OSS, OTA), escludendo dallo studio Medici Specializzandi e Medici in Formazione, nella compilazione di un questionario formulato su tre aree principali quali: il livello di formazione del personale, la presenza di disposizioni e il livello delle tecnologie, l'eventuale esistenza di aree scoperte o potenzialmente a rischio di errori sulle quali intervenire al fine di poter svolgere un'azione di monitoraggio di tipo pro-attivo. I dati ottenuti sono stati elaborati statisticamente, valutandoli nel contesto di eventuali segnalazioni sia precedenti che attuali.

RISULTATI Sono stati raccolti 43 questionari con una percentuale di compilazione del questionario quasi del 60%. Riguardo alle disposizioni attuali sono presenti nel reparto di Medicina procedure, protocolli e check list che vengono utilizzati con una frequenza del 75%, esistendo quindi un 25% di possibilità concreto che questi non vengano utilizzati o utilizzati solamente in parte, aspetto su cui si potrebbe intervenire al fine di raggiungere un valore migliore. La maggior parte del personale è comunque a conoscenza delle disposizioni presenti, anche se solo 1/3 utilizza tutte le procedure obbligatorie, mentre i 2/3 utilizzano solo quelle presenti. Il motivo di tale gap (procedure obbligatorie-procedure presenti) da colmare deriva dalla mancanza di tempo a disposizione delle risorse umane che si configura quindi come una problematica reale che alcune volte porta proprio alla mancanza del rispetto delle disposizioni presenti creando un margine entro il quale si prefigura un rischio aumentato in relazione al mantenimento dello standard atteso per la sicurezza presente in reparto. In merito alla formazione le risorse umane presenti attualmente sono molto specializzate, circa i 2/3 del personale è molto motivato nel settore lavorativo, 1/3 rispondono al grado di motivazione con indice neutro e si evince la possibile presenza di un piccolissimo gruppo di persone che attraversano una fase di "scarsa motivazione lavorativa". Tale aspetto si evidenzia dalle risposte auto-valutative inerenti la loro capacità di iniziativa, la loro autonomia e il loro senso di responsabilità professionale. Inoltre, si riscontra, secondo il personale che ha compilato il questionario, una sicurezza elevata nelle prestazioni offerte dal servizio, con un range di miglioramento possibile di circa 1/3. Il clima comunicativo presente è buono per circa i 2/3 delle risorse umane, ma potrebbe essere modificato e migliorato proprio per ottimizzare un parametro fondamentale: la comunicazione. Per quanto riguarda le tecnologie il personale ha indicato in modo unanime che i dispositivi attualmente in uso in reparto andrebbero sostituiti/aggiornati al fine di poter aumentare la qualità del servizio, innalzando al contempo la sicurezza delle cure. Si è quindi stabilito di eseguire un Audit con lo Staff di Gestione del Rischio Clinico per l'analisi dei risultati ottenuti dalla somministrazione dei tre questionari per rilevare e determinare quali siano le aree prioritarie sulle quali intervenire in relazione ai risultati rilevati. Nella realizzazione di questo Audit hanno partecipato 8 persone fra Dirigenti Medici, Personale Tecnico-Sanitario ed Infermieri, permettendo in questo modo il confronto attivo tra i vari operatori sanitari.

LIMITI L'Audit si è limitato al personale dello Staff di Gestione del Rischio Clinico in quanto si sono riscontrate alcune problematiche in relazione al coinvolgimento delle risorse umane del Reparto nella partecipazione all'Audit: manca infatti la mentalità e la cultura aperta al cambiamento per strutturare.

CONCLUSIONI Attraverso l'introduzione e la somministrazione di questo questionario si è dimostrato che può esistere la presenza nelle Organizzazioni Sanitarie, che per la complessità dei processi presenti al loro interno, per l'innovazione tecnologica e la continua necessità di aggiornarsi sia in relazione all'evoluzione della medicina che al progresso della tecnologia, la presenza di alcune potenziali aree a rischio. Queste variabili presenti all'interno dell'organizzazione, se rilevate e monitorate "in anticipo" possono offrire la possibilità di essere gestite ed eventualmente ridotte diminuendo e contenendo la probabilità di rischio e di errori, fornendo al contempo opportunità per obiettivi di miglioramento all'interno dei vari processi. La scelta di aver progettato un questionario di semplice compilazione e dalla grafica "alternativa" ha favorito la raccolta dei dati e la segnalazione di ciò che poteva essere migliorato fornendo dati utili ed interessanti e creando una "mappatura di contesto" in grado di rilevare potenziali aree "a rischio" su cui eventualmente intervenire, nell'ottica di miglioramento dei vari processi soprattutto in relazione alla sicurezza del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Doratiotto Stefano, Medico Chirurgo
Ospedale di Treviso - Santa Maria di Ca' Foncello - U.O. Radiologia
Piazza Ospedale, 1 - 31100 - Treviso
Email: sdoratiotto@ulss.tv.it

63. #SMILE-PROGETTO-ITALIA - Riforma dell'offerta assistenziale odontoiatrica nel servizio sanitario nazionale (SSN) fondata sulla selezione delle migliori pratiche riscontrate sul territorio in termini di accessibilità e di sostenibilità: 1) Manuale operativo di riorganizzazione dei servizi regionali; 2) Programma socio-sanitario per le categorie vulnerabili; 3) nuovo nomenclatore tariffario; 4) Smile-app per dispositivi mobili.

Duvina Marco¹, Pollinari Alessia²

¹Università degli Studi di Firenze, ²AIFA

BACKGROUND Il contesto dell'odontoiatria italiana è caratterizzato da alti costi delle prestazioni, da una spesa odontoiatrica che ammonta a circa 11-12 miliardi di euro annui, dove la domanda di prestazioni odontoiatriche è soddisfatta per il 95% out of pocket e per il restante 5% dal SSN.

OBIETTIVI #SMILE-PROGETTO-ITALIA costituisce una proposta per un piano di revisione dell'offerta dei servizi odontoiatrici, oggi caratterizzata da un'organizzazione regionale disomogenea, finalizzato ai seguenti obiettivi: 1) manuale operativo di riorganizzazione dell'assistenza e di riesame dei sistemi di finanziamento fondato sulla selezione delle best practices nazionali in termini di accessibilità e sostenibilità, di disinvestimento e riallocazione delle risorse; 2) programma socio-sanitario per l'assistenza protesica rivolto alla popolazione in condizione di disagio; 3) proposta di un nuovo nomenclatore tariffario nazionale aggiornato e riclassificato includente anche le prestazioni "high value" spesso sottoutilizzate nel SSN; 4) Progetto "mySMILE App": applicazione pilota per dispositivi mobili smartphone e tablet dedicata all'offerta di servizi di odontoiatria pubblica.

METODI Analisi del processo di pianificazione e programmazione sanitaria; Revisione della normativa nazionale sui L.E.A.; Revisione delle delibere regionali e dei progetti odontoiatria dal D.P.C.M. 2001 ad oggi; Dental care benchmark analisi in UE; Analisi del contesto italiano; selezione delle "best practices" presenti sul territorio nazionale; Revisione delle applicazioni "App" attualmente in commercio ed in uso nel SSN.

RISULTATI La predisposizione di linee-guida per la riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica, la rimodulazione dei meccanismi di finanziamento e la riallocazione delle risorse dedicate, si è tradotta nella strutturazione di un manuale operativo in 3 volumi plasmabile rispetto alla eterogeneità regionali, da sottoporre all'attenzione del Ministero della Salute e delle Regioni. Il recupero di risorse aggiuntive deriva dai 4 strumenti finanziari applicabili nell'erogazione delle prestazioni odontoiatriche a tariffa nei regimi 1) istituzionale 2) libera professione 3) accreditamento; e 4) dalle clausole inserite nelle procedure ad evidenza pubblica per l'accreditamento dei professionisti privati e per l'appalto dei laboratori odontotecnici. La simulazione dei flussi attesi, calcolati sulla base del numero di prestazioni relative ad un periodo di riferimento di una regione benchmark, ha confermato la validità dei meccanismi di finanziamento individuati. Il totale, basato su dati incompleti, di risorse aggiuntive ammonterebbe a circa € 3.800.000,00 da destinarsi alla sostenibilità dei servizi e/o di un progetto socio sanitario rivolto alle categorie in condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria. Queste risorse potrebbero per esempio essere destinate da un lato alla sostenibilità dei servizi, dall'altro all'erogazione gratuita di circa 15.000 dispositivi protesici alla popolazione di cittadini al di sotto del reddito annuo ISEE di 8.000,00 Euro. Se considerassimo a pieno regime il presente progetto, sempre in simulazione e su base cautelativa, potremmo incrementare le suddette risorse aggiuntive di circa il 60% che corrisponderebbero a un ulteriore recupero di circa 2.200.000,00 di Euro.

LIMITI Le disuguaglianze di tipo demografico, epidemiologico, sociale ed economico che, nell'adozione di un modello omogeneo su base nazionale, rappresentano il maggiore ostacolo per il decisore pubblico.

CONCLUSIONI Il presente progetto prevede l'utilizzo e implementazione di strumenti di pianificazione e miglioramento della sostenibilità del SSN frequentemente sottoutilizzati quali l'implementazione dell'accreditamento in-out, i canali di finanziamento per il recupero di risorse aggiuntive, il disinvestimento e riallocazione delle risorse, nuovi livelli di new cut costs e utilizzo di prestazioni high value. In conclusione questa riforma potrebbe produrre vantaggi per tutti gli stakeholders in gioco: le istituzioni pubbliche, i professionisti privati, i cittadini. Infatti, da un lato, il potenziamento dell'offerta pubblica potrebbe generare maggior competitività con un appropriato utilizzo delle strutture esistenti, un più ampio ricorso all'accreditamento, nonché il reperimento di risorse aggiuntive; dall'altro l'accreditamento del privato favorirebbe l'emersione del sommerso e la realizzazione di economie di scala con riduzione dei costi, potrebbe stimolare una maggiore professionalità e aumentare le possibilità di impiego per i numerosi neo-laureati in odontoiatria. Tutto questo non può che ripercuotersi positivamente sul miglioramento della sostenibilità del SSR, ma anche della accessibilità e della tutela della salute dei cittadini, obiettivi che dovrebbero assumere sempre un ruolo centrale nella policy del decisore pubblico al fine di ridare maggiore slancio e competitività alla macchina sanitaria pubblica.

Indirizzo per la corrispondenza

Duvina Marco, Odontoiatra
Università degli Studi di Firenze - Nessuna
Piazza San Marco, 4 - 50121 - Firenze
Email: marco.duvina@gmail.com

64. La percezione degli infermieri e delle ostetriche riguardo l'utenza straniera nei reparti di Pediatria e di Ostetricia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e dell'Azienda USL di Imola

El Mouttaqi Latifa

Ospedale Privato Accreditato Villa Laura di Bologna

BACKGROUND Dagli studi in letteratura risulta che i professionisti incontrano difficoltà nell'interazione con l'utenza di origine straniera, perciò sono stati studiati gli atteggiamenti e problemi incontrati dai professionisti italiani in un ambiente pediatrico in materia di assistenza infermieristica dei bambini e delle loro famiglie provenienti da altri paesi "Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy". Le aree di particolare interesse sono:

- la barriera linguistica;
- l'alimentazione ed i costumi diversi;
- l'igiene personale dei pazienti e delle loro famiglie;
- le pratiche religiose e spirituali.

Lo studio è descrittivo multicentrico di durata circa 3 mesi dove la popolazione è composta da tutti gli infermieri dei reparti di pediatria e le ostetriche dei reparti di ostetricia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna e dell'Azienda USL di Imola e che accettano di partecipare all'indagine e che lavorano a tempo indeterminato da almeno 6 mesi.

OBIETTIVI :Obiettivo principale dello studio è di indagare la percezione dell'infermiere e dell'ostetrica riguardo all'assistenza sanitaria all'utente straniero. Gli obiettivi secondari sono quelli di: -rilevare quali i problemi ed i bisogni degli utenti stranieri sono percepiti da infermieri e ostetriche; -individuare le risposte assistenziali fornite dai professionisti; -identificare i problemi e le necessità per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria suggeriti da infermieri e ostetriche.

METODI questionario composto da 23 domande a scelta multipla e da una domanda finale aperta.

RISULTATI Il campione arruolato è di 164 132 pari all'80,5% hanno risposto al questionario volontariamente di cui il 82,6% da infermieri e il 17,4% da ostetriche. L'87,1% del campione riconosce che è necessario considerare la provenienza socio-culturale dei pazienti stranieri Il 76,9% dichiara che i bisogni di assistenza, infermieristica/ostetrica dei pazienti, sono influenzati dalla loro provenienza socio-culturale L'83,5% degli infermieri/ostetriche considerano l'identità socio-etnica dello straniero Confrontando i livelli formativi sulle conoscenze per comprendere il modo in cui lo straniero si rapporta alla cultura d'appartenenza, non vi sono differenze significative ($\chi^2 = 0,38$).

LIMITI Limiti di lingua.

CONCLUSIONI: Dallo studio emergono gli aspetti positivi gratificanti dell'assistenza transculturale e i Punti di debolezza dove si scatena più facilmente una risposta negativa. Solo il 12,9% ne riconosce una potenziale risorsa. Per avere un'interazione efficace, l'organizzazione, insieme ai professionisti ed ai mediatori culturali, deve capire dove il problema affinché ognuno di loro faccia dei passi per affrontarlo e questo -secondo me- rafforza un approccio più significativo e più condiviso e previene i fattori stressanti che sostengono il burn-out.

Indirizzo per la corrispondenza

El Mouttaqi Latifa, Infermiere
Ospedale Privato Accreditato - Villa Laura - Nessuna
Via Emilia Levante, 137 - 40139 - Bologna
Email: latifa.elmouttaqi@yahoo.it

65. Gli esiti di programmi assistenziali personalizzati al neonato prematuro/critico in terapia intensiva neonatale: revisione di letteratura

Esopi Sara

Università di Bologna Sede di Ravenna

BACKGROUND Il focus dell'assistenza ai neonati prematuri è passato nel tempo dalla pura sopravvivenza a un miglioramento dei risultati e della qualità di vita degli stessi bambini in Terapia Intensiva Neonatale. Programmi personalizzati di intervento precoce che includono l'adattamento dell'ambiente circostante a favore delle esigenze del bambino, volto a promuovere le sue abilità motorie, sociali e cognitive fin dai primi momenti di vita, la valorizzazione delle interazioni genitore-bambino e l'educazione degli stessi mirata al sostegno delle competenze del bimbo, comprendono strategie che forniscono al neonato un ambiente arricchito in cui svilupparsi.

OBIETTIVI L'obiettivo di questo studio è quello di ricercare gli studi quantitativi che hanno dimostrato gli esiti del programma di assistenza NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) rispetto all'assistenza convenzionale del neonato prematuro / critico in Terapia Intensiva Neonatale.

METODI La strategia di ricerca di questa revisione di letteratura è basata sull'Evidence Based Practice; è stata condotta una ricerca sistematica attraverso i diversi database medico / scientifici disponibili: PubMed, MedLine ProQuest, Cinahl, The Cochrane Library, PsychINFO e Scopus. Sono stati presi in considerazione tutti gli articoli che rispettavano i filtri applicati: specie umana (Humans), lingua inglese (English) e che fossero stati pubblicati entro gli ultimi 20 anni (dal 1996 fino al 2016). Degli articoli reperiti, sono stati selezionati solo quelli che rispondevano ai criteri di selezione, ovvero: 1) Studio quantitativo, 2) Studio con comparazione dell'intervento prescelto con il modello convenzionale di assistenza, 3) Campione dei partecipanti superiore a 20, 4) Focus dello studio sono gli esiti / outcomes della NIDCAP sul bambino.

RISULTATI Un totale di 8 articoli sono stati selezionati per questa revisione. Nonostante alcuni studi dichiarino una limitata efficacia del metodo assistenziale sperimentale, in generale, i risultati indicano un impatto positivo o comunque vantaggioso della metodologia NIDCAP rispetto all'assistenza convenzionale ai neonati in TIN. Analizzando le valutazioni eseguite in differenti momenti di vita dei bambini ed in diversi studi, tendenzialmente si nota come a breve termine, ovvero a 2 settimane di età corretta, i neonati mostrino una funzione autonoma, motoria e di autoregolazione migliore, insieme anche a una migliore motilità (tono), appropriatezza e intensità di risposta allo stress, a medio termine (9 e 12 mesi di età corretta) ne giovino le prestazioni mentali (funzioni neurologiche), e a lungo termine (6 anni di età corretta) risultino maggiori i tassi di sopravvivenza con un comportamento normale. Sempre a breve termine si può notare come tale metodo di assistenza possa favorire un distacco precoce dai dispositivi di supplemento ventilatorio: in alcuni casi la CPAP è stata rimossa, a favore di una respirazione autonoma, quasi la metà dei giorni prima rispetto ai neonati assistiti con la metodologia standard, mentre il supplemento di ossigeno ha smesso di essere necessario all'età media di 33 settimane di età post-concezionale contro le 38 settimane dei neonati del gruppo di controllo. A livello economico, nonostante le conclusioni di vari studi siano discordanti, alcune ricerche affermano che non è stata trovata alcuna prova per la quale il costo totale di applicazione della metodologia NIDCAP gravasse tanto da superare i suoi effetti positivi sui bambini prematuri.

LIMITI Sicuramente la mancanza di trials di grosse dimensioni, eseguiti con campioni numerici elevati di bambini, limitano la validità dello studio. Si evidenzia inoltre una certa eterogeneità fra le caratteristiche stesse degli studi: dal numero di bambini inclusi nei trials fino ad arrivare alle differenze di base presentate nei due diversi gruppi di studio, quello NIDCAP e il Control Group. Un altro parametro non misurato uniformemente in tutti gli studi selezionati è stata la valutazione dell'impatto economico globale che l'esecuzione della NIDCAP ha sul bilancio dell' Unità Operativa, indicatore utile, se analizzato sistematicamente, al fine di determinare la fattibilità dell'utilizzo di questo metodo in tutte le diverse realtà ospedaliere.

CONCLUSIONI Nonostante la metodologia necessiti di base di costi maggiori rispetto all'applicazione della metodologia standard, l'analisi degli studi porta alla conclusione che la NIDCAP possa davvero offrire grossi benefici ai neonati, fornendo loro il maggior numero di stimoli sensoriali, adeguati e personalizzati, per svilupparsi. I benefici registrati vanno dal piano motorio, comportamentale e di auto-regolazione, alle funzioni respiratorie, fino ad arrivare allo sviluppo mentale. Ciò supporta il fatto che, nonostante i costi siano alti, non sia stata trovata alcuna prova per la quale il costo totale di applicazione della metodologia NIDCAP gravasse tanto da superare i suoi effetti positivi sui bambini prematuri.

Indirizzo per la corrispondenza

Esopi Sara, Studente

Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Ravenna - Nessuna

Via Mura Diamante Torelli, 67 - 48018 - Faenza

Email: sary_1994@hotmail.it

66. I PDTA interaziendali di rete oncologica come modello progettuale per riorganizzare i percorsi assistenziali tra le aziende sanitarie dell'Area Torino Ovest

Falco Silvio¹, Arione Roberto¹, Galis Veronica², Giacometti Marika², Vitale Arianna³

¹A.O. Ordine Mauriziano di Torino, ²Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, ³Presidio Ospedaliero Umberto I di Torino

BACKGROUND La Rete Oncologica, con nota n.16081 del 17 Febbraio 2016 "Adempimenti della DGR 51-2485 del 23/11/2015", prevede l'elaborazione di PDTA interaziendali nell'ambito dell'Area Torino Ovest che comprende le AASSRR: AO Ordine Mauriziano (Hub), AOU San Luigi, ASL TO1, ASL TO3, IRCCS Candiolo. Tali PDTA sono previsti nell'ambito delle seguenti cinque patologie tumorali: pancreas e vie biliari, toraco-polmonari, ginecologici, sistema nervoso ed epatocarcinoma. Il coordinamento della stesura dei PDTA è a cura dell'Azienda Hub dell'Area. Tra gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati ai Direttori Generali delle AASSRR piemontesi per l'anno 2016 (DGR 30-3307 del 16/05/2016), rientra la completa realizzazione di quanto previsto dalla normativa regionale vigente in materia di organizzazione dei PDTA nell'ambito del Dipartimento di Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta (R.O.). In particolare, l'area di intervento n°2 dell'obiettivo sopra descritto (obiettivo 9) prevede l'elaborazione interaziendale e l'approvazione dei PDTA per le singole patologie tumorali da parte dell'azienda Hub entro il 31/12/2016 (con delibera del Direttore Generale).

OBIETTIVI 1) Elaborazione e approvazione dei suddetti PDTA interaziendali completi di indicatori e invio dei PDTA alla Rete Oncologica 2) Implementazione di tali PDTA nell'Area TO Ovest.

METODI 1) Realizzazione infrastrutture di supporto alla stesura dei PDTA (risorse umane: 1 medico DSPO, 2 borsiste, 5 gruppi di lavoro, uno per ogni patologia; risorse strutturali: dotazione tecnologica e ambienti dedicati per riunioni e coordinamento stesura dei PDTA) 2) Raccolta, sondaggio e valutazione dei PDTA aziendali (documenti cartacei e informatici) relativi alle patologie tumorali suddette, attivi attualmente nell'ambito delle aziende sanitarie appartenenti all'area TO Ovest 3) Coordinamento organizzativo e supporto epidemiologico nella stesura dei suddetti PDTA interaziendali 4) Condivisione tra le diverse AASSRR - a livello multidisciplinare e multiprofessionale- dei PDTA, con informazione a tutte le Direzioni Sanitarie delle AASSRR dell'Area TO Ovest.

RISULTATI Tutti i PDTA interaziendali relativi alle patologie tumorali di pancreas e vie biliari, polmonare, pelvi, sistema nervoso e fegato sono stati elaborati e sono in via di delibera, entro il termine stabilito. Dal 15 ottobre 2016 è in corso il monitoraggio dei PDTA secondo gli indicatori stabiliti dalla Rete Oncologica. Gli indicatori monitorati sono 1) Indicatori di struttura: presenza presso CAS (Centro Accoglienza e Servizi) di un clinico, un amministrativo e un infermiere, con garanzia di front office di almeno 4 ore quotidiane e 2 ore di risposte telefoniche (indicatore presente al Mauriziano) garanzia di referente psicologo e referente assistente sociale (indicatore presente al Mauriziano) esistenza di numero telefonico per la comunicazione tra i CAS della Rete (indicatore presente al Mauriziano) 2) Indicatori di processo: monitoraggio tempi tra la prenotazione della visita CAS e l'espletamento della visita, tempo trascorso tra la visita CAS e la visita GIC (Gruppo Interdisciplinare di Cura) e il tempo che intercorre tra le richieste degli esami per diagnosi e stadiazione della malattia e la refertazione degli stessi (in corso di rilevazione) 3) Indicatori di risultato: revoca dell'esenzione 048 a meno del 10% dei pazienti a cui è stata attribuita dopo la visita CAS (in corso di rilevazione) Il termine per la raccolta dei dati è previsto per il 15 dicembre 2016, pertanto saranno valutati e analizzati i dati di due mesi di monitoraggio su tutti i PDTA dei GIC attivi e del CAS presenti al Mauriziano. I risultati definitivi saranno disponibili nel mese di gennaio 2017.

LIMITI Nella stesura dei PDTA, secondo il format proposto dalla R.O., si sono evidenziati alcuni elementi da integrare nel modello per rendere più efficaci ed efficienti i percorsi; tra questi: l'assistenza infermieristica, la definizione dei centri prescrittori per i farmaci oncologici innovativi, le tempistiche di realizzazione di ogni azione. I suddetti item saranno inseriti nella revisione del modello prevista per il 2017.

CONCLUSIONI Il progetto è stato portato a termine concretizzando l'obiettivo della Direzione Generale. Durante tutto l'anno 2017 verranno monitorati gli indicatori per verificare l'effettiva applicazione dei PDTA e l'impatto sia economico-gestionale sia di salute e di funzionamento dei servizi per i pazienti oncologici in tutta l'Area Torino Ovest.

Indirizzo per la corrispondenza

Arione Roberto, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino - Direzione Sanitaria
Via Magellano, 1 - 10128 - Torino
Email: rarione@mauriziano.it

67. SPIRIT 2013 Statement: strumento di valutazione della qualità dei protocolli clinici

Falconi Martina, Gatto Roberta, De Masi Salvatore, Leo Maria Carmela, Mugelli Alessandro

Comitato Etico Pediatrico AOU Meyer

BACKGROUND Il Comitato Etico Pediatrico (CEP), è stato istituito a seguito della Legge n° 189/2012 ed è competente per tutti gli studi esclusivamente pediatrici che si svolgono in Regione Toscana. Il CEP ha il compito di valutare la documentazione presentata dal promotore, con particolare attenzione al Protocollo Clinico. A partire da Gennaio 2015 il CEP utilizza lo SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials) 2013 Statement, per la valutazione di qualità dei protocolli di ricerca relativi a tutte le sperimentazioni cliniche interventistiche. Questo documento è basato su una checklist comprendente 33 items che indagano gli aspetti amministrativi, il background, i metodi e le implicazioni etiche di un protocollo di ricerca. Ciascun item prevede una di tre possibili risposte (SI, NO, Non Applicabile).

OBIETTIVI Valutare la qualità dei protocolli di ricerca interventistici sottomessi al CEP nel periodo gennaio 2015-novembre 2016. Valutare l'associazione tra qualità dei protocolli di ricerca, e alcuni determinanti studio-specifici quali la natura dello studio (profit/no-profit), la fase di studio, l'area terapeutica e il tipo di intervento (farmaco/dispositivo/altro).

METODI Dall'archivio informatizzato del CEP sono state estratte le checklist SPIRIT degli studi interventistici valutati nel periodo gennaio 2015-novembre 2016. Sono state calcolate le frequenze delle risposte conformi ai criteri SPIRIT per ciascun item sull'intero campione di studi inclusi. Per alcuni items rilevanti è stata calcolata l'associazione tra la conformità della risposta e la natura dello studio, la fase di studio, l'area terapeutica e il tipo di intervento. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software statistico Epiinfo versione 7.

RISULTATI Le sperimentazioni cliniche interventistiche valutate nel corso del biennio 2015-2016 sono state 58, di cui 28 profit e 30 no profit. L'area terapeutica più rappresentata è stata la Neurologia, seguita dall'Oncoematologia e dalla Neonatologia. Il 30% degli studi no-profit è stato effettuato in Neurologia, mentre il 18% di quelli profit ha coinvolto l'Endocrinologia/Diabetologia. Tra i 40 studi farmacologici, il 70% risulta di natura profit. Tra gli studi profit, la fase III è la più rappresentata (86%), mentre tra gli studi no-profit prevale la fase II (55%). I restanti 11 studi con dispositivo medico (DM) e 7 con altro intervento (integratori, nutraceutici, fitoterapici) risultano no-profit. L'esattività del background e il razionale dello studio sono migliori tra gli studi no-profit (100%) rispetto a quelli profit (96.4%). La popolazione arruolabile (criteri di inclusione ed esclusione) è meglio definita negli studi profit (96.4%), rispetto a quelli no-profit (93.3%). Gli interventi in studio sono più dettagliati nei protocolli di studi no-profit (90%), rispetto a quelli di studi sponsorizzati (85.7%) e la scelta dei comparators (ove previsti) è meglio motivata negli studi no-profit (95.6%), rispetto a quelli profit (85%). La definizione e la giustificazione degli outcome è invece meglio dettagliata nei protocolli di ricerca sponsorizzati (92.9%) rispetto a quelli no-profit (79.3%).

LIMITI La scarsa numerosità dei protocolli di studio analizzati rappresenta il principale limite del nostro studio. Si tratta di una fase pilota che consente di fornire informazioni preliminari sulla qualità dei protocolli interventistici di studi condotti in ambito pediatrico. Le analisi disaggregate per i diversi determinanti studio-specifici riducono ulteriormente la potenza dello studio e assumono il valore di analisi esplorative. I risultati relativi alla qualità dei protocolli di ricerca in funzione dell'area terapeutica, della tipologia di intervento e della natura dello studio, devono pertanto, essere interpretati con cautela.

CONCLUSIONI Lo strumento SPIRIT è condiviso dalla comunità scientifica internazionale e gli items di cui si compone, rappresentano altrettanti determinanti di qualità. Questi sono universalmente riconosciuti ed utilizzati in tutte le fasi di sviluppo di uno studio clinico, dalla registrazione del trial, alla submission alle riviste biomediche, fino alla valutazione di qualità effettuata dalle agenzie che si occupano di sviluppo di linee guida. L'adozione di questo strumento di analisi dei protocolli di ricerca ha senz'altro migliorato la riproducibilità e la validità del processo di valutazione del CEP. Riteniamo che l'imminente adozione del regolamento europeo in materia di sperimentazioni cliniche renda necessaria l'adozione di strumenti strutturati e condivisi di valutazione dei protocolli di ricerca al fine di uniformare il processo di valutazione e garantire una ricerca di buona qualità.

Indirizzo per la corrispondenza

Falconi Martina, Biologo
Sezione - Comitato Etico Locale per la Sperimentazione dei Farmaci dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Anna Meyer di Firenze - Nessuna
Viale Pieraccini, 24 - 50139 - Firenze
Email: martina.falconi@meyer.it

68. Valutazione dello stato nutrizionale e fattori correlati nella gestione della persona con frattura di femore sottoposta ad intervento chirurgico

Fidani Marco Giorgio¹, Traini Tiziana², Manocchi Katia³, Troiani Silvano¹

¹Azienda Ospedaliera di Lecco, ²Università Politecnica delle Marche Sede di Ascoli Piceno, ³ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND La valutazione nutrizionale consiste in una elaborata raccolta di dati che coinvolge professionisti della salute e persona da valutare, al fine di formulare una precisa diagnosi di malnutrizione, oltre al supporto efficace e pratico delle indagini di laboratorio. La prealbumina sierica, in particolare, presenta una correlazione diretta con l'apporto proteico alimentare e risulta essere un marker sierico economico, pratico ed efficace nella determinazione del livello di malnutrizione.

OBIETTIVI Osservare il grado di malnutrizione dei candidati all'intervento chirurgico per frattura dell'anca dosando la prealbumina sierica al momento del ricovero presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale "Augusto Murri" di Fermo e di come questo sia in relazione all'età, alla durata della degenza, all'immunità cellulo-mediata, alla comparsa di complicazioni ed al grado di indipendenza nello svolgimento di attività quotidiane, compresa l'autonomia nel movimento, prima del verificarsi della frattura.

METODI Reclutando in modo casuale ed anonimo i soggetti, sono state osservate 30 persone ricoverate per frattura di femore presso l'Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale "A. Murri" di Fermo tra il 18/05/2016 il 25/09/2016, di cui il 73% di sesso femminile ed il 27% di sesso maschile, con una età media di 83,3 anni per le donne e 83,1 anni per gli uomini. L'intervento chirurgico è stato di osteosintesi per le fratture pertrocanteriche e le altre fratture e di artroprotesi per le fratture del collo del femore e per la frattura periprotetica. Nel rispetto del protocollo regionale, l'operazione è stata eseguita tra le 24 e le 96 ore dal ricovero; tre pazienti non sono stati sottoposti ad intervento, due per controindicazioni ed uno perché deceduto subito dopo il ricovero. La prima mobilizzazione dell'arto è avvenuta nel giorno successivo all'intervento mentre in terza giornata la statica verticale. Il grado di indipendenza nelle attività di vita quotidiana è stato valutato utilizzando il Barthel Index che contempla anche la capacità di alimentarsi in autonomia.

RISULTATI Il 57% dei soggetti presentava una frattura pertrocanterica, il 33% una frattura del collo femorale, il 7% altre fratture di femore e il 3% una frattura periprotetica. Per l'analisi della durata della degenza si è tenuto conto dell'intero periodo di permanenza in reparto dato che un eventuale ritardo dell'intervento determina certamente un aumento degli effetti della malnutrizione. Per la valutazione dello stato nutrizionale, all'accettazione in UO, è stato eseguito il dosaggio della prealbumina sierica, dei leucociti totali e dei linfociti. I valori di prealbumina sierica sono stati associati ai tre gradi di malnutrizione: grave (prealbumina < 10 mg/dl), moderata (prealbumina 10-17 mg/dl) e lieve (prealbumina 18-22 mg/dl); sono stati considerati normonutriti i soggetti che presentavano prealbumina sierica > 22 mg/dl. Questi valori sono stati poi confrontati con l'età, l'Indice di Barthel, la durata della degenza, il quadro leucocitario e le complicanze. Si sono verificati due decessi per complicazioni cardiaca e respiratoria: questi individui sono stati esclusi dalla valutazione della durata della degenza. La profilassi antibiotica pre e post-operatoria è stata somministrata a tutti i soggetti e le complicanze sono state annotate a seguito di diagnosi medica. Non è stata effettuata alcuna correzione dei deficit nutrizionali riscontrati. I calcoli numerici e la rappresentazione grafica dei dati è stata realizzata con Excel 2010®. Le fonti bibliografiche sono state la banca dati biomedica PubMed sviluppata dal National Center for Biotechnology Information (NCBI) presso la National Library of Medicine (NLM) ed accessibile gratuitamente on line e testi specialistici.

LIMITI I dati antropometrici, data l'impossibilità al mantenimento della posizione eretta per la presenza della frattura, e la non sufficiente disponibilità di attrezzature per la rilevazione del peso, vengono rilevati tramite il metodo indiretto.

CONCLUSIONI I pazienti osservati dopo ricovero in UOC di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale "A. Murri" di Fermo per frattura di femore hanno mostrato in grande maggioranza uno stato di malnutrizione (87% dei totali). La prealbumina sierica è un marker biochimico che, associato alla raccolta di dati anamnestici di tipo nutrizionale, può essere utilizzato per identificare la persona malnutrita. Lo stato di malnutrizione risulta correlare direttamente all'età e al decadimento fisico e cognitivo. La MPC influenza negativamente il sistema immunitario cellulo-mediato, favorisce la comparsa di complicanze e aumenta i tempi di guarigione e degenza.

Indirizzo per la corrispondenza

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

69. Riorganizzazione generale di un reparto di pediatria: focus su standard clinici e sicurezza

Fino Giuliana¹, Beltramello Claudio², Vecchiato Luca¹, Trevisan Manuela¹

¹ULSS 13 Mirano presidio di Dolo, ²Libero Professionista

BACKGROUND L'U.O.C. di Pediatria dell'Azienda ULSS 13 del Veneto si sviluppa in due sedi ospedaliere distinte (Dolo e Mirano) ed è costituita da un reparto di Pediatria (15 P.L.), due Patologie Neonatali (4 P.L. ciascuna), due Pronto Soccorsi pediatrici (10.000 accessi/aa) e due Assistenze Neonatali (circa 1700 nati tra i due punti nascita). È coordinata da un unico Direttore e un'unica Coordinatrice infermieristica e vi lavorano 15 medici (che si suddividono tra i due presidi) e 62 operatori tra infermieri, OSS e puericultrici (ciascuno assegnato ad una delle due sedi). La complessità e varietà dei processi clinico-assistenziali, l'elevato rischio potenziale di alcuni ambiti (sala parto, patologia neonatale, gestione delle terapie), la crescente aspettativa dei genitori hanno indotto l'U.O.C. ad affrontare un percorso strutturato di miglioramento dei propri processi organizzativi e clinici, al fine di aumentare gli standard di cura e di sicurezza per il paziente.

OBIETTIVI Generale Attuare una revisione dei processi clinici ed organizzativi finalizzata a migliorare l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza e la sicurezza dell'U.O.C. di Pediatria. Specifici 1) Apportare modifiche organizzative e strutturali secondo i principi del Lean management per eliminare "azioni senza valore aggiunto". 2) Revisionare le linee guida e le istruzioni operative di riferimento al più elevato livello di Evidence Based Practice sia medico che infermieristico. 3) Attuare misure di risk management dopo aver identificato gli ambiti di maggiore rischio per i pazienti (analisi reattiva e proattiva).

METODI L'Unità Operativa si è avvalsa di un facilitatore esperto di qualità e rischio clinico, che ha per prima cosa analizzato i processi di tutti i servizi durante la normale attività lavorativa. A ciò è seguita una fase di condivisione e confronto di 2 giornate (5 gruppi di 15 professionisti ciascuno) che ha coinvolto tutti gli operatori dell'U.O.C. Sono state discusse analiticamente le criticità emerse nella fase di osservazione e condivise delle proposte di modifica (cambiamenti tecnici e organizzativi o elaborazione di documenti). La sintesi delle proposte avanzate ha dato origine ad un documento operativo che ha previsto azioni, tempi e responsabili di ciascun cambiamento poi affidato a piccoli gruppi di lavoro a composizione professionale mista (medici, infermieri e OSS). Vi è stata quindi la fase di implementazione dei cambiamenti costantemente monitorata da Direttore, Coordinatrice e dal facilitatore esterno. Complessivamente questo progetto si è svolto da febbraio 2016 a ottobre 2016 e ha coinvolto il 96% del personale della U.O.C. di Pediatria.

RISULTATI Dalla fase di analisi dei processi clinico-assistenziali e delle aree di rischio per i pazienti sono emersi 3 principali ambiti di lavoro: requisiti di sistema (comunicazione tra lo staff e con i genitori dei pazienti, gestione della cartella clinica, passaggi di consegne, organizzazione del lavoro, uso di istruzioni operative; spazi-logistica-tecnologie); evidence based practice (riduzione della variabilità di comportamento clinico-assistenziale; uso di checklist e flow-chart; impostazione di 3 audit clinici); ambiti specifici di rischio (infezioni nosocomiali, identificazione di paziente e procedura, indagini diagnostiche, gestione delle terapie, uso delle tecnologie complesse, procedure delle emergenze, analisi sistematica degli incidenti e dei near miss). Per quanto riguarda l'ambito dei "requisiti di sistema", sono state completate 28 delle 47 variazioni organizzative concordate e sono stati prodotti 4 dei 5 documenti proposti; delle 19 non ancora completate, 13 comprendono modifiche strutturali dei due reparti o coinvolgono altri dipartimenti o servizi (Ostetricia, Pronto Soccorso, Laboratorio Analisi). Riguardo l'"evidence based practice" sono state ultimate 6 delle 13 checklist/flow chart proposte; le restanti 7 sono in fase di completamento o revisione da parte del Direttore. Tra gli "ambiti specifici di rischio" sono state portate a termine 20 delle 28 modifiche organizzative avanzate e 5 degli 8 documenti proposti (anche in questo caso, 2 tra le non completate coinvolgono servizi esterni alla Pediatria).

LIMITI 1) I risultati sono ancora in corso e i dati presentati riguardano il processo e non gli esiti. 2) Circa il 20% dei professionisti, sebbene abbia partecipato attivamente, ha tuttavia manifestato difficoltà pratiche ad accettare un cambiamento generale. 3) Alcuni cambiamenti coinvolgono altri reparti o servizi (es. sala parto) che non erano inclusi nel progetto e pertanto hanno mostrato forti resistenze.

CONCLUSIONI Nel complesso l'U.O.C. di Pediatria ha aderito molto positivamente al progetto. Il coinvolgimento pratico e trasversale delle varie figure professionali, unito ad una accurata analisi dei processi esistenti, ha consentito di attuare un generale processo di miglioramento che ha elevato il livello di collaborazione nel lavoro, ridotto le variabilità e aumentato gli standard clinici ed organizzativi offerti.

Indirizzo per la corrispondenza

Fino Giuliana, Medico Chirurgo
Ospedale di Mirano - U.O. Pediatria
Via Mariutto, 13 - 30035 - Mirano
Email: giulifino@libero.it

70. Come promuovere la salute? Laboratorio relazionale-educativo per studenti infermieri

Fortuna Giulia¹, Fiorentini Rita¹, Fiorani Catia¹, Bacaloni Simona¹, Agnani Silvia²

¹Università Politecnica delle Marche, ²ASUR Marche Area Vasta 3 Macerata

BACKGROUND La promozione della salute è un processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla (OMS, 1998) grazie ad attività educative mirate. In questo contesto si inserisce il ruolo dei professionisti sanitari e la competenza specifica dell'infermiere (Scalorbi, 2012), considerato dai tempi di F. Nightingale leader della promozione della salute. Il Profilo Professionale dell'Infermiere definisce questa competenza sottolineandone l'importanza all'interno del processo di nursing. La promozione della salute è una materia complessa che richiede conoscenze cliniche adeguatamente aggiornate e conoscenze e competenze psico-pedagogiche, per le quali è necessaria una formazione specifica (Cirio, 2011). Dagli studi presenti in letteratura emerge l'efficacia degli interventi infermieristici riguardanti la promozione della salute, considerati dai professionisti come forme importanti di assistenza (Potter, 2009). Nell'attuale ciclo di studi del CdL in Infermieristica viene evidenziata l'importanza del ruolo educativo all'interno di vari Corsi Integrati che ne affrontano però solo gli aspetti teorici. Dall'A.A. 2015-2016 è stato introdotto un nuovo laboratorio relazionale-educativo sulla promozione della salute che permetta agli studenti di acquisire strumenti e competenze per una corretta promozione alla salute. In questo studio è stato preso in considerazione il CdL in Infermieristica proposto dall'Università Politecnica delle Marche e, nello specifico, il polo didattico di Macerata. Il bisogno formativo è espresso come necessità dagli stessi studenti che riscontrano di non avere le competenze per attuare interventi educativi efficaci. Sia le università che gli studenti percepiscono l'importanza di integrare i concetti relativi alla promozione alla salute all'interno degli insegnamenti didattici (Clark, 2016).

OBIETTIVI Il progetto ha lo scopo di realizzare un laboratorio didattico per l'acquisizione di competenze specifiche atte a realizzare progetti educativi da parte degli studenti infermieri del CdL in Infermieristica del III anno.

METODI È stato realizzato, in una corte di studio, un laboratorio in partnership con professionisti in ambito clinico-sanitario, suddiviso in più incontri formativi. Nel primo incontro sociologi e comunicatori hanno presentato i canali comunicativi e gli strumenti della progettazione educativa in grado di coinvolgere i cittadini nei percorsi-salute. Nel secondo, incentrato sulla prevenzione secondaria, sono intervenuti professionisti sanitari che hanno formato gli studenti a una corretta educazione sanitaria. Al termine, è stato assegnato un mandato agli studenti che hanno realizzato dei progetti educativi, esposti in un terzo incontro nel quale sono stati valutati dai docenti e dalla classe stessa.

RISULTATI Sono stati realizzati 12 progetti educativi finalizzati al miglioramento degli stili di vita e indirizzati a diversi target di popolazione. I progetti educativi realizzati hanno ricevuto valutazioni positive con punteggi quasi sempre superiori al 3 e in alcuni casi molto vicini alla valutazione massima (3.81/3.83), in una scala Likert da 1 a 4, sulla base dei seguenti criteri di valutazione: obiettivi chiari, azioni coerenti, target definito, strumenti adeguati, valutazione impatto, giudizio complessivo. Il gradimento dell'attività è stato rilevato con la somministrazione di un questionario dal quale è emerso che l'83% dei partecipanti ha definito il contenuto degli interventi molto interessante così come lo è stata la modalità di esposizione per il 77% di essi.

LIMITI I limiti dello studio derivano dal campione ridotto di studenti sui quali è stata sperimentata l'attività e dall'utilizzo di griglie di valutazione non ancora validate a livello statistico.

CONCLUSIONI Il laboratorio relazionale-educativo sulla promozione della salute è stato creato al fine di permettere agli studenti di acquisire competenze specifiche in campo educativo. È stato realizzato in partnership con diversi professionisti per rendere l'attività più completa, in quanto sviluppare una cultura della salute richiede la cooperazione di diversi stakeholders (Martsolf, 2016). Oltre ai progetti realizzati, molti dei quali già applicati, e all'incremento delle conoscenze, ciò che più emerge è il gradimento del laboratorio e il livello di satisfaction raggiunto. Tale studio ha permesso di iniziare un'indagine su quale sia il ruolo dell'infermiere nella promozione alla salute e quanto l'attuale formazione universitaria sia adeguata. Il laboratorio, molto apprezzato e ritenuto altamente formativo, ha permesso agli studenti di incrementare il proprio livello di adeguatezza rispetto a tali concetti e di poter migliorare le proprie competenze.

Indirizzo per la corrispondenza

Fortuna Giulia, Infermiere
Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Nessuna
Via Tronto, 10B - Fraz. Torrette - 60020 - Ancona
Email: giulia.fortuna@hotmail.it

71. Prevenire le interruzioni: strumenti per la sicurezza della terapia farmacologica

Frangioni Gabriele, Biermann Klaus Peter, Ammazzini Daniela, Caposciutti Barbara, Di Pede Mario, Prunecchi Silvia, Savelli Angela

AOU Meyer

BACKGROUND La mancanza di elementi di segnalazione tra operatori e utenti può generare errori da interruzioni durante la terapia farmacologica, dipendenti da fattori umani, tecnici o ambientali che possono diventare fonte di stress e di eventi avversi. Gli operatori sanitari indicano le interruzioni come un problema rilevante nello svolgimento delle rispettive attività, richiedendo l'attuazione di opportuni interventi di prevenzione.

OBIETTIVI Scopo del progetto è l'individuazione e applicazione di strumenti di prevenzione delle interruzioni che promuovano la sicurezza della terapia farmacologica intervenendo su operatori e luoghi.

METODI Il progetto è strutturato in più fasi di sviluppo. L'indagine iniziale è stata svolta attraverso osservazioni sul campo, interviste strutturate, analisi di documenti e procedure interne. Ricerca e implementazione sono state condotte impiegando un approccio sistemico e multidisciplinare. La sperimentazione di strumenti di segnalazione degli infermieri, impegnati nella terapia farmacologica presso il reparto di Pediatria Medica, ha fornito gli elementi necessari per l'implementazione delle pettorine in tutte le strutture di degenza e di Day Hospital dell'ospedale. La costituzione di un "No Interruption Group" composto da un gruppo di management ed uno di training, ha consentito di svolgere un'opportuna "formazione a cascata" ed un supporto organizzativo e gestionale agli operatori coinvolti. Il progetto è condotto in tutte le sue fasi di sviluppo tramite un approccio ergonomico, negli aspetti fisici, cognitivi e organizzativi dei processi; coinvolgendo il personale impegnato nella terapia farmacologica (Medici, Infermieri, Oss, ...), con un iniziale implementazione degli strumenti per la parte infermieristica. Familiari e pazienti sono stati coinvolti a livello informativo.

RISULTATI Output dell'analisi qualitativa del percorso farmacologico, attraverso lo studio dell'organizzazione del lavoro di medici e infermieri, è stata la mappatura dei processi. L'analisi degli spazi ha permesso di realizzare per ogni reparto una "Pianta tematica del percorso farmacologico" rappresentando tramite colori univoci le aree destinate alle varie fasi della terapia. La sperimentazione di strumenti di segnalazione per gli infermieri, impegnati nel processo farmacologico presso il reparto di Pediatria Medica, ha rilevato una buona integrazione con i carrelli per la terapia presenti, svolgendo una funzione di avviso e sicurezza per gli operatori; circa la metà degli infermieri con la pettorina ha dichiarato di non aver subito interruzioni. Tuttavia la mancanza di un'opportuna formazione degli infermieri rispetto a interruzioni e elementi di segnalazione, ha determinato una scarsa consapevolezza rispetto al loro scopo e significato; solo 1/3 degli infermieri si è sentito più tutelato indossando la pettorina. L'inserimento delle informative per familiari e pazienti nelle camere di degenza ha aumentato la consapevolezza dei familiari, contribuendo ad una riduzione di circa 1/3 delle interruzioni sugli infermieri nelle settimane di osservazione. La formazione tramite Audit proattivi nei reparti coinvolti ha interessato 233 operatori (52 medici, 168 infermieri, 1 tecnico di laboratorio, 12 operatori di altre discipline).

LIMITI All'inizio della sperimentazione si sono verificate resistenze da parte di alcuni infermieri, attenuatesi nel tempo con la comprensione dello strumento. La formazione ha rilevato una bassa partecipazione di chirurghi e specializzandi, richiedendo appositi interventi futuri.

CONCLUSIONI Il coinvolgimento e la partecipazione attiva degli operatori ha fatto emergere le criticità comportamentali, organizzative e strutturali presenti e le conseguenti azioni migliorative da apportare. L'introduzione di strumenti di segnalazione, l'analisi degli ambienti e dell'organizzazione, esaminati assieme da medici e infermieri hanno permesso di individuare le criticità trasversali presenti tra i vari reparti. Il progetto ha aumentato la sensibilità degli operatori rispetto al tema delle interruzioni, diventando uno strumento educativo per personale ed utenti. L'implementazione di nuovi elementi ha richiesto un'opportuna comunicazione ad operatori e utenti. Gli operatori devono essere formati ed informati per trasmetterne il significato, lo scopo, le potenziali criticità, il corretto utilizzo ed i possibili benefici prodotti dagli strumenti che saranno introdotti. La formazione rappresenta un momento di confronto, collaborazione e miglioramento continuo. Pazienti e familiari devono essere informati in modo semplice e chiaro. Nei prossimi mesi, la conclusione delle rilevazioni nei reparti coinvolti consentirà un raffronto tra i dati raccolti tramite questionari e osservazioni dirette. Nel 2017 il progetto verrà esteso all'Area critica e a quella ambulatoriale, prevedendo anche un percorso integrativo per i medici.

Indirizzo per la corrispondenza

Frangioni Gabriele, Altro
Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer - Nessuna
Viale Gaetano Pieraccini, 24 - 50139 - Firenze
Email: gabriele.frangioni@meyer.it

72. Dalla Formazione Tecnica all'indispensabile e attuale Formazione sulle Non Technical Skills

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

ULSS 2 Marca Trevigiana

BACKGROUND Nelle situazioni di urgenza e di emergenza in ambito sanitario esistono procedure e protocolli che devono essere necessariamente rispettati ed intrapresi in modo rapido, efficace e sicuro. Nel caso di eventi inattesi, situazioni poco frequenti o rare, l'essere tempestivi e veloci nel riconoscere una determinata situazione e il suo evolversi può fare la differenza nelle cure prestate in termini di qualità, appropriatezza e sicurezza; oltre alle competenze tecniche devono essere sviluppate al massimo anche le competenze non tecniche (Non Technical Skills). La consapevolezza situazionale (Situation Awareness) permette alla memoria a "breve termine", attraverso alcuni stimoli percepiti e riconosciuti in uno specifico contesto di relazionarsi con la memoria a "lungo termine" costituita da tutte le conoscenze e le esperienze passate di ogni Professionista, oggi sempre più coinvolto in cambiamenti di ruolo, responsabilità e contesto nel lungo iter lavorativo, riconoscendo e focalizzando l'attenzione su ciò che sta realmente accadendo in quel momento, anticipando scenari "futuri". Conseguentemente il Professionista che ha percepito ciò che sta accadendo può attivare i migliori processi decisionali (Decision Making) frutto della propria esperienza, contestualizzandoli, comunicando in modo efficace, semplice e chiaro (Comunicazione), lavorando in Team (Team-Working) con gli altri professionisti coinvolti direttamente quel processo, assumendo se la situazione lo prevede, l'eventuale leadership in grado di coordinare il Team.

OBIETTIVI Attivare e sviluppare in successione attraverso esercitazioni mirate le differenti Non Technical Skills al fine di poter raggiungere tempistiche di intervento molto rapide nell'applicazione di procedure e protocolli anche in situazioni critiche, in urgenza e/o emergenza.

METODI La realizzazione di simulazioni ed esercitazioni mirate, realizzate "su misura" per i vari ambiti è possibile attraverso lo studio dettagliato di ogni contesto con l'analisi precisa di luoghi, attrezzature, tecnologie, personale presente, organizzazione temporale del lavoro, punti di forza, di debolezza, opportunità che li caratterizzano. Le esercitazioni possono essere ipotizzate, immaginate e ricreate anche in seguito alla segnalazione o all'accadimento di un "near miss" o di un evento avverso; questo aspetto, in particolare, permette che detta eventualità possa non ripresentarsi in futuro, con la consapevolezza che ciò che è accaduto e che ha rappresentato un punto critico, debole o di difficile soluzione, possa essere "provato e ri-provato" in un ambiente "protetto" attraverso esercitazioni verosimili, per essere il più possibile affinato ed ottimizzato.

RISULTATI I risultati ottenuti in seguito alle simulazioni ed esercitazioni sulle Non Technical Skills attraverso didattiche di tipo interattivo ha portato ad una condivisione di ciò che può essere considerato potenzialmente rischioso e ha permesso di "apprendere" in un ambiente-contesto-scenario "protetto", anche se molto verosimile e realistico. Sperimentare la Consapevolezza Situazionale, il Decision Making, il Team-Working, la Comunicazione nelle esatte condizioni in cui si lavora quotidianamente rappresenta un vantaggio considerevole in grado di aumentare competenze relazionali, pratiche e dipendenti dal contesto dove si svolge la propria attività. L'integrazione delle competenze tecniche con le Non Technical Skills permette di accrescere conoscenze e competenze, sia individuali che di Team, mantenendosi sempre preparati e competenti nel proprio ambito professionale.

LIMITI Non sono stati rilevati significativi limiti.

CONCLUSIONI Approfondire e praticare un Training costante delle Non Technical Skills, permette ai Professionisti Sanitari di migliorare le proprie performance, di riconoscere tempestivamente situazioni che possono evolvere verso possibili criticità, secondo modalità molto rapide, attivando i migliori processi decisionali, anticipando i tempi di intervento sul paziente e trovando sinergia di soluzioni con tutto il Team. Sperimentare esercitazioni e simulazioni sulle Non Technical Skills in ambienti protetti, ma molto verosimili, nei propri contesti di appartenenza-provenienza e con i Professionisti con cui ci si relaziona nella quotidianità rappresenta un valore aggiunto che permette l'affinarsi di tecniche, dinamiche anche nell'esecuzione di procedure e protocolli, innalzando la Qualità e la Sicurezza del Paziente nell'accesso alle cure.

Indirizzo per la corrispondenza

Frezza Daniele, Medico Chirurgo
Azienda ULSS 9 Treviso - UOSD Chirurgia Funzionale dell'Orecchio
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 - 31100 - Treviso
Email: danielle.frezza1@gmail.com

73. Human Factor e Non Technical Skills in ambito sanitario

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

ULSS 2 Marca Trevigiana

BACKGROUND I primi studi sul fattore umano si sono sviluppati in contesti e sistemi ad elevato grado di complessità quali i settori aereospaziale, dell'aviazione, dell'ambito nucleare, farmaceutico e chimico. In aeronautica già dalla fine degli anni '70 si erano identificate alcune abilità complementari a competenze essenzialmente tecniche in grado di fare la differenza in situazioni particolarmente critiche e/o inaspettate. Accanto infatti a competenze di tipo tecnico, che sono caratteristiche di ciascuna professionalità, si andavano sviluppando ed affermando a seguito di catastrofici incidenti gli studi sullo Human Factor e sulle Non Technical Skills identificabili nella consapevolezza situazionale (Situation Awareness), nello sviluppo dei processi decisionali (Decision Making), nel saper coordinarsi e lavorare in Team (Team-Working), attraverso la Leadership, esercitando una comunicazione attiva, funzionale ed efficace. Come ampiamente dimostrato dalla Letteratura Internazionale, il Training di queste competenze inserito in alcuni percorsi formativi è in grado di potenziare anche in Sanità le performance dei Professionisti migliorando la qualità delle prestazioni e dei servizi erogabili, riducendo notevolmente i tempi di intervento in situazioni di emergenza e assicurando migliori risultati nella prevenzione degli eventi avversi e nella Sicurezza del Paziente.

OBIETTIVI Inserire all'interno di alcuni percorsi rivolti alla Sicurezza del Paziente e al Risk Management una formazione dedicata al Fattore Umano e alle Non Technical Skills consente di ottimizzare le capacità di intervento dei Professionisti Sanitari in situazioni inattese e potenzialmente rischiose, mirando quindi al rapido riconoscimento di una situazione imprevista, con una celere attivazione dei processi decisionali e conseguente riduzione dei tempi di intervento, assicurando percorsi sanitari più appropriati e sicuri.

METODI In Percorsi Formativi realizzati in Aziende Sanitarie negli ultimi 3 anni, nell'ambito del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente si sono inseriti spazi dedicati e mirati rivolti all'approfondimento delle Non Technical Skills e al loro Training per raggiungere gli obiettivi previsti. È stato necessario eseguire preliminarmente un'analisi molto scrupolosa del contesto, dei processi, della tipologia di professionisti coinvolti, per giungere ad una applicazione delle Non Technical Skills in tutte le fasi previste per poter uniformare nello stesso arco temporale queste specifiche conoscenze e competenze. Svolta una prima fase dedicata ad una preparazione mirata nell'ambito del Risk Management, si è potuto intraprendere, attraverso una didattica interattiva un Training specifico costituito da simulazioni, filmati ed esercitazioni in grado di sviluppare in rapida successione una sempre più efficace consapevolezza situazionale anche in condizioni particolarmente critiche, innescando conseguentemente attraverso l'abilità di Decision Making i migliori processi decisionali in grado di risolvere al meglio anche le situazioni più critiche, lavorando in Team attraverso una comunicazione efficace, attiva e funzionale con una chiara e precisa Leadership.

RISULTATI I Professionisti Sanitari coinvolti in questi Training specifici si sono dimostrati fortemente motivati verso queste nuove tematiche e metodologie formative, esprimendo altissimi indici di gradimento e richiedendo ulteriori corsi e proposte di approfondimenti in merito a questi aspetti. Vi sono stati alcuni interventi che hanno potuto confermare che la formazione delle Non Technical Skills e la conoscenza del Fattore Umano, se svolta con opportuno e dedicato Training, può portare diversi miglioramenti sia nel lavoro in Team, sia nel riconoscere, con tempi più rapidi, situazioni potenzialmente rischiose, migliorando in questo modo la Sicurezza del Paziente secondo una modalità proattiva.

LIMITI Non sono stati rilevati significativi limiti.

CONCLUSIONI Il Training delle Non Technical Skills e l'introduzione del Fattore Umano nei percorsi di Sicurezza del Paziente ha dimostrato concretamente di poter migliorare l'efficienza dei Percorsi Formativi suscitando contemporaneamente la motivazione dei partecipanti coinvolti. Uniformare le competenze in questi ambiti ha permesso una riduzione dei tempi di intervento nelle situazioni critiche e di emergenza che quindi sono riconosciute tempestivamente, migliorando la qualità dei servizi erogati oltre che il clima fra professionisti della Salute coinvolti in prima linea nella Sicurezza del Paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Frezza Daniele, Medico Chirurgo
Azienda ULSS 9 Treviso - UOSD Chirurgia Funzionale dell'Orecchio
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37 - 31100 - Treviso
Email: danielle.frezza1@gmail.com

74. Prevalenza della “self-reported” NCGS in una coorte di 9300 bambini: primo studio italiano (PRE.S.A.G.I.)

Gasparre Valentina¹, Paterno Giulia¹, Cafagno Claudio¹, Arezzo Francesca¹, Borrelli Giorgia¹, Indrio Flavia¹, Abbaticchio Michele², Calò Rosa³, Cristofori Fernanda⁴, Francavilla Ruggiero¹

¹Dipartimento Interdisciplinare di Medicina Sezione di Pediatria Università di Bari, ²Sindaco Comune di Bitonto, ³Vicesindaco Comune di Bitonto, ⁴UOC Pediatria. P.O. Centrale SS Annunziata di Taranto

BACKGROUND Recenti evidenze epidemiologiche hanno identificato un nuovo trend nel consumo di alimenti senza glutine che oggi non è solo di appannaggio del paziente affetto da malattia celiaca, ma interessa una sempre maggiore fascia di popolazione (circa il 6%) al fine di risolvere disturbi di origine gastrointestinale e non gastrointestinale. Questa tendenza ha portato alla definizione di una nuova entità nosologica, nota come Sensibilità al Glutine non Celiaca (NCGS). Un recente studio inglese ha per la prima volta determinato la prevalenza dei disturbi glutine-correlati nella popolazione adulta, (di circa il 10%). Non è disponibile alcun dato sull'età pediatrica.

OBIETTIVI Lo studio si propone, per la prima volta nella letteratura scientifica, di definire l'esistenza e la prevalenza della “self-reported” NCGS nell'età pediatrica.

METODI È stata identificata una popolazione pediatrica omogenea di 9300 soggetti nella fascia 3-18 anni afferente ad un territorio ben definito (Comune di Bitonto - BA). Dopo una fase di informazione e sensibilizzazione dei docenti e dirigenti scolastici, è stato distribuito un questionario scientificamente validato per la definizione delle Malattie Glutine Dipendenti in tutte le classi di 12 istituti scolastici, da far compilare in modo completamente libero ed anonimo in base all'età, ai genitori (3-11 anni) o direttamente ai ragazzi (11-18 anni). Il questionario corredato di una breve presentazione sullo studio e di un piccolo glossario, era costituito da due parti: la Sezione A riguardava le informazioni generali, età, sesso, etnia, stato di salute generale del soggetto pediatrico; la Sezione B si riferiva alla storia clinica, ai sintomi correlati all'assunzione di glutine, all'eventuale diagnosi di patologie organiche e non, e all'eventuale dieta di esclusione del glutine (GFD).

RISULTATI Sono stati distribuiti 8914 questionari su 9300 (96%), ne sono stati raccolti 5096 (55%) e di questi 4833 (95%) sono risultati validi. Dai questionari emerge che 71 soggetti sono celiaci e 9 soggetti sono allergici al grano. 643 soggetti non celiaci (7,4%; F:60%; età media: 12,5 anni) riportano sintomi glutine correlati prevalentemente di tipo gastrointestinale, che insorgono precocemente (nel 60% dei casi entro 6 ore) e che durano da minuti a ore dopo l'assunzione di glutine. I cibi considerati causa dei sintomi sono: pane/pasta (47%), dolci (29%), cereali (13%), pizza (11%). Il 25% consulta uno specialista, mentre la maggior parte chiede consiglio al medico di famiglia. Il 60% riferisce di aver già escluso la Malattia celiaca e il 57% l'Allergia al Grano. Il 10% si è sottoposto ad una Esofagogastroduodenoscopia (EGDS). 31 soggetti seguono una dieta priva di glutine: il 18% riferisce un beneficio completo, il 30% parziale e il 27% nessuno. La prevalenza della NCGS è pari al 7%.

LIMITI La diagnosi di NCGS “self-reported”; l'eventuale sovrapposizione di altre diagnosi non note; l'assenza di dati di laboratorio, genetici ed istologici; la mancanza di dati sulla popolazione al di sotto dei tre anni di età.

CONCLUSIONI Lo studio ha permesso di definire che la NCGS è una condizione presente in pediatria, in assenza di malattia celiaca e allergia al grano, soprattutto in soggetti adolescenti, di sesso femminile con una sintomatologia per lo più gastrointestinale, che insorge dopo una breve latenza dall'assunzione del glutine. I dati raccolti devono essere inquadrati nel contesto storico in cui viviamo dove l'incremento dei disordini funzionali e la corsa alla salute si confrontano con il rigore imposto dalla spending review in campo sanitario che impone il ricorso al contenimento della spesa sanitaria ed alla razionalizzazione delle procedure diagnostiche e dieto-terapeutiche. Lo studio si pone quindi come premessa, affinché si realizzi un preciso iter diagnostico, redatto da esperti del campo delle malattie glutine-dipendenti e condiviso nell'ambito della pediatria di famiglia, che sia efficace nell'escludere patologie organiche, nell'inquadrare un disturbo funzionale e nell'identificare quei pazienti da indirizzare in un centro terziario per diagnosticare/escludere la NCGS ed intraprendere una dieta di esclusione solo se necessario. Difatti, la GFD, specie in età evolutiva, potrebbe avere effetti negativi per la salute dei pazienti e gravare eccessivamente dal punto di vista economico sulle famiglie.

Indirizzo per la corrispondenza

Gasparre Valentina, Medico Chirurgo
Ospedale San Paolo - Nessuna
Via Caposcardicchio - Loc. San Paolo - 70100 - Bari
Email: valentinagasparre88@libero.it

75. Qualità della vita nelle persone con patologie valvolari: analisi concettuale evoluzionistica

Giampaolletti Andrea¹, Dignani Lucia¹, Toccaceli Andrea¹, Lucertini Carla¹, Guarinoni Milena Giovanna²

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND Le patologie valvolari sono un'importante causa di morbosità e mortalità a livello mondiale, con un onere economico e sociale rilevante. Il naturale corso della patologia è lento e graduale ed è spesso complicato da riacutizzazioni che possono determinare la necessità di ricovero ospedaliero. Le persone affette da valvulopatia soffrono soprattutto per la gravità dei sintomi, che provocano ripercussioni nella Qualità della Vita (Quality of Life – QoL) delle persone che ne sono affette. Il concetto di QoL assume quindi un ruolo di primo piano nella ricerca e nella pratica clinica. In ambito infermieristico, la QoL è diventata un concetto chiave per la valutazione della qualità e degli outcomes assistenziali, soprattutto nelle malattie croniche. Tuttavia, nonostante l'interesse della comunità scientifica, esiste un accordo limitato sulla definizione del termine. Infatti, in letteratura non esiste un consenso generale sulla sua definizione. Risulta quindi interessante indagare il significato assunto dal concetto di qualità della vita in riferimento alle persone con patologia valvolare.

OBIETTIVI esplorare il concetto di qualità della vita nelle persone affette da cardiopatie valvolari, nel contesto del nursing.

METODI È stata condotta una revisione della letteratura secondo il metodo evoluzionistico di Rodgers (2000) per l'analisi concettuale. La ricerca è stata condotta sui database elettronici: PubMed, Cinahl, Web of Science e Scopus, utilizzando la stringa di ricerca: ((Heart Valve Disease) AND (Quality of Life)) AND nurs*. Sono stati considerati gli articoli pubblicati negli ultimi 5 anni (2012-2016), in lingua inglese e italiana. La ricerca è stata effettuata nel mese di agosto 2016. Gli articoli selezionati sono stati analizzati in maniera indipendente da due ricercatori. Quando vi è stato disaccordo, è intervenuto un terzo ricercatore, per raggiungere un accordo generale.

RISULTATI Il processo di selezione ha portato all'individuazione di 60 records, ridotti poi a 26, dopo la rimozione dei duplicati. Ogni articolo è stato analizzato con attenzione dai ricercatori, al fine di estrapolare il senso e il significato che ciascun autore attribuiva al concetto di QoL. Durante questa fase, sono stati eliminati altri 10 articoli, perché ritenuti non pertinenti. L'analisi dei 16 studi considerati ha fatto emergere dei temi, che sono stati collocati nelle categorie proposte da Rodgers (termini surrogati e concetti simili, antecedenti, attributi e conseguenze), per consentire l'identificazione del significato del concetto di QoL nelle persone con patologia valvolare. Tra i vari temi emersi come antecedenti del concetto, quello della misurazione della QoL appare essere uno degli elementi fondamentali, e risulta alla base sia della valutazione, sia delle strategie di trattamento. Inoltre variabili quali età, sesso, tipologia di trattamento e frequenza delle riospedalizzazioni sembrano impattare fortemente sulla qualità della vita di queste persone. Il ruolo infermieristico nella presa in carico di questi soggetti emerge soprattutto tra le conseguenze del concetto, dove si evidenzia l'importante impatto assistenziale nei programmi di follow-up.

LIMITI Un limite dello studio riguarda il processo di selezione della letteratura. Per la revisione sono stati considerati solo 4 database elettronici e non è stata inclusa la letteratura grigia.

CONCLUSIONI La qualità della vita appare essere un'esperienza soggettiva, dinamica e multidimensionale, influenzata sia da variabili socio-demografiche, sia dal tipo di trattamento effettuato. In linea con Rodgers, i risultati di questo studio non offrono risposte conclusive, ma forniscono una panoramica degli aspetti coinvolti nella definizione e misurazione del concetto di QoL, utili come base per successive ricerche e per la comprensione dell'esperienza delle persone con patologia valvolare.

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: luciadignani@yahoo.it

76. “PERCEIVE in Umbria”: valutazione della percezione della vaccinazione Anti-influenzale tra i Farmacisti in Umbria

Gianfredi Vincenza¹, Nucci Daniele², Paoletti Beatrice¹, Orlacchio Filiberto³, Villarini Milena¹, Moretti Massimo¹

¹Università degli studi di Perugia, ²Istituto Oncologico Veneto IRCCS, ³Agifar Umbria

BACKGROUND L'influenza rappresenta una delle principali patologie respiratorie infettive con il più alto tasso di mortalità e morbosità, nella popolazione generale, e soprattutto negli anziani, o in pazienti con comorbidità. Per tale ragione, la sindrome influenzale rappresenta una delle più frequenti cause di accesso al PS. In Italia la copertura vaccinale per l'Anti-influenzale, in soggetti di età >65 anni, è scesa da 68.3 per 100 abitanti durante la campagna vaccinale 2005-2006, a 49 per 100 abitanti nel 2014-2015 attestandosi ben al di sotto del 75%; obiettivo minimo fissato dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2014-2018. Questa riduzione importante delle coperture vaccinali, in costante peggioramento, rischia di avere gravi conseguenze sia sul piano individuale che collettivo. Ancora più grave risulta essere la ridotta percezione dell'importanza della vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari, come dimostra il calo delle coperture vaccinali tra gli stessi, sebbene il WHO raccomandi fortemente la vaccinazione anti-influenzale proprio tra gli operatori sanitari. Essa infatti risulta essere in grado di prevenire la trasmissione dell'infezione ai pazienti più vulnerabili, riduce l'assenteismo lavorativo, nonché funge da modello positivo e promotore nelle campagne di vaccinazione anti-influenzale.

OBIETTIVI Lo scopo principale è saggiare le conoscenze, l'atteggiamento e i determinanti associati all'accettazione tra i Farmacisti Umbri della vaccinazione anti-influenzale.

METODI Cross-sectional survey a Farmacisti che volontariamente e in maniera anonima, hanno risposto al questionario precedentemente validato. Il progetto PERCEIVE ha ricevuto l'approvazione del Comitato Universitario di Bioetica, dell'Università degli Studi di Perugia. Lo studio inoltre, gode del patrocinio scientifico, non condizionante della sezione umbra della Società Italiana di Igiene. Le frequenze relative e assolute sono state calcolate per le variabili qualitative, mentre il chi-square test (variabili categoriche) e il t-test sono stati usati per valutare le differenze tra gruppi, stabilendo un livello di significatività $p=0.05$ (significatività a due code).

RISULTATI Lo studio è stato condotto tra Novembre e Febbraio 2016 e ha coinvolto 72 farmacisti. Il 55.5% del campione era composto da donne, e una media di anni di esercizio della professione di 17 ± 13 . L'86.1% della popolazione rispondente esercita la propria professione nella usl1, mentre il 13.9 nella usl2. Il 48.6% ha dichiarato di aver avuto da 1 a 3 episodi di Influenza Like Illness (ILI) nei precedenti 5 anni. Pur se il 52.8% del campione si considera un soggetto a rischio per il tipo di professione svolta, solo il 9.7% del campione totale effettua la vaccinazione anti-influenzale regolarmente (ogni anno) vs 13.8% saltuariamente, vs 76.5% che non la effettua mai. Solo l'11.1% utilizza pubblicazioni scientifiche come fonti informative, mentre il 6.9% segue le disposizioni ministeriali e solo il 2.8% si informa tramite i siti istituzionali. Il considerarsi una categoria professionale a rischio di contrarre influenza si associa in maniera statisticamente significativa con l'aver effettuato la vaccinazione nei 5 anni precedenti ($p\text{-value}=0.019$). Significativa anche l'associazione tra gli anni di esercizio della professione e l'aver effettuato la vaccinazione l'anno precedente ($p\text{-value}=0.0056$). Solo il 19.4% dei farmacisti intervistati dichiara di voler effettuare la vaccinazione anti-influenzale nella prossima campagna vaccinale.

LIMITI Le criticità evidenziabili sono quelle proprie di un questionario. Il soggetto è infatti costretto a scegliere tra i soli items proposti che possono suggerire la risposta (social desirability bias) e ne impediscono di approfondire la risposta stessa. Innegabili però i vantaggi: basso costo e rapidità di somministrazione.

CONCLUSIONI La vaccinazione anti-influenzale viene riconosciuta universalmente come elemento indispensabile di prevenzione della malattia, ancor più se effettuata agli Operatori Sanitari. I risultati mostrano però una bassa propensione alla vaccinazione e la conseguente urgente necessità di sviluppare interventi finalizzati ad individuare le ragioni responsabili delle basse coperture vaccinali, anche negli operatori sanitari. Inoltre risulta cruciale identificare strategie atte ad aumentare la consapevolezza del rischio, per se e per la popolazione generale, determinata dalla mancata vaccinazione e dalla crescente riduzione della cosiddetta “herd immunity”. Inoltre dai risultati ottenuti si evince la necessità di proporre nuove percorsi formativi.

Indirizzo per la corrispondenza

Gianfredi Vincenza, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Perugia - Dipartimento di Medicina - Nessuna
Via Enrico Dal Pozzo - 06126 - Perugia
Email: enza.gianfredi@hotmail.it

77. Percorso integrato ospedale-territorio dell'Asl4 Chiavarese finalizzato all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci inibitori di pompa protonica

Giordano Cristina, Iannone Primiano, Carniglia De Carli Rosanna, Brega Alessandro, De Matthaeis Marina, Ceriolo Paola, Miglio Luigi Pio, Orlandini Francesco, Rebagliati Bruna

Asl4 Chiavarese

BACKGROUND I farmaci inibitori di pompa protonica (PPI) utilizzati nella patologia gastro-esofagea e nella prevenzione dei sanguinamenti nei soggetti a rischio sono tra i farmaci più prescritti nel panorama italiano. La prescrivibilità di questi farmaci è prevista dalle Note Aifa 1-48. Il rapporto dell'Assessorato alla Sanità 2015 della Regione Liguria aveva segnalato, per le categorie degli antidepressivi, anti-ipertensivi e PPI, un elevato numero di prescrizioni in rapporto alla popolazione con una consistente spesa sanitaria associata. Nell'ASL 4 Chiavarese i PPI rappresentano il 10% della spesa farmaceutica convenzionata, con una considerevole percentuale di assistiti trattati stimata intorno al 32%.

OBIETTIVI Scopi del progetto sono: - verifica dell'appropriatezza prescrittiva in conformità delle Note Aifa 1-48 e possibile estensione della Nota 1 per i nuovi anticoagulanti; - indicazione per l'uso dei PPI in rapporto ai quadri istologici emersi dagli esami endoscopici, fornendo indicazioni sui follow-up endoscopici; - riduzione del rischio di eventi avversi; - riduzione della spesa sanitaria.

METODI Il progetto, ideato attraverso la collaborazione del Distretto Socio-Sanitario 16, della Struttura Farmaceutica, della Struttura di Gastroenterologia e dei Medici di Medicina Generale (MMG) della Asl4, è stato presentato all'inizio del 2016 in un evento formativo ECM destinato ai MMG in cui sono stati portati all'attenzione i dati su spesa sanitaria e appropriatezza prescrittiva dei PPI e i dati di farmacovigilanza su loro reazioni avverse e interazioni con altri farmaci; sono stati inoltre approfonditi argomenti quali l'approccio clinico alla patologia gastro-esofagea e il rischio infettivologico. La Struttura Farmaceutica della Asl4 ha elaborato dati statistici sul numero dei pazienti trattati, sull'aderenza alle Note 1-48, sulla spesa sanitaria (periodo di riferimento: anno 2015 e 2016) e ha analizzato le più attuali evidenze scientifiche riguardanti le possibili reazioni avverse e interazioni farmacologiche con l'utilizzo dei farmaci PPI. È tuttora in atto un periodico monitoraggio di tali prescrizioni per valutazioni a distanza di tempo.

RISULTATI La partecipazione dei MMG all'incontro ECM è stata del 75% per i Medici del Distretto 16, distretto che ha organizzato l'evento; si è inoltre registrata una partecipazione del 26% da parte dei MMG dei due restanti Distretti della Asl4. Da un primo esame delle prescrizioni farmaceutiche effettuate post-evento formativo confrontate con lo stesso periodo dell'anno precedente, si è rilevata complessivamente una diminuzione dei consumi dei PPI di oltre il 7% ed una riduzione della spesa lorda superiore al 10%. La rivalutazione verrà effettuata con cadenza trimestrale.

LIMITI - implementare la percentuale dei MMG coinvolti nel progetto almeno all'80%; - valutazione dei risultati attualmente limitata a 9 mesi; - valutazione della riproducibilità del progetto su macro-aree.

CONCLUSIONI La prescrizione dei PPI deve avvenire nel rispetto delle note 1-48. Il gruppo di studio sull'appropriatezza prescrittiva ha elaborato tabelle riassuntive con i farmaci interagenti, con i possibili effetti indesiderati nella terapia a lungo termine e ha fornito ulteriori precisazioni per situazioni cliniche non previste nelle note 1-48: terapia steroidea, antiaggregante e anticoagulante, doppia antiaggregazione, EBPM. Sarà compito del Struttura Farmaceutica la rivalutazione a distanza della adesione da parte medica al piano diagnostico-terapeutico aziendale.

Indirizzo per la corrispondenza

Ceriolo Paola, Medico Chirurgo
Distretto Sociosanitario n° 15 - Chiavarese - Nessuna
Via G. B. Ghio, 9 - 16043 - Chiavari
Email: paola.ceriolo@asl4.liguria.it

78. Uso del placebo nella pratica clinica infermieristica: studio osservazionale

Girotti Susi¹, Nevischi Elena², Dignani Lucia¹, Martino Giuseppe Pio³

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche, ³ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND Placebo è ogni procedura deliberatamente attuata per ottenere un effetto o che, anche senza che se ne abbia nozione, svolge un'azione sul paziente o sul sintomo o sulla malattia, ma che oggettivamente è priva di ogni attività specifica nei confronti della condizione oggetto di trattamento. Gli effetti del placebo permeano molti aspetti dell'ambiente clinico. L'utilizzo del placebo è ammesso nell'ambito delle sperimentazioni, tuttavia è frequente anche nella pratica clinica: oltre a minare la relazione di fiducia medico-paziente e infermiere-paziente, potrebbe ritardare la diagnosi o l'inizio di interventi terapeutici efficaci. La situazione è molto controversa, soprattutto dal punto di vista etico; alcuni studi hanno tentato di descrivere il fenomeno, sottolineando come l'utilizzo del placebo nella pratica clinica sia un argomento "tabù"; poca attenzione è stata dedicata alla tematica del placebo nella letteratura infermieristica. Alla luce delle scarse evidenze disponibili, è interessante approfondire questa tematica e capire quali sono le attitudini del personale infermieristico dell'uso del placebo nella pratica clinica.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è quello di indagare la frequenza e le circostanze di uso del placebo nella pratica clinica e le attitudini verso il suo uso da parte dei professionisti infermieri.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo in un ospedale della regione Marche. L'indagine è stata condotta sul totale degli infermieri (con esperienza lavorativa di almeno 6 mesi) di 10 unità operative che garantiscono assistenza 24 ore su 24, selezionate secondo criterio di convenienza, in base alla maggior probabilità di utilizzo di placebo nella pratica clinica (Spdc, Cardiologia, Ginecologia, Malattie Infettive, Chirurgia, Urologia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia, Medicina, Medicina Multidisciplinare). È stato somministrato, nel periodo gennaio- febbraio 2016, in forma anonima, il "Questionnaire: The Clinical Use of Placebo", tradotto in lingua italiana e adattato in base al contesto infermieristico locale, preceduto da una sezione per rilevare le variabili socio-demografiche del compilatore. I dati raccolti sono stati elaborati mediante statistica descrittiva.

RISULTATI Hanno partecipato allo studio 133 infermieri (response-rate 87.5%). Il campione era prevalentemente di genere femminile (69.2%), con età media di 41.2 anni (DS 8.9) e uno stato di servizio medio di 16.8 anni (DS 9.4). Durante un turno di lavoro assistono mediamente 19.7 pazienti (DS 7.6). Per quanto riguarda la frequenza di somministrazione del placebo il 21.8% dichiara di non averlo mai somministrato, il 48.1% di somministrarlo mediamente una volta l'anno; rispetto alle modalità, spesso viene somministrato senza prescrizione medica (69.8%), principalmente per via endovenosa (53.2%) o orale (31.5%); nel 75.2% dei casi si dice al paziente che si sta somministrando un farmaco. Per il 78.2% degli infermieri il placebo è generalmente efficace. Nel 78.1% dei casi l'effetto positivo del placebo viene attribuito a una condizione psicologica. Le situazioni in cui si somministra più frequentemente placebo sono: per distinguere tra un sintomo vero e immaginario, o un sintomo organico e psicologico (come strumento diagnostico) nel 28.1% dei casi, per calmare un paziente (18.6%), e per "guadagnare tempo" tra una dose e la successiva del farmaco (13.8%). Nel 68.3% dei casi ritengono che l'uso del placebo nella pratica clinica sia consentito. Le sensazioni principali dell'infermiere che somministra placebo sono: soddisfazione (30.2%), sollievo (22.6%).

LIMITI I principali limiti della ricerca sono l'utilizzo di uno strumento non validato in lingua italiana, e la ridotta numerosità campionaria.

CONCLUSIONI il placebo risulta essere somministrato frequentemente in SPDC, meno frequentemente nei reparti medici, e raramente in quelli chirurgici. Tuttavia molte sono le attitudini e le convinzioni del personale su cui è necessario porre una riflessione professionale.

Indirizzo per la corrispondenza

Girotti Susi, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Nessuna
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: susi.girotti@libero.it

79. Educazione terapeutica e burden del caregiver: studio osservazionale

Girotti Susi¹, Battaglioni Stella², Dignani Lucia¹, Martino Giuseppe Pio³

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche, ³ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND L'attività di sostegno e cura a familiari anziani fragili può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita del caregiver principalmente coinvolto, che rischia di sperimentare elevati livelli di tensione emotiva e psicologica. Da molti anni i professionisti che si occupano di pazienti in assistenza domiciliare fronteggiano questo problema. Diventa quindi cruciale riuscire ad identificare strategie in grado di dare un sostegno al sistema familiare nel difficile e delicato compito di cura, focalizzandosi sul processo comunicativo ed educativo con la famiglia, e ponendo attenzione al funzionamento dell'intero sistema familiare.

OBIETTIVI Osservare il Burden di caregiver di pazienti in assistenza domiciliare e la necessità di supporto educativo nella gestione dei principali problemi quotidiani.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo su un campione di convenienza di Caregivers familiari (arruolati per conoscenza diretta da parte degli sperimentatori) di persone assistite a domicilio in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) in un Distretto della regione Marche. Sono stati somministrati, nel mese di marzo 2016: • il Caregiver Self-assessment Questionnaire, con lo scopo di valutare il grado di stress fisico e psicologico percepito nei caregiver. • una scheda per rilevare i problemi nell'assistenza a domicilio: creata ad hoc, non validata, permette di acquisire informazioni rispetto ai problemi assistenziali più comuni (alimentazione, fare il bagno, gestire l'igiene personale, vestirsi, controllo dell'eliminazione, trasferimenti in bagno, trasferimenti sedia-letto, deambulazione, gestione presidi e terapie) attraverso 30 items con opzione di risposta dicotomica SI/NO; per ogni aspetto viene valutato se è presente un problema, se ci sono difficoltà pratiche nello svolgere quel bisogno /problema, se c'è necessità di un supporto educativo da parte del personale infermieristico e/o se ci sia necessità di un supporto fisico da parte di infermieri / altri familiari • una scheda per la rilevazione di variabili socio-demografiche suddivisa in due sezioni: una dedicata alla persona assistita e una dedicata al caregiver. I dati raccolti sono stati elaborati mediante statistica descrittiva.

RISULTATI Hanno partecipato allo studio 30 caregivers, prevalentemente di genere femminile (83.3%), con età media di 51.3 anno (DS 13.6). Nel 63.3% dei casi sono figli della persona assistita, e la assistono per circa 13 ore al giorno da 4.3 anni. Le persone assistite sono prevalentemente di genere femminile (70%), con età media di 84.6 anno (DS 9.4), affette principalmente da disabilità fisica (65%), valutata come grave nel 70% dei casi. Nel 93.9% dei casi il carico assistenziale viene diviso con un'altra persona. Per quanto riguarda i risultati del Caregiver Self-assessment Questionnaire, il 53.3% dei partecipanti ha vissuto nella settimana precedente l'indagine, tra 10 e 15 (su 15) situazioni descritte nel questionario, il 40% ne ha vissute tra 6 e 10. In particolare la maggior parte di essi dichiara di essersi sentito stanco tra il lavoro e le responsabilità familiari (83%), di aver sentito una perdita della propria privacy e del proprio tempo libero (80%), di non poter lasciare solo il proprio caro (80%), di aver avuto problemi di sonno a causa dell'assistenza al proprio caro (80%), di aver avuto mal di schiena (73.3%), di essersi sentito nervoso/irritabile (73.3%). I principali problemi assistenziali che i caregivers si trovano a gestire sono legati al cambio biancheria personale (100%) e del letto (93%), alle cure igieniche (87%), e cambio medicazioni (80%). I caregivers hanno necessità di un supporto pratico per la gestione del catetere vescicale (91%) e per mobilitare il proprio caro sul letto (87%); hanno difficoltà pratiche nell'esecuzione di clisteri evacuativi (80%); hanno maggior necessità di supporto educativo nel cambio medicazioni (92%), nella gestione dell'accesso venoso (88%) e terapia infusiva (85%), nella gestione del sondino naso gastrico (83%).

LIMITI Uno dei limiti della ricerca è rappresentato dal fatto che uno degli strumenti utilizzati non è stato sottoposto a validazione. Inoltre, la ridotta numerosità campionaria pone dei limiti alla generalizzabilità dello studio.

CONCLUSIONI Lo studio ha permesso di quantificare il fenomeno del burden, seppur in un contesto limitato, ha permesso di analizzare i principali problemi pratici e i principali bisogni formativi/educativi dei caregivers, fulcro dell'assistenza domiciliare. Ciò rende possibile lo sviluppo di percorsi educativi e di presa in carico specifici, in cui il ruolo dell'infermiere è centrale.

Indirizzo per la corrispondenza

Girotti Susi, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Nessuna
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: susi.girotti@libero.it

80. Soddisfazione della persona con problemi di salute mentale in setting ambulatoriale: studio osservazionale

Girotti Susi¹, Romanelli Simone², De Carolis Antonella³, Dignani Lucia¹, Martino Giuseppe Pio³

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche, ³ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND Con il termine soddisfazione si intende la misura in cui il trattamento risponde ai bisogni, alle aspettative ed ai desideri dell'utente. Negli ultimi anni la soddisfazione della persona assistita ha assunto un ruolo sempre più importante poiché permette di cogliere il giudizio diretto, e di ricavare informazioni utili per il miglioramento del servizio. Inoltre numerosi studi correlano la soddisfazione alla compliance del paziente verso i percorsi diagnostico- terapeutico- riabilitativo. Poiché i problemi di salute mentale, caratterizzati generalmente da scarsa compliance ai trattamenti, interessano una popolazione sempre maggiore, è interessante osservare il fenomeno in questa particolare popolazione.

OBIETTIVI Valutare il grado di soddisfazione generale del Servizio, garantito dal Centro di Salute Mentale (CSM), e il livello di aderenza terapeutica dei pazienti psichiatrici ambulatoriali.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale su un campione consecutivo, arruolato su base volontaria, di pazienti affetti da disturbi mentali afferenti ad un Centro di Salute Mentale della regione Marche. Sono stati esclusi i pazienti che si trovavano in situazioni di acuzie, e quelli che afferivano al centro da un periodo inferiore ai tre mesi. Sono stati somministrati, nel periodo gennaio- febbraio 2016, il General Satisfaction Questionnaire (GSQ) per valutare il grado di soddisfazione generale del Servizio, la Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) per valutare il livello di aderenza terapeutica, preceduti da una breve scheda dati generali. I dati raccolti sono stati elaborati mediante statistica descrittiva.

RISULTATI Hanno partecipato allo studio 76 pazienti. Il campione era prevalentemente di genere maschile (53.9 %), con età media di 47 anni (DS 12.1); afferivano al servizio mediamente da 11.8 anni (DS 8.0), con frequenza prevalentemente mensile (52.6%) o settimanale (31.6%). In relazione al GSQ, tutti gli item hanno ottenuto valutazioni positive comprese tra il 65.8% e il 100% dei casi, principalmente rispetto al raccomandare il centro ad altre persone (100%), aiuto offerto dal centro ad affrontare con maggiore efficacia i problemi (100%), all'aver ricevuto il tipo di servizio che si desiderava (98.7%), alla disponibilità degli infermieri all'ascolto (98.7%). Tuttavia il 34.2% degli utenti riterrebbe opportuno aumentare la frequenza degli accessi, il 23.7% ritiene che l'aiuto del centro non abbia totalmente soddisfatto i propri bisogni, il 23.7% non si ritiene soddisfatto di come sono organizzate le emergenze e gli aiuti urgenti fuori dall'orario di lavoro, il 22.4% non ritiene importante avere un infermiere di riferimento, e l'11.8% dei pazienti non percepisce il lavoro di squadra dell'equipe. In relazione alla MMAS-4, l'aderenza alla terapia farmacologica è alta nel 71.1% dei pazienti, e media nel 26.3%.

LIMITI Principale limite della ricerca è la ridotta numerosità campionaria, che non rende generalizzabili i risultati dello studio.

CONCLUSIONI Lo studio, nonostante i risultati largamente positivi, in riferimento alla soddisfazione degli utenti e all'aderenza alla terapia farmacologica, ha permesso di evidenziare dei punti di debolezza del centro, su cui è possibile intervenire, migliorando così il servizio offerto alle persone assistite. Tra le priorità, la gestione delle emergenze psichiatriche 24 ore su 24.

Indirizzo per la corrispondenza

Girotti Susi, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Nessuna
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: susi.girotti@libero.it

81. Implementazione del PDTA dello scompenso cardiaco nelle case della salute di Reggio Emilia

Greci Marina, Baccarani Erika, Navazio Alessandro, Pedroni Dante, Romani Sonia, Saccaggi Licinia Laura, Storani Simone, Pinotti Mirco

AUSL Reggio Emilia

BACKGROUND Nelle malattie croniche è necessario il passaggio da un'offerta passiva e non coordinata ad un sistema assistenziale integrato in cui ogni operatore possa svolgere il proprio ruolo senza sovrapposizioni, garantendo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio. La sperimentazione intende sviluppare un modello di sanità d'iniziativa all'interno delle Case della Salute della provincia di Reggio Emilia per lo Scompenso Cardiaco, patologia cronica che grava sul Sistema Sanitario Nazionale. In provincia, i casi incidenti sono del 4,1 /1000 e i prevalenti 19,6/1000 residenti.

OBIETTIVI L'obiettivo principale dell'azione è sperimentare un modello di gestione del paziente con scompenso cardiaco basato sul Chronic Care Model per garantire uniformità delle cure e continuità assistenziale. Gli obiettivi specifici del progetto comprendono: - Per i professionisti, la sperimentazione di una modalità di lavoro interdisciplinare, multiprofessionale e di integrazione tra ospedale e territorio; - Per i pazienti, il miglioramento della qualità della vita e lo sviluppo di capacità di autogestione della malattia.

METODI 1. A livello centrale, un gruppo di lavoro, composto da professionisti clinici e delle Direzioni Aziendali, Cure Primarie e Infermieristiche, ha costruito il PDTA dello Scompenso Cardiaco stadio C con disfunzione ventricolare sx e ha affidato ai gruppi sperimentatori il compito di adattarlo alle peculiarità organizzative territoriali; il PDTA è stato condiviso anche con le UO di Medicina e Cardiologia dell'Ospedale provinciale ASMN-IRCCS. 2. Nel corso del 2015 i MMG di 6 Nuclei di Cure Primarie, uno per ciascun Distretto della provincia, hanno effettuato formazione assieme a Cardiologi, Infermieri territoriali e Ospedalieri, Nutrizionisti e Fisioterapisti per sviluppare competenze specifiche sul Chronic Care Model, Medicina d'iniziativa e lavoro in equipe. Gli infermieri "Gestori del Percorso" hanno ricevuto una ulteriore formazione sul tema del supporto motivazionale ai corretti stili di vita. 3. Il Servizio Tec. Informatiche aziendale ha predisposto un sistema informatico "gestore dei Percorsi Arianna (GPA)" per identificare la popolazione target, condividere tra gli operatori le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti, ridurre il drop out, valutare gli indicatori di processi e di esito. 4. Sono stati definiti gli indicatori di processo e di esito: fra questi il monitoraggio del tasso di ricovero per scompenso e di accessi al PS per le persone arruolate nel percorso.

RISULTATI Da maggio 2016 è stata avviata la sperimentazione in un NCP di RE che gradualmente si è estesa ad altri 5 NCP della provincia con in coinvolgimento previsto di 88 MMG. Sono stati avviati 6 ambulatori infermieristici a gestione dell'Infermiere Gestore del Percorso per il follow up, uno per ciascun Distretto. A 6 mesi di distanza sono stati arruolati nel percorso 48 assistiti di 26 MMG con una media di 1,8 assistiti/MMG, valore ancora distante a quello stimato che ne prevede circa 20/MMG.

LIMITI I limiti connessi alla sperimentazione comprendono: • la difficoltà a riallocare risorse professionali e tempi dedicati al percorso; • la difficoltà dei professionisti ad abbandonare modelli operativi già consolidati; • la necessità di training continuo, di modifiche migliorative del GPA e di assistenza informatica sul campo.

CONCLUSIONI La prima valutazione di processo a 3 mesi dall'avvio in ciascun NCP (a 6 mesi nei distretti di Reggio Emilia e C.Ne' Monti) ha evidenziato la complessità del percorso e la necessità di manutenzione continua da parte del gruppo di coordinamento del PDTA. A distanza di 5 mesi, è stato condotto un focus group con gli operatori coinvolti per valutare le criticità e introdurre meccanismi correttivi e un focus group con gli assistiti del Distretto di Reggio Emilia i quali hanno espresso un alto indice di gradimento per la presa in carico. I punti di forza del progetto comprendono: • la formazione interprofessionale; • la sperimentazione di nuove modalità di integrazione fra i professionisti; • la gestione informatica dei dati per finalità cliniche e di monitoraggio; Dopo 6-9 mesi di sperimentazione e di monitoraggio, valutati gli esiti, si intende procedere all'implementazione del Progetto nei restanti 17 NCP della Provincia.

Indirizzo per la corrispondenza

Storani Simone, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Bologna - Nessuna
Via Zamboni, 33 - 40126 - Bologna
Email: storanis@ausl.re.it

82. Riforma del 332/99 Nomenclatore Tariffario Assistenza Protesica

Gruppioni Gianni, Gandolfo Franco

ANAP

BACKGROUND È in corso di approvazione il d.P.C.M che istituisce i nuovi L.E.A., Contestualmente è prevista la revisione del Nomenclatore Tariffario di Assistenza Protesica. Questo progetto coinvolge diversi aspetti dell'assistenza protesica legata (non solo) alle protesi acustiche, quali l'appropriatezza, monitoraggio dei risultati, riduzione dei costi afferenti al paziente con ipoacusia, libertà di scelta (di prodotto e del professionista) garantita al paziente dalla Costituzione, con maggiore coinvolgimento del paziente nelle decisioni riguardo all'ipoacusia, quindi presa di coscienza ed accettazione.

OBIETTIVI L'attuale DM 332/1999 Nomenclatore Tariffario di Assistenza Protesica già contiene quanto sopra elencato, con una struttura che traccia il percorso di fornitura individuando precise responsabilità: del Prescrittore, del Tecnico Audioprotesista (responsabile in scienza e coscienza della scelta del prodotto, dei risultati attesi e di quelli conseguiti, che vanno mantenuti e verificati nel tempo) del Paziente che libero di scegliere il T.A. (fiducia nel professionista) ed il prodotto (a totale carico del S.S.N /o con il suo personale contributo -anche importante- per ottenere quelli che considera miglioramenti fondamentali, tecnologici e/o estetici), è molto più motivato all'accettazione della soluzione e al suo sfruttamento. Ora il d.P.C.M. prevede la fornitura a mezzo gara dei dispositivi volti alla rimediazione delle ipoacusie (spostati dall'attuale elencazione in Elenco 1 al nuovo Elenco 2A -Allegato 5 al d.P.C.M.) quale unico metodo per conseguire economie dovute al metodo scelto (quantitativo / non qualitativo) con conseguenti "economie di scala".

METODI Questa scelta se mantenuta, per gli apparecchi acustici, (altro sono gli impianti cocleari, che pure interessano per la parte esterna l'audioprotesista) vanificherebbe il DM 668/94, le Leggi 42/99, 251/2000 e 43/2006 in virtù delle quali il Tecnico Audioprotesista è la Professione sanitaria, caratterizzata da autonomia e responsabilità quale professione "intellettuale" e "regolamentata" che attua "prestazioni sanitarie" Al contrario di quanto ipotizzato nel d.P.C.M., le protesi acustiche sono dei dispositivi destinati esclusivamente al paziente per il quale sono scelti, applicati e forniti dal T.A. nell'ambito di un progetto specifico ed individuale, incardinato sulla relazione curativa tra cittadino/paziente e professionista sanitario.

RISULTATI Questi dispositivi, per bisogni complessi, non possono essere considerati "di serie", bensì mezzi con i quali l'Audioprotesista, caso per caso, in relazione alle necessità ed alle esigenze manifestate dal paziente, valutate le sue condizioni audiologiche, cognitive, intellettive, motorie, della qualità di vita ecc., individua, -EX POST- avendone la piena autonomia e responsabilità – il dispositivo più idoneo, per predisporlo a beneficio della persona, con un altissimo livello di personalizzazione. Trattasi di Dispositivi Medici, che vanno usati inseriti in un orifizio del corpo umano, registrati secondo il Decreto Legislativo 46/97 in classe di rischio IIa, MAI assimilabili ai dispositivi standard. Si argomenta che anche gli stent e le protesi d'anca sono a gara, ma con tutto il rispetto per questi prodotti essi sono dispositivi "seriali" "finiti" (non modificabili) e non sono in NESSUN MODO comparabili con gli apparecchi acustici che necessitano delle prestazioni professionali del T.A., prestazioni che non rientrano nelle tipologie demandate alle funzioni CONSIP ed ai meccanismi del MEPA. Anche l'ANAC ha, in più occasioni rilevato che la prestazione d'opera professionale non è soggetta alle procedure che regolano l'appalto di servizi. Se dovesse davvero trovarsi costretto ad agire in questo regime, il TA si vedrebbe esposto a rischi di azioni risarcitorie con riflessi non solo civili o amministrativi, ma anche penali, in presenza della violazione delle Linee guida approvate dalla Comunità scientifica e richiamate dal Codice deontologico, ma delegittimate dai nuovi LEA!

LIMITI Di fatto si costringerebbe, così, l' Audioprotesista a subire - ex ante - la scelta del dispositivo, vanificando la prestazione sanitaria che si svolge soprattutto -ex post- rispetto alla fase di "allestimento su misura" dello stesso. L' Audioprotesista, dovendo scegliere e mantenere nel tempo le condizioni ottimali del dispositivo compie UN CONTINUUM di prestazioni sanitarie, riconosciute dalla legge e tutelate dalle norme vigenti, per le quali, l'Ordinamento Sanitario vigente prevede - come scritto di recente la Direzione generale della Programmazione - una tariffa di remunerazione. (prot. 0005236-15/02/2016-DGPROGS-COD_UO-P).

CONCLUSIONI Il mantenimento della libera scelta del paziente rispetto al rapporto fiduciario tecnico sanitario/paziente, e alla scelta del prodotto è condizione sine qua non per continuare a mantenere elevato (come ora) il livello di soddisfazione del paziente rispetto al servizio ricevuto; in questo tutte le professioni aderenti al CONAPS concordano.

Indirizzo per la corrispondenza

Gandolfo Franco, Tecnico audioprotesista

ANAP - Associazione Nazionale Audioprotesisti Professionali - Nessuna

Via Val D'Intelvi, 3 - 20152 - Milano

Email: fragan@tin.it

83. La percezione della professione infermieristica: la parola agli studenti. Studio osservazionale

Lenzini Annalisa

Università degli studi di Bologna Sede di Ravenna – Corso di Laurea in Infermieristica

BACKGROUND L'immagine dell'infermieristica è soggetto e oggetto di molti dibattiti a livello internazionale (Dignani et al., 2014) assumendo diversi significati in relazione alle contingenze storiche (Hoeve et al., 2013). Molti studi rivelano inoltre che l'immagine della professione infermieristica influenza molto il reclutamento nella professione stessa (Beck, 2000; Stevens e Walker, 1993 e Wilson e Mitchell, 1999).

OBIETTIVI Lo studio si propone di indagare la percezione degli studenti delle classi 4° e 5° delle scuole superiori e studenti del 1° e 3° anno della facoltà di infermieristica, rispetto l'immagine dell'infermiere. In particolare l'attenzione è focalizzata sul grado di accordo/disaccordo rispetto a specifiche caratteristiche del ruolo dell'infermiere: conoscenza, comportamenti, capacità, competenza. Il quesito di ricerca che questo studio si è posto è: qual è la percezione dell'immagine dell'infermiere da parte degli studenti delle scuole superiori di secondo grado e di infermieristica? Ci sono differenze significative fra i campioni?

METODI È stato condotto uno studio prospettico osservazionale, che ha coinvolto studenti delle scuole superiori di due diversi istituti delle classi 4° e 5° e studenti infermieri del 1° e 3° anno di una stessa sede formativa. Ad ogni soggetto è stato dato il questionario in modalità cartacea. Per la raccolta dati è stato utilizzato il Nursing Attitude Questionnaire (NAQ) (Toth et al., 1998), strumento molto usato sia per valutare i motivi per cui gli studenti decidono di frequentare i Corsi di Laurea in Infermieristica (Bolan & Grainger, 2009), ma anche per valutare la percezione che hanno gli infermieri e i cittadini della professione infermieristica (Toth et al., 1998). Successivamente, l'analisi statistica è stata condotta con il programma SPSS.

RISULTATI Per quanto riguarda il grado di percezione che hanno gli studenti sulla professione infermieristica, si sono evidenziate delle differenze all'interno del campione, con risultati soddisfacenti per lo più espressi dagli studenti di infermieristica. Gli studenti dell'istituto tecnico, professionale e del liceo non esprimono accordo con l'affermazione: molti infermieri che ricercano un avanzamento nella loro attività professionale, in realtà vorrebbero essere piuttosto dei medici ($r = -.315$). Gli studenti in infermieristica esprimono che l'interesse al CdL in Infermieristica è legata al fatto che Gli infermieri devono avere una Laurea per praticare la professione ($r = .234$). Dall'analisi dei dati sono state trovate differenze rispetto al genere. Sono le femmine ad evidenziare un interesse maggiore per la professione infermieristica (Point medio = > 3.50), tuttavia le ragazze dimostrano un certo grado di incertezza nell'interesse a scegliere il CdL in Infermieristica ($M = 2.50$, $P = .004$).

LIMITI Lo studio presenta un campione limitato e anche l'aver indagato solo una sede formativa di infermieristica può essere un limite dello studio. Inoltre alcune risposte potrebbero essere state influenzate da precedenti rapporti che buona parte degli intervistati avevano con il mondo dell'infermieristica per lo più correlati a precedenti ricoveri oppure ad amici o famigliari infermieri.

CONCLUSIONI Dall'analisi dei risultati dello studio condotto attraverso la somministrazione di un test inerente i vari aspetti che connotano la figura dell'infermiere, si evince che vi sono differenze sia tra gli studenti delle scuole medie superiori e quelli del CdL. Un dato significativo è che vi è ancora l'idea che la professione infermieristica sia una professione prettamente femminile; non ci sono però dati netti per quanto riguarda la percezione dell'infermiere e della professione.

Indirizzo per la corrispondenza

Lenzini Annalisa, Infermiere
Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Ravenna - Nessuna
Via Mura Diamante Torelli, 67 - 48018 - Faenza
Email: annalisalenzini@gmail.com

84. Esiti derivanti dall'utilizzo della button hole cannulation nei pazienti in trattamento emodialitico: una revisione della letteratura

Lucertini Carla¹, Becci Manuel², Dignani Lucia¹, Toccaceli Andrea¹, Moroncini Gianluca²

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

BACKGROUND Le persone con insufficienza renale cronica terminale (ESRF) che sono in cura con Emodialisi sono sottoposti a circa 300 punture all'anno della Fistola Atero Venosa (FAV). La tecnica standard fino alla metà degli anni '70 era l'unica tecnica conosciuta per l'incannulamento della fistola artero-venosa, in sintesi essa prevedeva che il sito di puntura venisse cambiato ad ogni sessione di dialisi e che venissero impiegati aghi taglienti o tradizionali di grosso calibro (15-17G). Cardine al quale gli infermieri devono porre attenzione è quello derivante dalla alterazione dell'immagine corporea dato dalla FAV e dal discomfort che la stessa porta nell'esecuzione delle attività di vita quotidiane. Ciò mette l'accento sulla importanza di trovare nuove strategie che migliorano l'outcome di questi pazienti come: minimizzazione del dolore, bassa insorgenza di complicanze, bassa insorgenza di deformità come pseudoaneurismi. La Button Hole Cannulation (BHC) definita "puntura ad occhio- asola" prevede la puntura con aghi- smussi di un sito costante di puntura della FAV nasce alla metà degli anni '70 grazie al Dott. Twardowski. La tecnica prevede prima la creazione di un tunnel (track) utilizzando aghi affilati per una media di 6 sessioni di Hemodialysis dopo di che possono essere usati aghi-smussi.

OBIETTIVI Individuare i dati disponibili in letteratura ad oggi sull'argomento BHC in termini di esiti sia per quanto riguarda la correlazione di questa tecnica con il rischio di sviluppare infezioni sia per gli altri outcomes come la percezione di dolore alla venipuntura e la comparsa di complicanze legate all'accesso vascolare.

METODI È stata condotta una ricerca sul database bibliografico MEDLINE® nel mese di Giugno 2016 utilizzando 4 stringhe di ricerca differenti su PUBMED®. Key-words: buttonhole, pain, outcom*, hematoma OR aneurysm), nurs*. Gli articoli sono stati selezionati secondo i criteri: anno di pubblicazione dal 2010 in poi, lingua Italiano o Inglese, sono stati esclusi gli articoli non attinenti al tema e i Case Report ed i Case Series, sono stati tenuti in considerazione solo articoli di cui è stato possibile ottenere l'articolo in formato Full Text.

RISULTATI Dalla ricerca eseguita, sul database MEDLINE® sfruttando quindi il motore di ricerca della letteratura scientifica PUBMED®, utilizzando le stringhe di ricerca indicate si è creato un database con un totale di 187 articoli. Al termine della Selection Process si è ottenuto un database definitivo di 19 articoli tra cui i più importanti sono: 4 studi RCT, 2 systematic review e 5 studi osservazionali. I risultati sono stati poi analizzati suddividendo gli esiti in 4 macro aree: RISCHIO DI INFEZIONI: la BHC è effettivamente associata ad un maggior rischio infettivo sia locale che sistemico paragonato alla tecnica standard; RISCHIO DI COMPLICANZE: sebbene non vi siano prove di evidenze significative alcuni esiti sono migliori con la BHC come la probabilità di insorgenza di aneurismi; PERCEZIONE DEL DOLORE: solo un RCT esamina questo outcome ed non evidenzia particolari differenze tra le 2 tecniche; ESITI INFERMIERISTICI: i risultati indicano una maggior difficoltà di incannulamento della FAV nel gruppo BHC da parte del personale infermieristico.

LIMITI Sebbene il database bibliografico MEDLINE® sia uno dei database di letteratura scientifica biomedica più importanti a livello internazionale il fatto che la ricerca degli articoli sia stata effettuata sfruttando solo questa fonte rappresenta un limite di questo studio per il raggiungimento dell'obiettivo per il quale è stato condotto. È altresì importante sottolineare che per alcuni articoli rilasciati dalla ricerca effettua su PUBMED® non è stato possibile consultare la versione full-text.

CONCLUSIONI La BHC è effettivamente associata ad un maggior rischio infettivo e questo è avvalorato da tutti e 4 gli studi trial esaminati, tuttavia, vi sono anche outcome che migliorano con l'utilizzo della BHC. La tendenza però della letteratura a descrivere un maggior rischio infettivo porta le unità di emodialisi ad accantonare il progetto Button Hole e questo è deleterio per la possibilità di creare nuova evidenza che invece è necessaria per esporre i punti di forza di questa tecnica.

Indirizzo per la corrispondenza

Lucertini Carla, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Nefrologia e Dialisi
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: saetta_lc@libero.it

85. Indagine osservazionale: Valutazione del presenteeism in un gruppo di infermieri mediante utilizzo di SPS-6 (Stanford Presenteeism Scale)

Lucertini Carla¹, Candelaresi Martina², Toccaceli Andrea¹, Dignani Lucia¹, Briglio Nigro Lorenzo¹, Barone Antonio¹

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

BACKGROUND Nell'attuale contesto occupazionale sta emergendo un fenomeno "nuovo" che coinvolge tutti i paesi del mondo e che sta diventando sempre più importante il presentismo (presenteeism). Il presenteeism non è l'opposto dell'assenteismo (ossia l'assenza dal lavoro) ma è "Riduzione della produttività del lavoro a causa di problemi di salute o altri eventi che distraggono il lavoratore per una piena produttività". Il presenteeism si riscontra maggiormente nei settori lavorativi che si occupano di cura, benessere ed istruzione e in particolar modo infermieri, medici, assistenti in case di cura, insegnanti della scuola dell'obbligo ed educatori a causa di un maggiore senso di responsabilità verso le persone che seguono ma potrebbero esserci anche altre motivazioni come la non sostituibilità e la mancanza di risorse.

OBIETTIVI Rilevare la prevalenza del presenteeism in un setting Ospedaliero per Acuti negli Infermieri e le influenze ad esso legate dal problematiche di salute quali emicrania e mal di schiena.

METODI Attraverso uno studio osservazionale sono stati arruolati infermieri appartenenti ai dipartimenti di Chirurgia Generale e Specialistica, Scienze Neurologiche, Medicina Interna, Emergenza ed Accettazione, Scienze Cardiovascolari e Specialità Mediche e Chirurgiche. Sono stati somministrati gli strumenti: STANFORD PRESENTEEISM SCALE-6 (SPS-6): questionario generico validato in lingua inglese e tradotto in italiano che va a rilevare la presenza del presentismo correlato a dei problemi di salute generici che vadano a influenzare sull'attività lavorativa. Il punteggio finale, cioè la somma di tutti i valori determina la presenza più o meno alta del presentismo dove 6-10 è basso, 11-15 è medio-basso, 16-20 è medio, 21-25 è medio-alto, 26-30 è alto; MIDAS: questionario specifico validato in italiano, per valutare il grado di disabilità causato dagli attacchi emicranici riferibili ai giorni di evento negli ultimi tre mesi, che va da un grado I di disabilità minima fino ad un grado IV di disabilità grave; COMI: questionario specifico validato in italiano, in grado di valutare le problematiche riguardanti il mal di schiena e gambe in cui valori bassi indicano la non presenza della sintomatologia e quindi la non compromissione delle attività quotidiane. I dati sono stati analizzati mediante statistiche descrittive e analisi della varianza ANOVA.

RISULTATI La popolazione arruolata è n=309 Infermieri (72.49% femmine, 27.51% maschi). Gli anni di servizio sono in totale 15.52 ($\pm$ 9.44). La media dei valori riguardanti la presenza del presenteeism per ogni singolo item della SPS-6 dove il valore più basso ottenuto negli items del SPS-6 è 3.05 mentre il più alto è 3.98 (in una scala Likert crescente da 1 a 5) suggerisce la presenza del fenomeno: il valore totale è compreso nel range 16-20 che indica una presenza media del presenteeism e che nonostante la sua presenza il lavoratore sia riuscito a portare a termine i propri compiti a livello lavorativo anche impegnativi, a discapito della sua soddisfazione professionale. Dai dati emersi a seguito della compilazione da parte del campione arruolato degli strumenti MIDAS e del COMI la disabilità media riferita agli attacchi di emicrania è di 3.45 e quindi rientra nel grado I ma da una attenta analisi dei singoli ITEMS del MIDAS si evince una compromissione delle attività svolte abitualmente a casa dal lavoratore. Il COMI permette di indicare una presenza di sintomatologia dolorosa alla schiena ed ai glutei nella popolazione investigata che ha impedito poco la possibilità di recarsi al lavoro (0.22 giorni negli ultimi tre mesi). Dal test non parametrico di Mann-Whitney per campioni indipendenti, emerge che le risposte fornite nel MIDAS e COMI in riferimento al Genere/sex sono statisticamente significative mentre considerando le variabili anni di servizio come continue, il test ANOVA ha restituito la bassa presenza di differenze nelle distribuzioni statisticamente significative.

LIMITI assenza, in letteratura, di un questionario validato in italiano del SPS-6, per cui è stato necessario fare una traduzione dall'inglese per poterlo somministrare -disegno dello studio (osservazionale): osservazione della variabile attribuendo solo una stima dell'effetto, senza indagare sul rapporto causa-effetto. - basso tasso di risposta e un campione non troppo grande potrebbero aver portato ad una non correttezza dei risultati.

CONCLUSIONI Emerge una prevalenza media del presenteeism nel campione selezionato. Il mal di testa è presente e determina una disabilità medio-bassa che non influisce sulle attività lavorative ma che invece porta ad una limitazione di quelle che sono le attività di vita quotidiana al di fuori del lavoro e dove la categoria più a rischio è il genere femminile. Utile sarebbe valutare da parte delle aziende ospedaliere la qualità di vita del personale prevenendo condizioni che inficino la salute, la produttività, benessere professionale e soddisfazione lavorativa.

Indirizzo per la corrispondenza

Lucertini Carla, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Nefrologia e Dialisi
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: saetta_lc@libero.it

86. Il profilo di ruolo del bed manager come facilitatore nel patient flow

Lucertini Carla, Delli Santi Pasquale, Toccaceli Andrea, Dignani Lucia, Ciociola Erica, Gioacchini Gloria, Pelusi Gilda

AOU Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND Una delle principali criticità che deve fronteggiare un Pronto Soccorso (PS) è rappresentata dal fenomeno del sovraffollamento. La gestione del posto letto da rendere disponibili per l'area dell'emergenza- urgenza costituisce una delle maggior criticità di un PS. Con l'obiettivo di gestire i flussi ospedalieri di pazienti iniziano a diffondersi anche nel nostro paese tentativi di governo del percorso del paziente in ospedale anche attraverso il Bed management. La funzione del BM è sperimentata da almeno dieci anni in Gran Bretagna, dove il ruolo è tipicamente infermieristico. Si sta diffondendo anche in Italia la figura del Bed Manager (BM), mutuata dai modelli anglosassoni, quale snodo di riferimento in grado di fare incontrare le esigenze cliniche, assistenziali e logistiche nel percorso della persona assistita, sia nelle realtà ospedaliere che nella continuità assistenziale. Il BM: collabora con il personale medico ed infermieristico nella definizione dei bisogni della persona assistita giunta in emergenza e che necessita di ricovero, espleta una supervisione dei posti letto permettendo il raggiungimento di un setting assistenziale ottimale nel rispetto delle risorse assegnate.

OBIETTIVI Comprendere la necessità di individuare un BM in un setting italiano di Emergenza di Secondo livello costruendone un profilo di ruolo.

METODI Lo studio è stato condotto in due fasi. Fase 1 (agosto- settembre 2015): survey che ha visto coinvolti Dirigenti Medici ed infermieri del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (Pronto Soccorso e Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione dei Trapianti e Chirurgia Maggiore- Divisione, Anestesia e Rianimazione Generale, Respiratorie e del Trauma Maggiore- Clinica). Fase 2 (gennaio- marzo 2016): individuazione delle competenze specifiche (Job Specification) del BM mediante la tecnica Delphi in due rounds ad un panel di esperti la cui identità è rimasta segretata fino al termine dello studio per garantirne una maggiore potenza senza possibilità di influenze esterne.

RISULTATI survey: il campione di convenienza arruolato (n=64) costituito dal 18.8% da Dirigenti Medici e 81.2% da Infermieri è composto da 46.6% maschi e 53.4% femmine con una mean di anni di servizio di 10.9. Utilizzato un questionario ad hoc volto a valutare le principali caratteristiche del BM con scala Likert crescente da 1 a 5. Importanza competenze specifiche indicate dalla letteratura: esperienza professionale e clinica (mean 4.08, ± 0.82), capacità informatiche (mean 3.28, ± 0.79), esperienza di management (mean 3.89, ± 0.88), conoscenza del setting organizzativo (mean 4.08, ± 0.88), capacità comunicativa (mean 4.23, ± 0.77). Con una Moda 4, la seconda parte della survey ha mostrato la presenza nel 69.23% di un grado di importanza alto nell'affermare che un miglior coordinamento fra i molteplici servizi clinico/assistenziali extraospedalieri porterebbe ad una riduzione dei ricoveri ritenuti inappropriati. Tecnica di Delphi: ad un panel multidisciplinare di esperti è stato chiesto di individuare le principali competenze specifiche per la realtà investigata che un BM deve possedere. Area CONOSCENZE: conoscenza della realtà ospedaliera in termini di organizzazione e struttura, conoscenza delle reti cliniche e di collegamento con le strutture territoriali per attivazione precoce dimissione protetta. Area CAPACITÀ TECNICHE-OPERATIVE/COMPORTAMENTI: capacità relazionali, capacità e conoscenza manageriale, di coordinamento con le altre figure professionali, organizzative, di controllo e supervisione. Area REQUISITI ED ESPERIENZA: leadership accordata e riconosciuta ed una esperienza professionale clinica nel settore dell'emergenza e internistica.

LIMITI la popolazione arruolata è riferita ad un solo setting specifico aziendale senza quindi restituire la dimensione del fenomeno investigato nella sua interezza.

CONCLUSIONI La survey effettuata ha fotografato la situazione esistente nei setting individuati. Malgrado la figura del BM non sia ancora istituzionalizzata, le sue funzioni vengono riconosciute. La tecnica Delphi ha permesso di individuare le competenze specifiche (job specificato) del BM definendo un profilo di ruolo di questa nuova figura professionale. La figura del BM risulta essere in grado di unire competenze cliniche e logistiche nella supervisione dei posti letto.

Indirizzo per la corrispondenza

Lucertini Carla, Infermiere

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Nefrologia e Dialisi

Via Conca, 71 - 60126 - Ancona

Email: saetta_lc@libero.it

87. Analisi delle criticità nella gestione infermieristica quotidiana della persona in continuous renal replacement therapy (CRRT). Una literature review

Lucertini Carla¹, Tarsetti Gianluca², Polidori Lucia², Toccaceli Andrea¹, Dignani Lucia¹, Gioacchini Gloria¹

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

BACKGROUND Attualmente l'Acute Kidney Injury (AKI), associata alla Multiple Organ Dysfunction Syndrome (MODS) ed instabilità emodinamica, risulta essere una delle maggiori complicanze caratterizzanti il paziente critico ricoverato in Unità di Terapia Intensiva (UTI). Si sono sviluppate tecniche sempre più raffinate e complesse tra cui le Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) che rappresentano una terapia di sostituzione renale applicata in maniera continuativa (h24) in pazienti critici trattati nelle UTI e che offrono la possibilità di una rimozione lenta di liquidi e soluti, di una correzione graduale degli squilibri elettrolitici e acido-base, oltre ad un miglioramento dell'apporto nutrizionale. La Continuous Venovenous Hemofiltration (CVVH) è la metodica più diffusa e comporta la eparinizzazione del circuito e viene considerata all'interno del contesto più ampio delle CRRT. Ne consegue un aumento della richiesta delle competenze infermieristiche correlate alla gestione dei pazienti in terapia sostitutiva renale e quindi anche delle criticità ad essa associate.

OBIETTIVI Conoscere le principali criticità di gestione infermieristica quotidiana della persona in CVVH in un setting intensivo.

METODI Attraverso una revisione della letteratura si è interrogata la banca dati biomedica "PubMed" nel periodo gennaio-marzo 2016. Le Key Words del PICO sono: CVVH, complications, nursing, CRRT".

RISULTATI Reperiti 924 articoli, considerati 138 perché rispettavano i criteri di inclusione (pertinenti rispetto le complicanze di assistenza infermieristica delle metodiche di CVVH- CRRT) giungendo a 27 articoli finali (full text). I risultati mostrano criticità nella: gestione accesso vascolare per la prevenzione delle infezioni ad esso correlate: le sedi di inserimento del Catetere Venoso Centrale (CVC) per CRRT non mostrano significative differenze tra loro mentre sono determinanti in termini di esiti infettivi i CVC superficie modificata risultano più efficaci in termini di riduzione disfunzioni, eventi trombotici e aumento di barriera batteriologica rispetto ai CVC standard; gestione della mobilizzazione negli assistiti in CRRT: viene suggerita la creazione di protocolli che permettano una appropriata candidatura di coloro che possono essere mobilizzati precocemente poiché la immobilizzazione stessa porta ad una ipocalcemia; conoscenza e gestione dei principali allarmi del monitor di CRRT: la letteratura propone l'utilizzo di un esercizio di simulazione ad alta fedeltà inserito all'interno del programma di educazione all'uso delle CRRT mediante le KSAs (Knowledge, Skills, Attitudes) e l'implementazione di un team di emergenza infermieristica per CRRT in grado di ridurre gli eventi avversi in assistiti come supporto al nursing staff.

LIMITI Consultazione di una sola banca dati e la possibilità di reperire solo pochi articoli full text.

CONCLUSIONI La competenza infermieristica clinica necessaria per utilizzare dispositivi complessi in modo appropriato, come la CVVH, può essere raggiunta con programmi di formazione dedicati. Una continua revisione delle procedure interne di reparto, fondate su solidi criteri di selezione migliori prove di efficacia, permette di individuare strategie per aumentare la sopravvivenza del circuito extracorporeo, la dose di terapia renale sostitutiva, ridurre i costi di trattamento e il carico di lavoro infermieristico. L'istituzione di team specializzato è efficace per la gestione di assistiti in CRRT seppur necessita di un'elevata disponibilità di risorse per la riorganizzazione del setting.

Indirizzo per la corrispondenza

Lucertini Carla, Infermiere

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - U.O. Nefrologia e Dialisi

Via Conca, 71 - 60126 - Ancona

Email: saetta_lc@libero.it

88. I percorsi di cura come strumento di ridisegno organizzativo

Luzzi Loredana, Garavaglia Giulia

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

BACKGROUND In Lombardia il 2015 è stato l'anno in cui si è sostanziata, dal punto di vista normativo, la risposta del policy maker alle sfide imposte dal cambiamento della domanda di salute della popolazione legate agli effetti dell'invecchiamento e dell'aumento della prevalenza della cronicità. La risposta comincia con la legge regionale 23/2015, di evoluzione del sistema sociosanitario, e prosegue con la DGR 4662/2015, piano della cronicità, e nel 2016 con le DGR 5113 e 5513, contenenti le linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendali strategici.

OBIETTIVI Il presente lavoro ha l'obiettivo di riportare l'esperienza di ridisegno organizzativo in atto nella ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda per mettere in pratica l'indirizzo normativo regionale della presa in carico del cronico grave da parte di un grande ospedale generalista. In particolare il lavoro illustra come lo studio dei percorsi di cura dei pazienti cronici e complessi sia un punto di partenza fondamentale per la costruzione della RICCA, in modo che questa risulti funzionale alla continuità di cura e assistenza del cronico e in generale del malato caratterizzato da bisogni complessi.

METODI Il lavoro ha avuto come presupposto l'analisi della normativa regionale, in particolare per quanto attiene la legge 23/2015 di riforma del sistema sociosanitario e le successive delibere in merito agli indirizzi di attuazione (DGR 4662/2015, DGR 5113/2016, DGR 5513/2016). Allo studio della normativa è seguita la definizione delle azioni preliminari e abilitanti per il ridisegno dell'organizzazione funzionale alla presa in carico del cronico complesso e del fragile da parte della ASST Niguarda: comprendere i volumi di attività legati all'erogazione di servizi alla popolazione cronica; comprendere lo stato as is del processo di integrazione tra ASST Niguarda e territorio e le criticità da risolvere per la consentire la costruzione della componente interna della RICCA.

RISULTATI I risultati dell'analisi dell'attività di cura del 2015 mostrano come il 58% dei ricoveri sia stato effettuato da pazienti cronici (27% verdi, 13% gialli, 18% rossi). Per quanto riguarda le visite ambulatoriali gli accessi effettuati dai cronici risultano essere il 53% (33% verdi, 10% gialli, 10% rossi). Mentre per le MAC la percentuale sale al 75% (39% verdi, 19% gialli, 17% rossi). Al termine dell'analisi sui volumi di attività del 2015 si è proceduto allo studio della situazione as is del processo di integrazione attraverso la conduzione di interviste semi-strutturate e in secondo luogo alla identificazione degli ambiti prioritari di intervento per la costruzione della RICCA attraverso l'analisi delle informazioni raccolte. È stata effettuata una ricognizione su sei dei dieci dipartimenti gestionali della ASST Niguarda. Durante la ricognizione sono stati mappati 43 percorsi di cura e per ciascun percorso è stato individuato un referente. L'analisi delle informazioni raccolte durante le interviste semi-strutturate ha permesso di individuare tre principali ambiti di criticità nel processo di integrazione sociosanitaria.

LIMITI --

CONCLUSIONI Il lavoro ha consentito di contribuire alla definizione della nuova organizzazione nella ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda confermando un assetto dipartimentale "pensato" intorno al paziente ed alle sue necessità. Infatti la costruzione organizzativa nel nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico è declinata in un'ottica di continuità di gestione e di processi, superando la dicotomia polo ospedaliero e rete territoriale in una logica di integrazione e di lettura della attività come un continuum della gestione del paziente per rispondere ai suoi bisogni. Il lavoro dimostra inoltre come non si possa più perdere tempo per ottenere una rete integrata che tenga conto dei diversi livelli di cura, intesi come setting ospedalieri e territoriali. Partendo dallo studio dei percorsi di cura le ASST possono ridisegnare la propria organizzazione interna e la propria mission in una logica di gestione del paziente cronico lungo la filiera dal territorio all'ospedale e viceversa.

Indirizzo per la corrispondenza

Luzzi Loredana, Altro
Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda - Direzione Socio Sanitaria
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 - Milano
Email: loredana.luzzi@asst-niguarda.it

89. L'assistenza protesica ed il coinvolgimento dei cittadini: modello di customer satisfaction dell'ASLAL

Maconi Mariacaterina¹, Salatino Claudia², Massocco Cristina³

¹ASL AL, ²Centro IRCCS "S. Maria Nascente" - Fondazione Don Gnocchi, ³ Centro Servizi Volontariato Asti e Alessandria

BACKGROUND La misurazione della customer satisfaction, ossia del grado di soddisfazione degli utenti dei servizi pubblici, è un tema che riscuote crescente interesse in diversi settori della Pubblica Amministrazione (molti servizi di sportello, ospedali, scuole, ecc). È il segno di una cultura diffusa di orientamento al cittadino e di una consapevolezza dell'importanza del suo giudizio per orientare le scelte dell'amministrazione e valutare la qualità dei servizi offerti. La necessità di coinvolgere i cittadini e i pazienti nella valutazione e nella programmazione dei servizi sanitari, ha spinto il servizio di Assistenza Integrativa e Protesica del Distretto di Alessandria (ASL AL) a sperimentare una indagine di customer satisfaction in grado di rispondere all'esigenza di presa in carico globale della persona.

OBIETTIVI Lo scopo di questo lavoro è stato quello di individuare una metodologia da utilizzare per sondare il gradimento e la soddisfazione dei cittadini rispetto ad alcuni ausili che vengono forniti dal Servizio di Assistenza Integrativa e Protesica. Lo scopo è stato anche quello di individuare i fattori critici che favoriscono o ostacolano la realizzazione di tale indagine, poiché tale metodologia dovrà essere praticabile ed essere efficacemente inserita nei percorsi di assistenza protesica.

METODI Il questionario è lo strumento più utilizzato per sondare la soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi sanitari. Esistono, però, in letteratura diverse alternative possibili relative a metodi, strumenti e processi di misurazione. Abbiamo scelto la metodologia usata dall'IRCCS Fondazione Don Gnocchi di Milano in uno studio eseguito per misurare l'outcome degli ausili, e lo abbiamo in parte modificato per adattarlo alla nostra realtà. Le fasi che compongono il ciclo metodologico devono essere condotte in maniera corretta: la preparazione dell'indagine, la raccolta dei dati, l'elaborazione, l'interpretazione, la diffusione e l'utilizzo. La popolazione arruolata comprende 40 assistiti che hanno ricevuto nell'anno 2015 la fornitura di alcuni ausili che abbiamo selezionato e che lo abbiamo utilizzato per almeno 6 mesi. Le persone sono state contattate telefonicamente e, ricevuto il consenso informato, sono state intervistate al domicilio da un medico del Servizio di Assistenza Protesica e da una operatrice del Centro Servizi Volontariato con esperienza di indagini di gradimento. I questionari somministrati sono 3 presi dalla letteratura (QUEST, PIADS E FABS/M) e la durata dell'intervista è di un tempo inferiore all'ora.

RISULTATI Lo studio è ancora in corso, ma l'analisi del tipo di metodo utilizzato dimostra che i questionari utilizzati sono dimostrati adatti a misurare l'efficacia dell'ausilio, di verificare l'utilità percepita dagli utenti rispetto alle aspettative e di rilevare situazioni critiche. La somministrazione alle persone contattate è sempre stata accettata, le domande sono facilmente comprensibili e la durata dell'intervista non affatica le persone intervistate. Si tratta quindi di un metodo che potrebbe essere integrabile in una visita domiciliare sia per il tempo sia per i dati da raccogliere che non presentano nessuna difficoltà interpretativa. Inoltre, la grande maggioranza delle persone già intervistate si è detta soddisfatta dell'ausilio fornito.

LIMITI I limiti di questo metodo sono organizzativi (tempistica breve, indisponibilità di utenti ad essere intervistati, ecc) durante il reclutamento degli utenti partecipanti allo studio. Inoltre, si tratta ovviamente di indagini che devono essere fatte con continuità e successo e quindi da introdurre routinariamente nell'erogazione del servizio. Questo può essere un altro limite in termini di sostenibilità.

CONCLUSIONI La customer satisfaction può costituire uno strumento per introdurre innovazioni e cambiamenti organizzativi rilevanti, sia nei confronti degli operatori che nel rapporto con i fruitori dei servizi, in direzione dell'approccio della presa in carico globale. Un'indagine di customer satisfaction mal condotta, con una scarsa attenzione agli aspetti organizzativi e metodologici sottostanti, rischia di divenire più un'azione di facciata che non un reale strumento di progettazione e miglioramento dei servizi. La metodologia che noi abbiamo sperimentato dimostra che si può utilizzare in sede di visita domiciliare, i dati raccolti non presentano difficoltà interpretativa e forniscono nel corso della raccolta molte informazioni immediate sulla situazione dell'utente. Questo metodo è anche in grado di rilevare eventuali rischi di abbandono dell'ausilio aiutando anche in tal caso ad individuare le opportune azioni correttive. Pertanto può essere incluso sistematicamente nella pratica clinica come terza fase di intervento protesico (valutazione, collaudo e istruzione) e che potrà essere esteso a tutti gli ausili.

Indirizzo per la corrispondenza

Maconi Mariacaterina, Medico Chirurgo
ASL AL - Nessuna
Via Venezia, 6 - 15121 - Alessandria
Email: mmaconi@aslal.it

90. Percorsi per la fragilità: la prossimità sociosanitaria delle strutture di long term care (LTC)

Malara Alba¹, De Biase Andrea¹, Gentile Emanuela¹, Liparota Francesca², Mauro Maria¹, Magro Maria¹, Megna Graziella¹, Rocca Antonello¹, Vilella Angela¹, Spadea Fausto¹

¹Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria, ²Progetto Rel@zioni Reti e Azioni con gli anziani

BACKGROUND Riconoscere le caratteristiche biologiche e psicodinamiche età-correlate della fragilità è un punto centrale della ricerca gerontologica per la prevenzione delle disabilità. Secondo il paradigma biomedico, la fragilità è definita come una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali causando nel tempo disabilità e dipendenza(1). Il Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria da anni si adopera per qualificare l'assistenza residenziale e promuovere innovativi modelli gestionali della disabilità, attraverso la continua formazione delle équipe multiprofessionali attraverso l'approccio bio-psicosociale al paziente anziano.

OBIETTIVI L'obiettivo del presente studio è stato quello di sperimentare l'attivazione di un percorso di prossimità delle strutture di LTC della provincia di Catanzaro, per l'individuazione di anziani fragili residenti a domicilio, attraverso gli strumenti di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), e di offrire loro una serie di servizi socio-sanitari di educazione alla salute, inclusione sociale e prevenzione della disabilità.

METODI Lo studio, condotto dal Coordinamento Scientifico ANASTE Calabria nella provincia di Catanzaro, nasce nell'ambito del progetto "Rel@zioni, reti e azioni con gli anziani": un programma di innovazione e di integrazione sociale a favore degli anziani residenti a domicilio, a cui sono stati offerti una serie di servizi sociali e socio-sanitari da parte delle équipe multidisciplinari delle RSA del territorio che, un giorno a settimana (Open Day), hanno messo a disposizione della popolazione le proprie competenze professionali. Dal mese di Ottobre 2014 al mese di Marzo 2015, sono stati arruolati 84 anziani (F: 75%; M: 25%; età media 73,5 ±9,6) nei comuni di Lamezia Terme e Fossato Serralta. Acquisito il consenso informato, tutti gli anziani arruolati sono stati sottoposti a VMD per valutare le abilità di vita quotidiane (ADL) e strumentali (IADL), lo stato cognitivo (MMSE), lo stato affettivo (GDS), lo stato nutrizionale (MNA) e la comorbidità (CIRS)(2). Per lo screening della fragilità è stato utilizzato lo SHARE-FI(3). Questo strumento si avvale di uno specifico algoritmo che, tenendo conto della differenza di genere, individua 3 categorie: Fragile, Pre-Fragile e No-Fragile. La Resilienza, cioè la capacità di adattarsi con successo ad eventi stressanti della vita, è stata valutata attraverso la CD-RISC a 10-item(4,5). L'analisi dei risultati è stata condotta usando il test di Fisher (F), il p-value (p) e modelli di regressione logistica non condizionale. Gli anziani risultati fragili e pre-fragili e poco resilienti sono stati inseriti in un programma multidisciplinare ed interprofessionale che prevedeva un incontro settimanale di Ginnastica Medica di Gruppo(GMG) coordinata dal Fisioterapista dall' Educatore Professionale della struttura ospitante, incontri ludico-ricreativi e incontri-dibattiti (1 ogni 15 giorni) sui temi di educazione sanitaria (Cognitività, Nutrizione e Attività fisica) al fine di promuovere corretti stili di vita.

RISULTATI Il 54% degli anziani esaminati è risultato fragile, il 35,7% pre-fragile e solo 10% no-fragile. Rispetto alla resilienza, il 78,6% del campione ha moderate capacità resilienti, il 10,7% alte capacità resilienti e l'8,3% basse capacità resilienti (Fig.1). Il 65% risulta ben nutrito e il 42,85% della popolazione non presenta deficit cognitivo, il 19,04%, ha un deficit lieve, il 25% moderato il 3,5% grave. Il 64,28% non presenta sintomi depressivi. Il 77,96% conserva l'autonomia nelle ADL e l' 80,7% ha una lieve compromissione nelle IADL. L'indice di comorbidità complessa è in media 2,75 ±1,98 con un indice di severità medio di 1,64 ±0,42. L'85,7% dichiara di avere una buona qualità vita, il 3,6% mediocre qualità di vita e il 3,6% una scarsa qualità di vita. L'analisi bivariata ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa tra fragilità, bassa resilienza (OR 8,25; 95%IC=0,9-73,5; F 0,030) sintomi depressivi (OR 3,84 95%IC=1,42-10,40; F 0,006). Nel modello di regressione logistica, la bassa resilienza (p 0,04), i sintomi depressivi (p 0,01) il sesso (p 0,01) sono rimasti associati in maniera statisticamente significativa con la fragilità, mentre l'autonomia nelle abilità di vita quotidiana e strumentali, la malnutrizione e la comorbidità sembrano non influenzare tale correlazione.

LIMITI La brevità del periodo di osservazione non ha consentito di verificare gli effetti dell'intervento multiprofessionale sulla prevalenza e incidenza di disabilità della popolazione arruolata.

CONCLUSIONI Il concetto di prossimità delle strutture di LTC rappresenta un modello organizzativo innovativo per la prevenzione della disabilità e per il management delle malattie croniche della popolazione anziana, consente inoltre di razionalizzare il sistema di offerta dei servizi sul territorio e l'ottimizzazione delle risorse e delle professionalità a favore dell'anziano fragile.

Indirizzo per la corrispondenza

Malara Alba, Medico Chirurgo
ANASTE - Associazione Nazionale Strutture per la Terza Età - Comitato Scientifico
Via dei Gracchi, 137 - 00192 - Roma
Email: alba.doc@tiscali.it

91. Casacche segnaletiche come strumento per ridurre le interruzioni degli infermieri durante la somministrazione della terapia: uno studio pre-post

Mancuso Carola Martina¹, Currà Maria Cristina², Bonetti Loris²

¹Fondazione Rhodense "Casa di Riposo Perini", ²ASST Fatebenefratelli Sacco

BACKGROUND Le interruzioni che si verificano durante la somministrazione della terapia compromettono la concentrazione dell'infermiere, aumentando il rischio di commettere errori e non garantendo agli operatori sufficiente tutela durante tali procedure. Alcuni studiosi hanno individuato le casacche segnaletiche che avvertono di non disturbare, come possibile strumento per ridurre tali interruzioni.

OBIETTIVI Gli obiettivi dello studio sono: 1. valutare l'efficacia e l'efficienza delle casacche segnaletiche nel ridurre le interruzioni durante la somministrazione della terapia. 2. indagare la percezione che hanno gli infermieri e le persone assistite rispetto a questa strategia.

METODI Lo studio è di tipo pre-post. È stata condotta un'osservazione sistematica del numero e delle cause delle interruzioni durante la somministrazione della terapia prima e dopo l'introduzione delle casacche segnaletiche nel reparto di Medicina di un ospedale milanese per un mese. È stata effettuata l'osservazione delle interruzioni lavorative per una durata di 4 settimane secondo questo schema: 1^a Settimana: valutazione, senza casacche segnaletiche durante la somministrazioni di farmaci delle 8 e delle 12 (da Lunedì a Venerdì), del numero e delle cause delle interruzioni lavorative. 2^a Settimana: valutazione, senza casacche segnaletiche durante la somministrazione dei farmaci delle 16 e delle 18 (da Lunedì a Venerdì) del numero e delle cause delle interruzioni lavorative. Tra la prima e la seconda settimana è stata fatta una valutazione anche alla Domenica pomeriggio (terapia delle 16 e delle 18) in modo da avere anche dati relativi al week-end. 3^a Settimana: valutazione, dopo l'introduzione delle casacche segnaletiche che riportano la scritta "sto somministrando la terapia, non disturbare" durante la somministrazione dei farmaci delle 8 e delle 12 (da Lunedì a Venerdì), del numero e delle cause delle interruzioni lavorative. 4^a Settimana: valutazione del numero e delle cause di interruzione durante i giri di terapia delle 16 e delle 20 (da Lunedì a Venerdì) con l'utilizzo delle casacche segnaletiche. Attraverso un questionario è stata indagata la percezione di infermieri e assistiti relativa all'utilizzo di questo strumento.

RISULTATI Dopo l'introduzione delle casacche vi è stata una riduzione significativa delle somministrazioni interrotte (da 133 a 66), del numero complessivo di interruzioni (da 280 a 133), delle interruzioni provenienti dagli operatori socio sanitari, dai parenti, da un altro assistito e dovute ad attrezzatura mancante. Si è verificata inoltre una riduzione della frequenza di Near Misses e del tempo impiegato durante le somministrazioni delle 8 e delle 12. 7 infermieri su 8 adotterebbero questo strumento nella loro unità operativa. Tutte le persone assistite ritengono che l'uso delle casacche concorra ad una tutela e ad un beneficio per la propria salute.

LIMITI Il primo limite di questo studio è il fatto che i risultati riflettono la realtà di una sola unità operativa. Sarebbe interessante usare lo strumento più su ampia scala, per valutarne l'impatto e l'applicabilità. Un ulteriore limite è il fatto che la presenza dell'osservatore può aver influenzato gli infermieri e gli altri operatori a modificare il proprio comportamento. Questo è stato probabilmente un elemento importante all'inizio dell'osservazione, ma è andato via via attenuandosi, tanto che già dopo il primo giorno la presenza dell'osservatore era poco percepita dagli infermieri dell'unità operativa.

CONCLUSIONI Il presente studio ha evidenziato che le casacche segnaletiche nella realtà indagata sono risultate efficaci nel ridurre il numero delle somministrazioni interrotte e il numero totale di interruzioni. Differentemente a quanto accaduto in altri contesti, le considerazioni positive di infermieri e persone assistite che hanno partecipato allo studio sulla validità dello strumento, sono un elemento a favore dell'adozione delle casacche segnaletiche nell'attività routinaria della somministrazione della terapia.

Indirizzo per la corrispondenza

Bonetti Loris, Infermiere

Ospedale Luigi Sacco - Azienda Ospedaliera e Polo Universitario - Servizio Infermieristico tecnico riabilitativo Aziendale - S.I.T.R.A.

Via Giovanni Battista Grassi, 74 - 20157 - Milano

Email: loris.bonetti72@gmail.com

92. Istituzione Piattaforme assistenziali per intensità di cure del Dipartimento di Emergenza Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Manotti Pietro, Ferrari Antonio, Bonconti Maria Pia, Raboini Isabella, Quintavalla Roberto, Balestrino Antonio, Fabi Massimo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

BACKGROUND La riorganizzazione riguarda 4 UU.OO. internistiche dell'AOU in 2 piani attigui del Pad. Torre Medicine per 81 pl di degenza ordinaria e 8 di Lungodegenza. Vedrà attuazione nei primi 6 mesi del 2017 inserendosi in un quadro di recenti mutamenti organizzativi e di governance di tali articolazioni aziendali funzionale a garantire percorsi più fluidi d'accesso da PS e appropriatezza.

OBIETTIVI Gli obiettivi sono: 1 migliorare l'accesso ai pl di degenza dal PS, incrementando la disponibilità per singola giornata e il numero di pl messi a disposizione 2 ottimizzare l'attività delle équipe multiprofessionali con integrazione e creazione di percorsi condivisi 3 esaltare competenze specialistiche maturate nelle UU.OO. (es. indirizzi angiologico-coagulativo, diabetologico e reumatologico) 4 migliore programmazione dell'attività del personale di comparto secondo carichi assistenziali; 5 definire criteri condivisi per l'assegnazione dei pz (da PS verso le UU.OO.), con incremento di appropriatezza per i polipatologici di difficile inquadramento. Questi aspetti impongono l'ottimizzazione delle risorse, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia e qualità, attraverso differenti piattaforme logistiche internistiche che superino la precedente separazione spaziale e di équipe delle differenti UU.OO. per singola e specifica disciplina. Ci si propone quindi di stratificare gli spazi del 4° e 5° piano secondo il criterio d'intensità di cura.

METODI 1ª fase: concentrazione dei pl di lungodegenza (che passano da 8 pl a 10 pl), prima collocati nelle singole UU.OO., in un'unica area al 4° piano riservata a pz a bassa intensità d'assistenza, fortemente orientata al trattamento della cronicità e avviamento alle dimissioni, avendo completato il proprio iter diagnostico-terapeutico in acuto. 2ª fase prevede la creazione di 3 aree a crescente complessità assistenziale con criteri clinici di assegnazione: -Sezione B(20 p.l., di cui 10 di Lungodegenza): a basso carico, per pz con patologia cronica stabilizzata che necessiti di terapia in regime di ricovero, pz in "dimissione difficile", pz con dimissione prevista in giornata ed in attesa dei trasporti. -Sezione X(46 p.l.): a medio carico, per trasferimenti dalla sezione A, da altre UU.OO., dalle T.I. per competenza specialistica, da OBI e Medicina d'Urgenza, nonché per pz provenienti da PS di pertinenza specialistica o che non abbiano caratteristiche compatibili con ricovero nella sezione A. -Sezione A(23 p.l.): ad alto carico, destinata a pz affetti da patologie acute stabilizzate in PS, senza necessità di monitoraggio continuo dei parametri vitali o di terapia intensiva, a pz complessi pluripatologici, con scompenso cardiaco cronico riacutizzato, alterazioni metaboliche, emorragie digestive, pancreatite, diverticolite, colecistite, IBD riacutizzate. Attenzione è stata rivolta ai flussi dei pz provenienti da PS, dagli ambulatori e da altre UU.OO. Il percorso preponderante passa attraverso le sezioni A e X prima della dimissione. Sono tuttavia previsti: dimissione dirette dalla sezione A (senza trasferimento in sezione X) e ricoveri da PS direttamente in sezione X. Si stima che la sezione a minor intensità (B) possa dimettere al massimo 1/2 pz die per la dotazione di pl inferiore e per la tipologia di pz cui è dedicata. Il PS ha la responsabilità dell'assegnazione del paziente ad una sezione (A o X) attraverso criteri precisi, score rapidi e l'indispensabile comunicazione con i Colleghi delle sezioni e i Bed Manager. È stato implementato il sistema dei trasporti di pz dimissibili entro le ore diurne della giornata in maniera da programmare i ricoveri entro orari certi.

RISULTATI In attesa di definire modalità operative, è possibile concludere che: • la gestione dei flussi dovrà garantire uno standard minimo di ricoveri/die, in gran parte di pz provenienti da PS • si garantirà una disponibilità di pl dal mattino, rendendo improbabile che i ricoveri urgenti avvengano di notte, grazie alla presenza di aree a bassa intensità • il personale della sezione B avrà il compito di migliorare il contatto con il territorio (ADI, CRA, ecc) per attivare adeguati percorsi assistenziali • la nuova organizzazione sarà occasione per nuovi PDTA che coinvolgano i Professionisti attivi sulle diverse patologie condividendo pratiche cliniche ed organizzative efficaci ed appropriate.

LIMITI È possibile prevedere alcune criticità: • ottimizzazione dello scambio di informazioni nel trasferimento tra sezioni • massima integrazione tra Professionisti di diverse équipe evitando duplicazioni d'attività e prolungamenti dei tempi di degenza; • formazione del personale medico e di comparto.

CONCLUSIONI In conclusione si applica l'organizzazione per progressività di cura in area particolarmente orientata alle acuzie internistiche multidisciplinari. Lavorerà in sintonia con altra area aziendale anch'essa oggetto di riorganizzazione, quest'ultima orientata prevalentemente al trattamento dei percorsi da PS e da altre UU.OO. a favore di pz geriatrici e/o cronici.

Indirizzo per la corrispondenza

Manotti Pietro, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Direzione Sanitaria
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: pmanotti@ao.pr.it

93. Transfer dalla formazione al lavoro: il punto di vista infermieristico

Marcelli Stefano¹, Bottalico Francesca², Rocchi Renato³, Troiani Silvano¹, Casablanca Carmelo¹, Soccio Angela¹, Santarelli Adoriano³

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²Casa di Cura Villa Cozza di Macerata, ³ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND Oggi viviamo nella cosiddetta società della conoscenza, dove le organizzazioni riconoscono sempre più importanza alle risorse umane e alla capitalizzazione del loro Know-how. Pertanto, la formazione continua rappresenta uno strumento strategico di crescita per gli individui, per le organizzazioni e per la stessa società. In sanità, diventa fondamentale prevedere strumenti per valutare l'ECM, non nel senso di un mero bilancio finale, ma come un processo utile a produrre conoscenze e informare sulla capacità di un intervento formativo e di consentire la realizzazione di un cambiamento. A oggi, nonostante si dedichi molta più attenzione a questo argomento, regna ancora una certa confusione nel determinare cosa sia la valutazione, da quali elementi sia composta e quali obiettivi si prefigga, visto che in letteratura manca una visione comune, una teoria unitaria che possa guidare l'operare quotidiano. Tuttavia, nonostante gli ostacoli culturali, l'indeterminatezza di fondo e i problemi di attuazione, le azioni di valutazione sono fondamentali per due ragioni: anzitutto, considerata la scarsità di risorse dedicate, è importante verificare un corretto ed efficiente impiego della formazione; in secondo luogo, dal momento che siamo immersi in un contesto economico knowledge-based, in cui l'oggetto di scambio è costituito sempre più da beni intangibili come la conoscenza, diventa fondamentale stabilirne un valore.

OBIETTIVI Il progetto si pone come obiettivo di valutare sia il valore percepito degli apprendimenti al termine di un corso di formazione, sia la percezione della ricaduta nei contesti operativi da parte degli stessi partecipanti, oltre che di coordinatori.

METODI Tale scopo è stato raggiunto attraverso l'elaborazione dei dati raccolti attraverso uno specifico questionario, il Learning Transfer System Inventory (LTSI). Il questionario è stato somministrato a 428 infermieri (dei quali solo 230 l'hanno riconsegnato) di diverse U.U. O.O. dell'Ospedale Generale Provinciale di Macerata, area vasta N°3. I questionari sono stati distribuiti e ritirati dal mese di gennaio 2014 a settembre 2014. Tutti i Coordinatori delle diverse U.U. O.O. interessate sono stati informati sullo scopo della tesi attraverso un colloquio, svolgendo così un ruolo determinante nella riuscita dello studio nonché nella compilazione dei questionari da parte del personale infermieristico.

RISULTATI Dallo studio emerge che il sistema ECM è considerato un'opportunità di crescita e di formalizzazione/valorizzazione del proprio ruolo, tanto da apprezzare le occasioni di confronto e scambio di esperienze che il sistema ha favorito. Alla domanda 5B (la motivazione al transfer: l'attività formativa aumenterà la qualità del mio lavoro), infatti, il 44,35% dichiara di essere spesso d'accordo con tale affermazione e il 26,96% di esserlo sempre. Nonostante questo, il 21,30% ha risposto di esserlo qualche volta e il 6,09% perfino raramente sottolineando, quindi, l'aspetto più negativo del sistema ECM connesso all'aumento di lavoro e di tempo conseguente all'introduzione di procedure formali da rispettare. Emerge, anche una sorta di resistenza al cambiamento, in quanto il 40,43% degli infermieri afferma che spesso si predilige usare pratiche già esistenti piuttosto che implementare le nuove conoscenze acquisite. Infine alla domanda 46N (le aspettative nell'impegno alla performance nel transfer: la mia prestazione lavorativa migliora quando utilizzo le nuove cose che ho appreso), il 21,30% è sempre d'accordo con tale affermazione, il 37,39% lo è spesso. Nonostante tutto, il 30,43% è d'accordo qualche volta, soltanto il 4,35% lo è raramente e l'1,30% mai. La maggior parte degli infermieri, quindi, auspica un sistema ECM orientato al bilancio delle competenze e garante dello sviluppo dei singoli professionisti, piuttosto che un sistema volto solo a misurare il numero dei crediti acquisiti.

LIMITI Il questionario, essendo compilato dagli stessi infermieri, presenta un certo grado di soggettività. Non esistono inoltre chiari riferimenti in letteratura che possono fungere da riferimento e confronto per l'analisi dei dati.

CONCLUSIONI In conclusione possiamo affermare che siamo in un periodo di transizione per la formazione infermieristica e che la stagione della responsabilità è in piena evoluzione. Il passaggio deve avvenire anche nell'esercizio quotidiano: occorre fondare l'operatività abituale sui processi, piuttosto che sugli atti, e sulla ricerca e sperimentazione di strategie assistenziali che consentano all'infermiere di offrire prestazioni efficaci e appropriate. In un contesto in evoluzione come quello attuale, il professionista non deve farsi cogliere impreparato, ma deve formarsi e aggiornarsi continuamente.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

94. Le variabili dello stato emozionale dei pazienti in medicina di urgenza: analisi dei determinanti

Marcelli Stefano¹, Buccolini Francesca², Rocchi Renato², Troiani Silvano¹, Casablanca Carmelo¹, Soccio Angela¹, Santarelli Adoriano²

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND I limiti che più frequentemente vengono riscontrati nelle U.O.C. di Pronto Soccorso e che vengono riferiti dagli stessi pazienti, sono il sovraffollamento e i lunghi tempi di attesa. Il problema del sovraffollamento è una costante non solo a livello Nazionale, ma anche Internazionale. Alla crescita del fenomeno ha contribuito negli ultimi anni: la riduzione di posti letto per acuti; l'aumento della vita; l'aumento delle malattie croniche respiratorie, cardiovascolari, metaboliche; l'aumento delle malattie neoplastiche che necessitano di cure palliative in regime residenziale o domiciliare; un'inadeguata rete di assistenza domiciliare socio-sanitaria; un'insufficiente presenza di strutture integrate, ambulatoriali sul territorio, in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini in alternativa al ricorso ospedaliero delle cure. L'altro limite, diretta conseguenza del sovraffollamento, è costituito dai lunghi tempi di attesa. Questo a sua volta genera stress, oltre che una ridotta efficienza dei processi di valutazione e trattamento da parte dell'utente bisognoso di cure. La presenza di questi due fattori determina pertanto all'interno del Pronto Soccorso conseguenze di rilievo non solo per gli utenti, ma anche per la qualità dell'assistenza erogata dagli operatori sanitari.

OBIETTIVI Lo scopo del progetto è quello di valutare come l'atteggiamento e le emozioni dei pazienti possano cambiare in relazione a diversi fattori come la presenza o meno del caregiver, il sovraffollamento delle sale di attesa e dell'Unità Operativa stessa, la durata dei tempi di attesa, l'accentuarsi o meno di segni e sintomi, il codice colore assegnato al momento del triage.

METODI Per valutare lo stato emotivo del paziente in attesa è stata utilizzata la Emotional Content and Cooperation Score (ECCS), una scala per mezzo della quale è possibile attribuire un valore numerico allo stato emotivo in cui si presenta il paziente. I dati richiesti vengono poi riferiti a due momenti diversi: il tempo in cui viene attribuito il codice colore, T0; e il tempo T1 riferito al momento dell'intervista che viene fatta durante il periodo di attesa. A queste valutazioni si aggiunge una piccola intervista iniziale del paziente in cui si tiene conto dei suoi dati anagrafici, del codice colore assegnato, la presenza o meno del caregiver, il numero di accessi nell'ultimo anno al Pronto Soccorso e le comorbidità presenti che lo hanno fatto ricorrere a tale servizio. Lo studio è stato effettuato su un numero casuale di pazienti, con età maggiore di 12 anni e senza distinzioni di provenienza, al giorno nella sala di attesa del Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Civitanova Marche. Attraverso un breve colloquio con ogni singolo paziente in attesa di ricevere le cure assistenziali nel post Triage, sono stati rilevati i dati necessari per lo studio. L'indagine ha avuto una durata compresa tra febbraio 2014 e settembre 2014.

RISULTATI Dall'elaborazione dei risultati si evidenzia che al momento T0 lo stato emotivo predominante è quello di "utente ansioso", presentato dal 41% dei pazienti. A seguire poi il 29% si presentava come "utente calmo", mentre il 24% come "utente turbato". Infine solo il 7% è stato classificato come "utente non cooperante", mentre nessun paziente si presentava come "utente isterico". Per quanto riguarda il momento T1, momento random nel post-triage in cui viene valutato lo stato emotivo nel paziente in attesa, invece, abbiamo dei risultati completamente diversi; infatti lo stato emotivo predominante risulta essere quello di "utente turbato" con un 39%, seguito da quello di "utente non cooperante" con un 30%. Un'altra parte importante dei soggetti, il 20% si presenta come "utente ansioso", il 5% come "utente calmo", mentre, a differenza del T0, il 6% (6 persone) hanno raggiunto il punteggio più alto nella scala ECCS, classificandosi come "utente isterico".

LIMITI Lo strumento, ponendo domande dirette all'utente circa la sua emotività, presenta un certo grado di soggettività.

CONCLUSIONI Il dato significativo che si evince da questo studio è il grande cambiamento dello stato emotivo che si verifica a distanza di tempo; i dati infatti confermano la letteratura, secondo cui il tempo di attesa influenzano lo stato emotivo del paziente, modificandolo. L'attuale sistema organizzativo prevede un unico triage, con un successivo accesso alle sale seguendo i codici di priorità. Tale sistema garantisce qualità tecnico assistenziale, ma non minimizza però il problema principale dei lunghi tempi d'attesa. L'aggiunta di un membro del personale, dedicato a vedere i pazienti per il trattamento di codici minori, migliorerebbe i tempi di attesa e la soddisfazione, riducendo in questo modo le variabili che possono portare alla modificazione dello stato emotivo.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

95. Ansia preoperatoria: confronto tra il Day Surgery e il ricovero ospedaliero

Marcelli Stefano¹, Gjoshevska Marinela², Rocchi Renato³, Troiani Silvano¹, Casablanca Carmelo¹, Soccio Angela¹, Santarelli Adoriano²

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²Azienda Ospedaliera di Padova, ³ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND L'Ansia Preoperatoria è descritta come uno spiacevole stato d'inquietudine e tensione del paziente, secondaria alla malattia, al ricovero, all'anestesia, alla chirurgia oppure nei confronti dell'ignoto. L'attesa di qualcosa che si conosce poco è l'elemento caratterizzante dell'ansia preoperatoria: ignoto è certamente l'esito dell'anestesia e dell'intervento, che generano paura della morte. Questa condizione accomuna gran parte dei pazienti che sono in attesa d'interventi chirurgici in elezione. La letteratura scientifica relativa a tale tematica, si sofferma soprattutto sull'ansia esperita nel periodo preoperatorio, affermando un'incidenza che varia tra il 60% e l'80% dei casi. Un elevato livello di ansia tuttavia causa complicanze peri e postoperatorie importanti: può richiedere dosi di anestetico maggiore aumentando così anche il rischio anestesilogico, accresce il dolore post-operatorio, di conseguenza anche la necessità di farmaci antalgici, aumenta anche il rischio polmonare, di trombosi e d'infezione a causa della diminuita risposta immunitaria. Quindi l'ansia è una condizione psicologica che va a influenzare inevitabilmente il percorso clinico di diagnosi, la preparazione all'intervento stesso ed il decorso post-operatorio e in particolare il dolore post-operatorio. Questa condizione inoltre non verte solo sul paziente, ma produce stress anche nei loro familiari e nei caregiver.

OBIETTIVI Scopo del progetto è quello di mettere in confronto delle risposte stressanti dei pazienti e dei loro caregiver tra l'intervento effettuato in regime di Day Surgery e il ricovero ordinario.

METODI Il periodo di svolgimento del progetto si estende da Febbraio 2014 fino a Settembre 2014. Lo studio è stato svolto nelle Unità Operative di Chirurgia, Urologia, Ginecologia e Ortopedia dell'Azienda Ospedaliera di Macerata e nell'Unità Operativa di Chirurgia a ciclo breve-Day Surgery di Tolentino. Sono stati esaminati e arruolati nel campione 150 pazienti e relativi caregiver, suddivisi in seguito in base al proprio regime di ricovero in due gruppi. La "State and Trait Inventory Scale" è stata somministrata nel periodo preoperatorio sia al paziente che al relativo caregiver indicando, di volta in volta, il grado di parentela o familiarità che intercorreva tra i soggetti. Inoltre è stato fornito un questionario socio-demografico per analizzare vari elementi quali: età, professione, titolo di studio, stato civile. Oltre ciò, sono state inserite due domande relative al vissuto chirurgico del soggetto nelle quali viene chiesto il tipo di anestesia che verrà effettuata nell'intervento in questione e se la persona avesse mai subito precedenti interventi chirurgici.

RISULTATI Dai dati raccolti è emerso che non vi è una sostanziale differenza tra i due regimi, poiché sia per quanto riguarda il Day Surgery che per il ricovero ordinario si sono registrati casi di ansia di livello grave rispettivamente nelle percentuali del 9% e del 13%. Nel gruppo di studio dei pazienti in Day Surgery il 9% è rappresentato da 7 pazienti donne, delle quali 5 su 7 dichiara di non aver mai effettuato operazioni chirurgiche precedenti e 6 su 7 possiede un caregiver che manifesta un livello d'ansia moderato. Nel gruppo di studio dei pazienti in ricovero ordinario, il 13% è costituito da 8 donne e 2 uomini. Il 70% di questi soggetti è privo di esperienza chirurgica antecedente e il 50% possiede un caregiver che dimostra un livello di ansia grave, mentre l'altro 50% un livello moderato. Dallo studio emerge inoltre l'importanza dell'aver già vissuto un'esperienza chirurgica in prima persona: il 70% degli intervistati che ha manifestato un elevato punteggio nel questionario, indipendentemente dal regime di ricovero, dichiara di non aver mai effettuato interventi precedenti.

LIMITI Essendo compilato direttamente dal paziente e dal suo caregiver, il questionario presenta un certo livello di soggettività. Il punteggio inoltre non può essere legato alla tipologia d'intervento poiché sono stati eseguiti interventi demolitivi ginecologici e urologici, stabilizzazioni di fratture, rimozione di tumori, sostituzioni di protesi, ernioplastiche, appendiciti e safenectomie.

CONCLUSIONI Dallo studio è emerso che l'ansia preoperatoria è un fattore che si presenta nei pazienti indipendentemente dal regime di ricovero. Essa è influenzata da vari elementi che si evidenziano maggiormente in coloro che manifestano un elevato livello di ansia come l'appartenere al sesso femminile, avere un'età avanzata, subire un intervento chirurgico per la prima volta e possedere un caregiver che manifesta anch'egli un elevato grado di ansietà e preoccupazione. Questi elementi permettono all'infermiere di identificare i pazienti più soggetti a sperimentare livelli di ansia elevati, così da migliorare l'assistenza infermieristica e la presa in carico del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

96. Le condizioni latenti all'interno dei setting assistenziali: lo stress come variabile di disturbo della produttività lavorativa

Marcelli Stefano¹, Grassi Irene², Rocchi Renato³, Troiani Silvano¹, Casablanca Carmelo¹, Soccio Angela¹, Santarelli Adoriano¹

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²Casa di riposo Grimani Buttari di Ancona, ³ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND Il 22% dei lavoratori europei sperimenta stress lavorativo, il quale si traduce in giorni produttivi persi pari al 60%. Lo stress sul lavoro produce effetti negativi per l'azienda in termini di impegno, prestazione e produttività, incidenti causati da errore umano, turnover, abbandono precoce dalla professione, tassi di presenza ridotti, con conseguenti ripercussioni medico legali. Ci sono inoltre prove convincenti che periodi prolungati di stress, possono sminuire lo stato di salute di un individuo che si traducono a stati di insoddisfazione a 360°. In un'organizzazione sanitaria operano diverse figure professionali, ma quelle più a rischio sono i medici e i professionisti infermieri dove la loro attività si sviluppa quotidianamente a diretto contatto con la sofferenza e ciò implica che non basta avere competenze tecniche, ma queste devono essere accompagnate da competenze relazionali perché i malati devono essere assistiti, oltre dal punto di vista fisico, anche da quello psicologico. Il rapporto con i pazienti, il carico di lavoro, i turni, le attività da svolgere, e quindi le continue richieste dell'organizzazione, dei pazienti e anche dalle loro famiglie sono tutti fattori che portano l'operatore sanitario a sperimentare gravi situazioni di stress.

OBIETTIVI Lo studio in oggetto ha voluto misurare lo stress sugli operatori sanitari, andando a sondare nello specifico quanto questo influisca sulla propria vita lavorativa e professionale e comprendere quali possano essere le diverse correlazioni tra le variabili per capire in futuro come poter modificare gli ambienti di cura. Inoltre stabilire la relazione tra gli sforzi prodotti e le ricompense ricevute dal professionista; determinare l'adeguatezza della formazione ricevuta in relazione alla posizione professionale ricoperta dall'operatore; valutare il comportamento e il trattamento dei superiori o dei clienti sul posto di lavoro.

METODI La valutazione del rischio stress è stata effettuata facendo riferimento ad una metodologia di tipo quantitativo e quindi mediante l'utilizzo di un'indagine conoscitiva. In riferimento a quanto detto è stato utilizzato l'Effort- Reward Imbalance (ERI - squilibrio sforzo-ricompensa) di Johannes Siegrist; in più sono state richieste alcune informazioni quali: anni lavorativi e tipologia di contratto (tempo determinato/indeterminato). Sono stati somministrati 120 questionari tra infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia e tecnici della riabilitazione presso l'ASUR Marche Area Vasta n. 3 Presidio Ospedaliero di Macerata. Il disegno di studio si è orientato oltre che sullo stress dei professionisti, ha abbracciato variabili fondamentali come la complessità clinica organizzativa del contesto assistenziale, al carico di lavoro e alla loro posizione professionale, presso le U.O.C di Area funzionale omogenea area medica, Chirurgia, Pronto Soccorso, Medicina, Ostetricia, Pediatria, Riabilitazione/Fisioterapia e Radiologia del Presidio Ospedaliero di Macerata. Le interviste sono state condotte in forma anonima, con partecipazione volontaria dei partecipanti contattati personalmente dal ricercatore.

RISULTATI La maggior parte dei professionisti della salute presi in considerazione hanno manifestato una costante pressione a causa dell'eccessivo carico di lavoro caratterizzato da molte interferenze durante il turno di lavoro, dettate dalla presenza di parenti, amici, e assistenze dei pazienti. Non sempre gli operatori sanitari hanno trovato un sostegno adeguato in situazioni difficili e sono stati trattati in modo giusto. Hanno dichiarato di avere delle scarse possibilità di carriera e il 77% ha affermato che il loro reddito non è adeguato, considerando sforzi e risultati raggiunti. C'è da dire però che gran parte degli operatori sanitari è sicura della stabilità del proprio posto di lavoro e che la propria posizione professionale è adeguata alla propria istruzione e formazione.

LIMITI Lo strumento utilizzato per la raccolta dati può presentare un certo grado di soggettività dato dal professionista al momento della compilazione del questionario.

CONCLUSIONI I risultati dello studio confermano i dati riportati in letteratura e di come le direzioni strategiche aziendali non possono ignorare i disagi organizzativi, che se sottovalutati, potrebbero causare guasti di sistema con rilevanti costi in termini di efficacia ed efficienza sia riguardo al suo ciclo di produzione che alle risorse umane che operano al suo interno. Ma fino a quando non ci si rende conto che le "questioni umane" incidono sui valori economici delle aziende, queste non riserveranno mai adeguate attenzioni alla valorizzazione delle persone.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

97. Stress lavoro-correlato tra il personale infermieristico: indagine tra le aree mediche, chirurgiche e di emergenza

Marcelli Stefano¹, Lamponi Sara², Rocchi Renato³, Troiani Silvano¹, Casablanca Carmelo¹, Soccio Angela¹, Santarelli Adoriano²

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²ASST Presidio Ospedaliero di Sondrio, ³ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND Lo stress può colpire qualsiasi luogo di lavoro e lavoratore, indipendentemente dalle dimensioni dell'azienda, dal settore di attività, dal livello gerarchico o dalla tipologia del rapporto di lavoro. In particolare, il personale che opera nei servizi socio-sanitari per il ruolo che riveste passa un tempo considerevole in intenso coinvolgimento con altre persone. L'interazione operatore - utente è attenzione all'altro: alla condizione e alle emozioni altrui più che alle proprie ed è, perciò, spesso gravata da sensazione d'ansia, imbarazzo, paura o disperazione. Questo è il motivo per cui, nonostante il fenomeno dello stress e del burnout si stia diffondendo in una moltitudine di contesti organizzativi, le professioni più a rischio sono proprio quelle che offrono educazione, sostegno e cure alle persone in difficoltà, per la moltitudine di fattori e risorse emozionali messe in gioco dagli operatori.

OBIETTIVI Lo studio in oggetto si pone l'obiettivo di andare ad indagar tra i professionisti infermieri del Presidio Ospedaliero di Civitanova Marche, la percezione soggettiva dello stress correlato all'attività lavorativa, studiandone le sfumature nelle diverse aree: chirurgica, medica e dell'emergenza.

METODI Lo scopo dello studio è quello di evidenziare gli aspetti della professione che più mettono a rischio il lavoratore di sviluppare una vera e propria situazione di stress occupazionale, basandosi sui sei Management Standard del modello inglese: Domanda, Controllo, Supporto, Relazioni, Ruolo e Cambiamento. Si intende indagare tale fenomeno mediante l'utilizzo del Questionario Strumento Indicatore dell'Inail, strumento validato dalla letteratura scientifica; verranno inoltre prese in considerazione le eventuali relazioni con il dipartimento di provenienza e le caratteristiche socio-demografiche del campione. La somministrazione del questionario è stata realizzata da Febbraio a Settembre 2014.

RISULTATI Il campione finale conta 129 infermieri. Dai dati raccolti si è riscontrata una correlazione tra i lavoratori del dipartimento d'emergenza e la necessità di trascurare alcuni compiti per l'elevato carico lavorativo; infatti, tra il 17% che alla domanda "Devo trascurare alcuni compiti perché ho troppo da fare" risponde "sempre", la maggioranza appartiene al dipartimento d'Emergenza. Uno studio del 2013 ha riscontrato come nessun infermiere del dipartimento d'emergenza presenti Burnout, mentre ciò accade nel 12% dei colleghi del reparto. Dalla letteratura si evince che l'86% degli infermieri nell'ultimo turno ha lasciato incompiuta almeno un attività per mancanza di tempo. Tra queste primeggiano la comunicazione con il paziente, le attività di educazione sanitaria e la pianificazione dell'assistenza. Dai dati ottenuti, considerando sia chi risponde "qualche volta" che "sempre", tra il campione indagato arriviamo ad un valore del 59%. Il dato che risalta maggiormente riguarda l'attinenza con gli anni lavorativi. Al contrario di quanto si potrebbe pensare, a riferire la maggior frequenza di trascurare alcuni compiti sono coloro che lavorano da meno di 11 anni. Essi rispondono "sempre" per il 37% e "qualche volta" con il 36%, situazione che si capovolge invece con i professionisti più anziani che rispondono per la maggior parte "mai".

LIMITI Essendo compilato dagli stessi professionisti arruolati nel campione, il questionario presenta un certo grado di soggettività. La paura di ripercussioni può aver influito nella scelta delle risposte. Malgrado fosse stato garantito l'anonimato, infatti, solo il 75% degli infermieri ha accettato di unirsi al campione.

CONCLUSIONI Sono stati messi in evidenza alcuni aspetti percepiti negativamente dai lavoratori, come il carico lavorativo e la carenza di controllo sulla propria attività lavorativa, mentre si ha una percezione positiva per quanto riguarda le relazioni sul luogo di lavoro con i propri colleghi, cioè la sfera del supporto. È importante ricordare, prima di tutto, che bisogna puntare su un approccio proattivo; infatti l'attuazione di un piano per prevenire i problemi è il modo più efficace per gestire i rischi psicosociali nel luogo di lavoro. Alla base della prevenzione deve esserci una corretta conoscenza del fenomeno riguardo ai problemi per la salute e la sicurezza, a come è possibile evitarli e alle misure da attuare per un ambiente di lavoro più sano e sicuro. Il secondo step è invece quello di valutare la diffusione del fenomeno nella propria azienda, tramite indagini a cadenza programmata per rilevare, analizzare il fenomeno secondo standard condivisi, al fine di adottare determinati provvedimenti.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

98. Le disfunzioni cognitive: analisi delle risposte umane dei pazienti complessi

Marcelli Stefano¹, Lanchini Francesca², Rocchi Renato³, Troiani Silvano¹, Gregorini Mirco³, Soccio Angela¹, Santarelli Adoriano³

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ³ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND Il Delirium è un disturbo cognitivo, con un esordio acuto o decorsi clinici fluttuanti, che si manifesta con alterazione dello stato di vigilanza, dell'attenzione, dell'orientamento, dell'umore, del comportamento, della coscienza di sé. Il Delirium è stato riscontrato nel 32,3% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva. Ma l'incidenza cambia a seconda della popolazione studiata. Ad esempio, in uno studio in cui vengono considerati solo i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica viene riscontrato che l'83% presentano un'incidenza di delirio. Al Delirio inoltre è associato un aumento della mortalità del 3,2 volte a 6 mesi e aumento del doppio della durata della degenza in ospedale nei pazienti ricoverati in terapia intensiva. La prognosi dei pazienti che presentano delirio è anche influenzata dalla sua durata. Infatti in uno studio che ha considerato i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica, quelli che hanno avuto il delirio per 1 giorno hanno un'incidenza del 14,5% di mortalità a 30 giorni; mentre nei pazienti con 3 giorni o più di delirio è stata riscontrata una percentuale del 39% di mortalità. Il paziente critico ricoverato in terapia intensiva subisce esperienze stressanti sia a causa della patologia che lo porta al ricovero, sia per le caratteristiche ambientali e sia per le manovre invasive a cui viene sottoposto. Il Delirium è stato riscontrato nel 32,3% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva, inoltre è associato un aumento della mortalità del 3,2 volte a 6 mesi e aumento del doppio della durata della degenza in ospedale nei pazienti ricoverati in terapia intensiva.

OBIETTIVI Riconoscere il livello di sedazione e un'eventuale disfunzione cognitiva o delirium in pazienti degenti presso le Unità Operative di Rianimazione e UTIC Asur Marche Area Vasta n. 3 di Civitanova Marche.

METODI Lo studio, condotto attraverso l'esecuzione di un'intervista al paziente e/o al caregiver di riferimento e/o ad un operatore, valutando alcuni parametri fisiologici e la condizione clinica, per una durata di 8 mesi attraverso la RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) e la CAM-ICU (Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit). Sono stati inclusi i pazienti anziani degenti presso le U.O. Di Rianimazione e UTIC al momento della rilevazione escludendo quei soggetti con punteggio RASS.

RISULTATI Ottanta pazienti hanno rispettato i criteri di arruolamento con una età compresa tra i 50 e i 90 anni, con una media pari a 73,5 anni. Il numero di pazienti che è risultato delirante è di 34 individui, ovvero il 42,5% del totale del campione raccolto. Mentre il numero di pazienti che sono risultati non valutabili, poiché hanno ottenuto un punteggio <-3 sulla scala RASS, sono 12 cioè il 15% del campione. Invece il numero di pazienti che non hanno presentato nessuna alterazione cognitiva è di 18, quindi il 22,5% del campione. Ed infine i pazienti che hanno presentato disfunzioni cognitive, poiché hanno ottenuto almeno un punteggio positivo nella scala CAM, senza però poter essere considerati deliranti, sono 16 cioè il 20%. Il sesso maschile risulta essere il sesso con maggior incidenza di delirium, ottenendo un 46% per questo studio. da questo studio emerge come il ricovero in terapia intensiva dopo intervento chirurgico sia la diagnosi con maggior percentuale di pazienti deliranti, corrispondenti al 68,75.

LIMITI I sistemi di valutazione del Delirium sono stati utilizzati nel corso degli anni in vari setting e il limite del presente studio rimane il numero esiguo di pazienti studiati.

CONCLUSIONI La ricerca condotta ha messo in evidenza come il delirium sia una conseguenza piuttosto frequente nei pazienti critici ricoverati in terapia intensiva. Dall'analisi dei dati si rileva infatti come una buona percentuale di pazienti sia risultata positiva alla scala CAM-ICU e quindi sono considerati pazienti deliranti. Inoltre rilevate è la percentuale dei pazienti che hanno ottenuto un punteggio RASS<-3, risultando quindi in sedazione profonda o addirittura non risvegliabili, mettono in luce la reale situazione delle terapie intensive. Poi importante è la percentuale dei pazienti che hanno ottenuto almeno un punto positivo nella scala CAM-ICU e quindi presentano alterazioni cognitive, senza però poter essere considerati deliranti, ma che rappresenta comunque un fattore di rischio per il suo sviluppo. Tuttavia la presenza anche lieve di tale complicanza richiede la presa di coscienza da parte del personale sanitario, soprattutto infermieristico, e lo sviluppo, di conseguenza, di un'assistenza centrata sugli effettivi bisogni del paziente che, come si è visto, possono variare notevolmente nel corso del ricovero.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

99. Valutazione del rischio di lesioni da decubito correlato all'instabilità clinica del paziente ricoverato in area medica

Marcelli Stefano¹, Rocchi Renato², Troaini Silvano¹, Agostini Silvia³, Casablanca Carmelo¹, Soccio Angela¹, Santarelli Adoriano²

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo, ³Casa di cura Villa dei Pini di Civitanova Marche

BACKGROUND Oggi è particolarmente accentuato il numero degli anziani: il 20,3% della popolazione è costituito da ultra sessantacinquenni e, contemporaneamente, si è moltiplicato il numero di patologie croniche: un italiano su cinque è un malato "complesso", cioè affetto da più di una malattia; il 20%, ben dodici milioni di persone, fa i conti con almeno due malattie croniche. Il termine fragilità identifica una condizione, intuitivamente comprensibile, di rischio, esprime una condizione di vulnerabilità; e l'anziano per motivi intrinsecamente legati al processo di invecchiamento, è destinato a diventare più vulnerabile di fronte a noxae di varia natura – endogene o esogene – in grado di sollecitare l'equilibrio omeostatico dell'organismo che si riduce nel corso dell'invecchiamento. Tra queste rientra il rischio di sviluppare ulcere da pressione; rilevazioni effettuate in ospedali italiani hanno infatti evidenziato che la prevalenza delle lesioni da decubito tende ad aumentare in rapporto con l'aumentare dell'età dei pazienti, delle comorbidità e con l'incidenza di carenze nutrizionali, metaboliche e di mobilità.

OBIETTIVI Poiché l'instabilità clinica rende un paziente più vulnerabile allo sviluppo di complicanze secondarie, lo scopo dello studio è stato quello di mettere in correlazione tale caratteristica con l'insorgenza di ulcere da pressione, al fine di valutare se effettivamente i pazienti instabili siano più a rischio di sviluppare lesioni da decubito.

METODI L'indagine ha avuto una durata di 4 mesi, nel periodo compreso tra maggio 2014 e settembre 2014. Nello studio è stata presa in considerazione, come scala di valutazione, la Waterlow. Essa si basa sulla scala di Norton e si ritiene essere più completa rispetto alle altre scale, perché nel suo insieme comprende un modello di classificazione delle lesioni in cinque stadi, indicazioni per il trattamento, la scala di misurazione del rischio ed una guida sull'utilizzo dei materiali per la prevenzione. Accanto all'utilizzo della scala Waterlow, per la valutazione dell'instabilità clinica sono stati utilizzati gli indicatori di Halm; il riscontro di instabilità clinica deriva dalla presenza di almeno uno tra i primi cinque indicatori associato ad almeno uno tra gli ultimi due, definiti di stato. Il test è stato somministrato a tutti i pazienti che venivano ricoverati nell'Unità Operativa di Medicina nell'Ospedale di Civitanova Marche, senza limitazioni di età, di sesso e senza esclusioni riguardo le patologie.

RISULTATI Dallo studio è emerso che il 77% del campione, composto da 47 pazienti, risulta instabile dal punto di vista clinico, il 72% del quale ha un'età superiore ai 75 anni. All'interno di questa alta percentuale di instabilità, il 97% è a rischio di sviluppare lesioni da decubito; nel campione ridotto a 34 pazienti instabili e con rischio di lesioni, ritroviamo, a conferma dei dati precedenti, che la maggioranza ha un'età superiore ai 75 anni. Infatti il 41% si colloca nella fascia d'età 75-80 anni, mentre il 29% ha un'età superiore agli 80 anni. Il 15% ha tra i 65-74 anni e un ulteriore 15% ha tra i 50-64 anni. Tra i vari item valutati dalla scala Waterlow, un punteggio importante viene ricoperto dalla sezione inerente alla presenza di rischi speciali, intendendo come tali la cachessia terminale, lo scompenso cardiaco, le patologie vascolari periferiche, anemia e fumo. Dei pazienti instabili, 14 oltre ad essere a rischio di sviluppo di lesioni, presentano come ulteriore complicanza la presenza di rischi speciali. Il 50% di questi soggetti portatori di rischio sono anziani. I rischi maggiormente presenti sono quelli che pesano di più sul punteggio totale ovvero la cachessia terminale, lo scompenso cardiaco e le patologie vascolari periferiche.

LIMITI In letteratura sono praticamente assenti riferimenti alla connessione fra i criteri di Halm e la scala Waterlow, usata poco nel contesto italiano rispetto ad altre scale. Il basso numero di pazienti reclutati nel campione inoltre non permette inoltre di avere una visione più globale del fenomeno.

CONCLUSIONI Lo studio ha dimostrato come l'instabilità clinica, rilevata tramite i criteri di Halm, determinando nel soggetto condizioni generali precarie, concorre ad aumentarne il rischio di lesioni da decubito. Inoltre, quanto analizzato è in accordo con la letteratura riguardo al fatto che la fascia di popolazione anziana è maggiormente esposta al rischio di ulcere da pressione. Di fronte ad un quadro demografico tendente all'invecchiamento, noti i risultati di studi di letteratura su un problema importante.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

100. La sindrome post traumatica da stress nei pazienti ematologici: la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) come strumento di analisi

Marcelli Stefano¹, Rocchi Renato², Troaini Silvano¹, Casablanca Carmelo¹, Soccio Angela¹, Santarelli Adoriano²

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²ASUR Marche Area Vasta 4 Fermo

BACKGROUND Grazie alle nuove strategie di cura, il tasso di sopravvivenza del paziente ematologico è in forte aumento e l'attenzione è sempre più rivolta alle conseguenze a lungo termine (ad esempio stanchezza, depressione) e agli effetti tardivi come l'infertilità e i disturbi psico-sociali tardivi che possono presentarsi anche in seguito a protocolli di trattamento aggressivo. La qualità della vita (QoL) dei pazienti è quindi diventata un essenziale mezzo di valutazione ed essa presenta una forte correlazione con la resilienza degli stessi assistiti; diventa pertanto di fondamentale importanza valutare la risposta agli stressor. Particolare attenzione va prestata a chi ad esempio presenta una patologia tumorale, dato che questi pazienti durante il ricovero presentano un forte deterioramento della QoL e dell'umore. Inoltre, il riconoscimento tempestivo durante la degenza di questi problemi favorisce un miglioramento nella QoL ed evita una sindrome da stress post-traumatico nei pazienti sottoposti a chemioterapia. Come se ciò non bastasse, esistono evidenze in merito alla diminuzione della compliance e all'aumento nella morbidità del paziente in seguito al trapianto. È stato dimostrato infatti come la depressione possa abbattere la motivazione della persona e la sua aderenza al piano terapeutico.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è quello di valutare il grado di resilienza delle persone afferenti alla UOC di Ematologia e alle strutture afferenti come gli ambulatori, differenziandoli in seguito in base alla diagnosi d'ingresso nella raccolta dati.

METODI Lo studio in oggetto ha avuto lo start nel mese di dicembre 2016 e verrà concluso ad ottobre 2017 presso la UOC sopra citata, presso l'Asur Marche Area Vasta N. 5 Stabilimento Ospedaliero di Ascoli Piceno, valutando le risposte umane dei singoli pazienti arruolati consecutivamente, o afferenti all'ambulatorio della UOC, tramite una singola somministrazione del questionario. Lo strumento utilizzato sarà il "Connor-Davidson Resilience Scale" (CD-RISC), validato a livello internazionale in studi condotti su diverse categorie di pazienti. Saranno arruolati nel campione persone maggiorenni, con un normale stato di coscienza e che, se non afferenti all'ambulatorio, siano ricoverati da almeno due ore.

RISULTATI Dopo un'approfondita analisi della letteratura ci aspettiamo che i dati raccolti confermino i risultati attesi. Importanti studi hanno infatti messo in mostra, nei pazienti affetti da cancro, disturbi psicologici come depressione, ansia, incapacità di adeguamento in circa il 30% degli intervistati. Nello specifico, la prevalenza della depressione va da circa l'1% fino al 53%, anche se ovviamente tale percentuale varia in base al tipo di disturbo oggetto di studio. Anche altre ricerche evidenziano stress e depressione nelle persone con cancro, con una prevalenza nei pazienti con patologia avanzata che supera, anche se di poco, il 75%. Spesso però i sintomi della depressione sono sovrapponibili a quelli della malattia stessa, in quanto stanchezza, insonnia e perdita dell'appetito sono problemi comuni riscontrabili sia nei pazienti affetti da cancro, sia in quelli sottoposti a chemioterapia.

LIMITI Sono pochi gli studi in letteratura che analizzano la resilienza nei pazienti ematologici e, inoltre, la scala CD-RISC presenta una certa soggettività data dal paziente al momento della compilazione del questionario.

CONCLUSIONI L'analisi della resilienza della persona è essenziale per distinguere le differenze individuali nell'adattamento durante e dopo il trattamento della patologia e prevedere una stima del grado di depressione e ansia nel post-ricovero. Diventa quindi di fondamentale importanza la misurazione della capacità della singola persona di rispondere agli stressor, in modo tale da riconoscere le aree lacunose e che possono essere bersaglio di empowerment ed interventi educativi, rivolti sia al paziente che al care-giver o alla famiglia dello stesso. Molti studi hanno infatti dimostrato come l'educazione possa fortificare la compliance, che sappiamo essere un elemento a dir poco essenziale nell'aderenza al regime terapeutico e nella costruzione di una solida relazione tra persona ed infermiere.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

101. Incidenza delle infezioni da *Serratia Marcescens* in area complesse: le Terapie Intensive Pediatriche come aree di indagine

Marcelli Stefano, Ruggeri Raffaella Benedetta, Appignanesi Remo

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND Lo *Serratia Marcescens* è un tipico patogeno opportunisto, batterio Gram negativo, originariamente considerato come non patogeno, che oggi, ha distanza di 30 anni ha sviluppato resistenze alle terapie antibiotiche tra cui penicilline, cefalosporine e macrolidi con una spiccata virulenza capace di aggredire l'ospite sviluppando processi infettivi, che può essere isolato da numerose infezioni a sede extra-intestinale e che, in ambito ospedaliero, prevalentemente in aree complesse assistenziali come le Unità Operative di terapia intensiva, può dar luogo anche ad epidemie nosocomiali coinvolgendo numerosi pazienti, caratterizzate da polmonite, meningite, setticemie, peritoniti, infezioni degli accessi centrali e del tratto urinario, peritoniti, endocarditi, congiuntiviti, e infezioni del sito chirurgico.

OBIETTIVI Studiare e comprendere come le infezioni da *Serratia Marcescens*, comunemente associate con le infezioni umane, possono indurre ad infezioni fatali in pazienti complessi sviluppando sepsi causata da infezione batterica a larga scala che sommerge il sistema immunitario, e come i fenomeni di batteriemia Gram-negativi siano associati a conseguenze devastanti nei neonati e nei bambini vulnerabili esponendoli a rischi particolarmente elevati di mortalità.

METODI La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects e periodici elettronici inerenti l'argomento in oggetto attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come: *Serratia Marcescens* and hospital, *Serratia Marcescens* and Neonatal bloodstream infections, *Serratia marcescens* and pediatric department, *Serratia Marcescens* and neonatal intensive care, Epidemiology and *Serratia Marcescens*, Pediatric population and *Serratia Marcescens*, *Serratia Marcescens* and immature infants.

RISULTATI Nei neonati prematuri lo *Serratia Marcescens* è in grado di sviluppare processi patologici come la setticemia e la meningite, dove il trattamento terapeutico ritardato rappresenta un elemento predittivo negativo in relazione alla prognosi di tali pazienti. Nel neonato pretermine le evidenze scientifiche identificano lo *Serratia Marcescens* come un patogeno capace di incrementare la probabilità di generare polmonite e infezioni del tratto urinario. Le Terapie Intensive pediatriche rappresentano aree assistenziali complesse ad elevato rischio di focolai infettivi causati principalmente da fattori ambientali e presidi contaminati come i devices dando luogo ad enterocolite necrotizzante, dove il 65% di infezione da *Serratia*, nel 92% dei casi è stato isolato il *Marcescens*. Focolai di *S. Marcescens* infezioni in Terapia Intensiva neonatale sono associati frequentemente con tassi di mortalità, che vanno dal 14% al 60% e ricercatori di settore hanno individuato il basso peso alla nascita, la condizione di prematurità, la degenza prolungata, l'uso di antibiotici e le infezioni della madre prima del travaglio come fattori di rischio. Uno studio condotto presso il Tartu University Hospital in Estonia dal luglio 2005 al dicembre 2009, ha confermato che l'età gestazionale, la terapia antimicrobica e le linee arteriose sono significativamente associati con la colonizzazione e infezione da *Serratia Marcescens*. Ivády B e altri ricercatori hanno individuato in un periodo di 20 mesi in un reparto pediatrico di un'università medica in Ungheria due focolai di *S. Marcescens* e nonostante le misure di controllo come la sorveglianza dei neonati e il controllo delle acque dei rubinetti, il tasso di mortalità è stato del 29% dovuto a infezioni del sangue e 3 neonati hanno sviluppato meningite.

LIMITI La presente revisione si colloca all'interno delle linee produttive del Risk Management e di conseguenza appare evidente che non esistano limiti di applicazione, purché venga collocato in un approccio proattivo del rischio infettivo finalizzato all'individuazione dei setting assistenziali sensibili.

CONCLUSIONI La letteratura scientifica mette in risalto che i programmi di prevenzione delle infezioni risentono delle carenze di risorse umane e di politiche locali, fattori onnipresenti che influiscono negativamente sui processi di governance. Concludendo si può affermare che la colonizzazione delle Unità di Terapia Intensiva neonatali rimane un problema emergente di Sanità Pubblica, caratterizzate da curve epidemiche dove specifiche misure di controllo, tra cui lo screening, la creazione di Unità separate, l'uso di precauzioni da contatto, la formazione mirata degli operatori, il campionamento ambientale, le strategie per ridurre il sovraffollamento, la sorveglianza, le best practice e le tecniche epidemiologiche molecolari rappresentano il presente e il futuro per combattere il *S. Marcescens*.

Indirizzo per la corrispondenza

Marcelli Stefano, Infermiere
ASUR Zona Territoriale 5 Jesi - Nessuna
Via Gallodoro, 68 - 60035 - Jesi
Email: s.marcelli@univpm.it

102. Sviluppo e applicazione di standard di erogazione nella riorganizzazione della rete ambulatoriale di un'azienda sanitaria locale

Marchisio Sara¹, De Filippis Giuseppe², Pasqualucci Arturo¹, Gallone Francesca¹, Serpieri Chiara¹

¹ASL VC, ²ASST Ovest Milanese

BACKGROUND Questa esperienza rientra nell'ambito degli interventi di riorganizzazione della rete specialistica ambulatoriale dell'ASL VC di Vercelli, azienda di 172.012 residenti localizzata nel Piemonte nord-orientale. Nella fase precedente alla riorganizzazione erano presenti 27 ambulatori, di cui 12 eroganti prestazioni specialistiche e 15 eroganti assistenza infermieristica. Erano inoltre attivi 12 consultori in strutture parzialmente coincidenti con le sedi ambulatoriali. In un'azienda complessivamente in equilibrio, la rete ambulatoriale presentava rilevanti inefficienze di gestione (costi complessivi stimati in € 1.392.503 a fronte di un valore della produzione di € 580.765).

OBIETTIVI Incrementare l'efficienza della rete ambulatoriale aziendale garantendo il soddisfacimento del bisogno sanitario dei residenti e la sostenibilità del sistema.

METODI stakeholder. Nella fase di analisi del problema, integrando indicatori proxy di efficienza, di bisogno sanitario e di accessibilità, è stato costruito uno score multidimensionale ad hoc in grado di sintetizzare le caratteristiche della domanda e dell'offerta di prestazioni di ciascuna sede ambulatoriale e rendere evidenti le priorità di intervento anche ad interlocutori non esperti. La riallocazione dei punti di erogazione è stata compiuta definendo preventivamente degli standard di livello analoghi a quelli utilizzati nella classificazione degli ospedali. Nello specifico, è stata sperimentata una classificazione degli ambulatori basata su 3 tipologie di sedi: 1) punti di erogazione di base eroganti prestazioni monospecialistiche/monodisciplinari a bassa complessità; 2) punti di erogazione di I livello, eroganti anche prestazioni specialistiche richiedenti una maggior dotazione tecnologica e/o "pacchetti di prestazioni" a completamento della visita iniziale; 3) punti di erogazione di II livello ad alta specializzazione localizzati nei Presidi Ospedalieri. I criteri di standardizzazione dei punti di erogazione e la caratterizzazione della domanda e dell'offerta aziendale sono state discusse con gli stakeholder: 91 Comuni, 23 associazioni di volontariato, 4 enti gestori delle funzioni socioassistenziali, 22 direttori di struttura complessa.

RISULTATI Lo score del rapporto offerta/domanda ha evidenziato un'offerta sub-ottimale nel 68% dei punti di erogazione periferici, principalmente per inefficienze legate al tempo di percorrenza degli operatori e allo squilibrio fra costi e produzione. Nel 14% dei punti di erogazione è stata invece rilevata un'offerta sovra-ottimale, intesa come eccesso di offerta rispetto al bisogno di salute stimato. Relativamente agli standard produttivi valutati per branca specialistica, nel 59% delle specialità considerate è stata osservata una produttività inferiore allo standard di prestazioni orarie in almeno 1 punto di erogazione. L'85% delle branche specialistiche con più punti di erogazione, inoltre, presentava una variabilità di efficienza non giustificata da ragioni cliniche. A fronte di queste criticità le risorse sono state riallocate in 7 sedi ambulatoriali specialistiche di cui 2 sedi ambulatoriali di II livello, 3 sedi ambulatoriali di I livello e 2 sedi ambulatoriali di livello base. La riorganizzazione sarà a regime entro la fine del 2016. Dalla pianificazione delle prestazioni attese secondo i nuovi standard di livello e di prestazione oraria è previsto un incremento ad isorisorse di oltre 25.000 prestazioni/anno.

LIMITI Tra i limiti vi sono i lunghi tempi di condivisione e assimilazione del razionale della riorganizzazione, oltre alla necessità di attuare l'intervento in condizioni di isorisorse e nell'ambito di un contesto culturalmente ancora poco preparato all'utilizzo dei dati per definire le priorità d'azione.

CONCLUSIONI La classificazione dei punti di erogazione per standard di prestazioni a complessità crescente costituisce il primo approccio strutturato di standardizzazione dell'offerta ambulatoriale teso a garantire, al contempo, servizi di prossimità agli utenti. Dal percorso di sviluppo iniziale e di successivo perfezionamento del modello è maturata un'esperienza significativa e documentata di riorganizzazione di una rete ambulatoriale dispersa su un territorio di oltre 170.000 residenti con caratteristiche orografiche molto diversificate. Fattori questi che, unitamente all'assenza di criteri espliciti di riorganizzazione e alla molteplicità di attori coinvolti, avevano sino ad oggi influito negativamente sui precedenti tentativi di efficientamento. La successiva valutazione di impatto, da attuare con la riorganizzazione a completo regime, potrà evidenziarne gli effetti sull'azienda e sul bacino di utenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Marchisio Sara, Medico Chirurgo
Azienda Sanitaria Locale VC - S.C. Qualità ed Appropriately Prescrittiva
Corso Mario Abbiate, 21 - 13100 - Vercelli
Email: sara.marchisio@gmail.com

103. Monitoraggio del percorso farmaceutico-assistenziale dei pazienti affetti da Sclerosi Multipla afferenti all'ASLTO5

Mazzitelli Rossella, Peila Emanuela, Poggio Lorena

ASL TO5

BACKGROUND La sclerosi multipla (SM), o sclerosi a placche, è una malattia autoimmune cronica demielinizzante, che colpisce qualsiasi area del sistema nervoso centrale, determinando molteplici sintomi. I farmaci approvati per la terapia della Sclerosi multipla risultano essere Interferone beta-1a (Avonex e Rebif), Interferone beta-1b (Betaferon ed Extavia), Glatiramer acetato (Copaxone), peginterferon beta-1a (Plegridy), Fingolimod (Gilenya), teriflunomide (Aubagio), dimetil-fumarato (Tecfidera). I primi farmaci a entrare in commercio per SM sono stati l'interferone beta 1a e 1b, il glatiramer acetato, sostanze con diverso meccanismo d'azione e con l'obiettivo di prevenire le recidive in corso di una ricaduta. Ad oggi esistono anche farmaci attivi per via orale per pazienti che non hanno risposto ai trattamenti standard: Gilenya, Tecfidera e Aubagio rappresentano infatti una valida alternativa, rendendo più compliant il paziente con una terapia orale. Come tutti gli altri farmaci hanno però un profilo di sicurezza da valutare attentamente.

OBIETTIVI Analisi dell'impatto farmaco-economico delle terapie della Sclerosi Multipla nell' ASL TO5 e del percorso farmaceutico-assistenziale dei pazienti affetti da SM.

METODI I cittadini residenti nel territorio dell'ASL TO5, per ritirare i farmaci in distribuzione diretta, devono recarsi presso il Servizio Farmaceutico, con un Piano Terapeutico in corso di validità redatto da uno Specialista. Il nuovo Piano terapeutico è caricato nel sistema aziendale di Erogazione Diretta dei Farmaci –EDF. La farmacia provvede all'approvvigionamento e distribuzione dei farmaci in distribuzione diretta due mesi per volta fino alla validità del piano terapeutico L'erogato è registrato sul File F, da cui sono stati estrapolati tutti farmaci dispensati a pazienti affetti da Sclerosi Multipla.

RISULTATI Dal 1 gennaio 2016 al 30/06/2016 la Farmacia Ospedaliera dell' Asl TO5 ha dispensato farmaci a 3.378 pazienti, di cui 263 pazienti sono affetti da Sclerosi Multipla (7% del totale) per un totale di circa € 793.176 Il numero dei pazienti affetti da SM è in netto aumento nell'ultimo triennio: •primo semestre 2014, 68 pazienti •primo semestre 2015, 223 pazienti •primo semestre 2016, 263 pazienti. Nel 1 semestre 2016, 83 pazienti (31% dei pazienti totali affetti da SM) sono in terapia orale con i farmaci Tecfidera, Aubagio, Gilenya, per un costo totale semestrale di circa 355.398 €, pari al 45% della spesa per SM. In particolare: •19 pazienti con Aubagio (68.100€) •28 pazienti con Gilenya (171.619 €) •36 pazienti con Tecfidera (105.677 €) Il restante 69% dei pazienti affetti da SM è in terapia iniettiva con Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Plegridy e Copaxone contribuendo al 55% del costo per la SM. Nel primo semestre 2014 la spesa per la terapia orale è stata di 163.457€, pari ad 2/3 circa della spesa del 2016.

LIMITI Studio osservazionale retrospettivo.

CONCLUSIONI Nel primo semestre 2016, il costo della Spesa Farmaceutica è aumentato in funzione dell'aumento del numero di pazienti affetti da Sclerosi Multipla nell'ASLTO5, rappresentando il 13% della spesa totale del costo della Distribuzione Diretta. Inoltre, il 31% dei pazienti affetti da Sclerosi Multipla è in terapia orale e non sono presenti alcun tipo di segnalazioni di Reazioni Avverse nella rete nazionale di Farmacovigilanza.

Indirizzo per la corrispondenza

Mazzitelli Rossella, Farmacista
Azienda Sanitaria Locale TO5 di Chieri - Farmacia Ospedaliera
Piazza Silvio Pellico, 1 - 10023 - Chieri
Email: mazzitelli.rossella@gmail.com

104. Riorganizzazione del Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per progressività di cure

Meschi Tiziana, Manotti Pietro, Luisi Mariateresa, Ferrari Antonio, Prati Beatrice, Nouvenne Antonio, Lauretani Fulvio, Balestrino Antonio, Fabi Massimo

¹ Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

BACKGROUND Il progetto in questione s'integra con analogo sviluppato nell'area internistica della Torre Medicine in maniera tale che entrambi possano rispondere autonomamente ed in sintonia ai bisogni di p.l. provenienti dal PS, nonché rafforzare la già preesistente organizzazione per progressività di cura tipica del Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo presso il Pad. Barbieri. L'integrazione con il territorio, la qualificazione dell'assistenza e la tutela di percorsi personalizzati, sono fortemente sostenuti da indicazioni sia nazionali (DM 70/2015) che regionali (DGR 1003/2016 e 2040/ 2015).

OBIETTIVI Gli obiettivi specifici sono i seguenti: • L'integrazione con il territorio nei percorsi clinico assistenziali e nei PDTA • La presa in carico dei pazienti cronici, fragili o in fase terminale (provenienti sia dal PS che dalle UU.OO. dell'AOU) • La presa in carico con cure "palliative" precoci e globali ("simultaneous care") • La garanzia della continuità di cura attraverso una gestione flessibile dei bisogni dei pazienti con appropriati obiettivi attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento e monitoraggio • L'ottimizzazione della qualità della vita in ogni fase della malattia attraverso il trattamento dei sintomi e l'attenzione ai bisogni funzionali, fisici, sociali, umani del malato e della famiglia.

METODI I punti essenziali sono: a) Maggiore qualificazione della degenza ospedaliera per acuti nella fascia geriatrica in risposta al PS favorendo una loro rapida stabilizzazione e dimissione: mediante la Creazione di 18 p.l. dedicati alla funzione di Medicina Interna ad Alto Turn Over per pazienti Over 65 Anni b) Creazione di 12 p.l. ospedalieri per acuti del Reparto Di Medicina Interna di Supporto Integrato per pazienti provenienti dal PS con patologia oncologica nota per la gestione a breve/medio termine di malati che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di tipo subacuto o inizio/prosecuzione di terapie di supporto erogabili in un setting di degenza. L'approccio sarà multidisciplinare con l'intervento anche della UCPS (Unità di Cure Palliative Specialistiche in Azienda) c) incremento dell'integrazione con l'assistenza territoriale mediante sperimentazione di un modello innovativo di Cure Intermedie a valenza territoriale, ma collocate all'interno di Azienda Ospedaliero-Universitaria ?Attivazione sperimentale di 14 posti letto di Cure Intermedie a gestione integrata con il Territorio (preliminare ad una seconda fase con stretta collaborazione del MMG anche per gli aspetti clinico-gestionali all'interno del reparto). La fase 1, già iniziata, ha previsto anche la disposizione di strumenti organizzativi nonché la definizione di target di pazienti. Se da un lato dunque elementi essenziali già in essere (specifici PDTA, il ruolo e le competenze dell'Infermiere case Manager, le costruzioni del PAI) verranno dunque ad essere esaltati, questo dovrebbe anche facilitare i percorsi di dimissione dall'ospedale e presa in carico del territorio di specifici pazienti, rafforzando i ruoli che il D.M. n. 70 del 2015 riconosce alle due realtà, ma in un'ottica di integrazione che deve passare attraverso i Professionisti. d) Istituzione di 3 tavoli di lavoro condivisi (AOU e AUSL) sui seguenti temi: Interventi pro attivi di carattere sociosanitario per prevenire l'ospedalizzazione, Definizione di Percorsi di continuità assistenziale per pazienti fragili in dimissione Attuazione di percorsi integrati fra i Servizi territoriali/ospedalieri e case Residenziali per Anziani Le nuove funzioni s'integreranno con quelle attuali nello stesso Padiglione: 1)U.O. di Medicina Interna e Lungodegenza Critica (degenza per acuti e Lungodegenza), 2)U.O. Geriatria ed Ortogeriatria 3)U.O. Clinica Geriatrica 4)U.O. Medicina Riabilitativa Il complessivo numero di posti letto del Padiglione (169 p.l.) e quello dei singoli piani non subiscono variazioni.

RISULTATI La peculiarità del progetto consiste nell'abbinare 3 spinte essenziali: dinamicità di interfacce sia interne che esterne, qualificazione di percorsi innovativi e incremento delle capacità di risposta alle esigenze di degenza provenienti dal PS per pazienti in fascia geriatrica o affetti da patologie cronico-degenerative.

LIMITI --

CONCLUSIONI Si ritiene che questa riorganizzazione sia funzionale alla qualificazione di percorsi differenziati ed appropriati, alla valorizzazione di specifiche competenze e vocazioni professionali acquisite negli anni dai Professionisti delle diverse Unità Operative, nonché all'offerta di servizi specifici ed innovativi per i pazienti. Si attende da tale esperienza anche una più forte interazione tra componenti ospedaliera e territoriali finalizzate alle cure del paziente fragile. Sarà anche occasione essenziale per individuare i principali elementi critici che rendono difficoltosa la continuità assistenziale fra ospedale e territorio e predisporre le linee operative di riferimento per garantire l'integrazione tra Enti e professionisti nel segno della presa in carico integrata.

Indirizzo per la corrispondenza

Manotti Pietro, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Direzione Sanitaria
Via Gramsci, 14 - 43126 - Parma
Email: pmanotti@ao.pr.it

105. La Wii-Hab come esempio di Health Technology Assessment nell'obesità infantile. Quando la tecnologia da causa può diventare terapia

Messina Glauco, Sambuchi Alessia, Cerruto Rosario, Faroni Jessica Veronica

Istituto Neurotraumatologico Italiano Divisione Grottaferrata

BACKGROUND In Italia i bambini in sovrappeso sono il 20,9% e i bambini obesi sono il 9,8%, compresi i bambini severamente obesi che da soli sono il 2,2%. Si registrano prevalenze più alte nelle regioni del sud e del centro (studio Okkio alla SALUTE 2014). Un nostro studio del 2004 sull'automazione aveva già evidenziato che, ogni anno, usando il cellulare si percorrono 16 km in meno, che l'uso del telecomando comporta circa 1800 movimenti in meno, mentre il cancello automatico del garage ci evita di uscire ed entrare dall'auto dalle 700 alle 1400 volte. Anche quando si potrebbe evitare si usa l'ascensore al posto delle scale anche per un solo piano, perfino lo spazzolino da denti è stato sostituito da quello elettrico, senza pensare ai robot di cucina.

OBIETTIVI Il lavoro si concentra sulla comprensione degli effetti della mancanza di attività fisica e dei comportamenti sedentari e sull'incidenza della tecnologia nell'incrementare questo fenomeno. Visto che un bambino di età compresa tra i 10 e i 15 anni mediamente passa 12,2 ore alla settimana davanti ai videogames, gli Autori propongono una metodica di HTA per contrastare l'obesità infantile.

METODI Abbiamo coinvolto nello studio 5 ragazzi (3 maschi e 2 femmine, età compresa tra 9 e 13 anni) in cui sono stati valutati peso e altezza e riportati nella tabella di percentile del peso prima dell'ammissione al gruppo di studio, seguito dalla valutazione mensile del percentile. Il percentile dei pazienti era superiore a 90. Tutti i ragazzi, da 4 mesi, si allenano in casa con una console Nintendo Wii® con balance board ed il software Wii Sports®. Tutti hanno introdotto nel loro programma di allenamento settimanale sessioni quotidiane di 30' di gioco. Libera la scelta del tipo di gioco da praticare con la console. È stato chiesto inizialmente di provare il Fitness Test e, prima di iniziare ogni sessione di gioco, di accedere alla Modalità Training di Wii Sport determinando la "Fitness Age". L'allenamento quotidiano permette di abbassare questa età, calcolata in base alle performance ottenute su una serie di prove sportive che variano ogni volta. I risultati quotidiani vengono salvati e possono essere visualizzati attraverso un grafico che mostra i miglioramenti progressivi nel tempo. La modalità Wii Fitness propone anche una speciale visualizzazione a triangolo che mostra le aree di maggiore abilità del giocatore, come l'equilibrio, la velocità e la forza, in modo che quest'ultimo possa capire dove è più carente e allenarsi di conseguenza. Ogni volta che ci si allena, il computer attribuisce un punteggio che viene salvato e propone un nuovo obiettivo da raggiungere. Sarà possibile essere seguiti a distanza attraverso la piattaforma appositamente programmata per chi non può frequentare di persona la nostra struttura con la frequenza mensile richiesta. Lo studio è della durata di 2 anni.

RISULTATI Lo studio ha evidenziato come la gran parte dei giochi per la console Wii richieda un dispendio energetico pari a almeno 3.0 MET (unità di misura di dispendi energetici metabolici). Tale valore è considerato un esercizio di intensità media. Le calorie bruciate a settimana sono circa 1830, circa il 40% in più rispetto a una qualsiasi altra console. È stato infatti registrato che il battito cardiaco di un bambino che gioca con la Wii è in media 85 pulsazioni al minuto. L'applicazione della Wii-Hab ha determinato una significativa riduzione del peso corporeo del 4,5% in 3 pazienti e del 3% in 2 pazienti in 16 settimane. Ne risulta una stima di dimagrimento annuale medio di circa 15 kg che può aiutare, senza alcun dubbio, a combattere il gravissimo problema dell'obesità infantile se abbinato ad una dieta opportuna e a del sano movimento all'aria aperta (di certo più salutare di qualsiasi videogame).

LIMITI Le limitazioni di questa metodica di HTA sembra essere sostanzialmente 3: 1) eventuale addiction al videogame da parte dei bambini, per questo il limite di utilizzo è stato posto a non più di 5 ore settimanali di gioco; 2) il carico sopportabile dalla balance board (125 kg), che però sembra più importante nell'adulto che nel bambino; 3) intrinseco di questo studio, in quanto preliminare, per l'esiguità dei casi in studio.

CONCLUSIONI Quindi l'attività fisica e i comportamenti sedentari rimangono piuttosto invariati rispetto al passato. Nel 2014, infatti, il 16% dei bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 18% pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 42% ha la TV nella propria camera, il 35% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi più di 2 ore al giorno e solo 1 bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. La metodica Wii-Hab ha permesso un: 1) aumento del dispendio energetico; 2) aumento della capacità esercizio fisico; 3) aumento motivazione esercizio fisico; 4) aumento benessere psicofisico; 5) diminuzione sensazione sforzo fisico percepito; 6) diminuzione barriere esecuzione attività fisica; 7) miglioramento dei rapporti familiari. Quindi un intervento a bassa soglia, mediante un gioco interattivo, sembra sia stato in grado di determinare un significativo risultato nella lotta all'obesità infantile.

Indirizzo per la corrispondenza

Glauco Messina, Medico Chirurgo
INI - Istituto Neurotraumatologico Italiano - Nessuna
Via Sardegna, 50 - 00187 - Roma
Email: glauco.messina@gruppoini.it

106. PAC o PDTA per l'obesità. Qual è il miglior percorso assistenziale nel paziente obeso?

Messina Glauco, Sambuchi Alessia, Cerruto Rosario, Faroni Jessica Veronica

Istituto Neurotraumatologico Italiano Divisione Grottaferrata

BACKGROUND Nella maggior parte dei casi i pazienti obesi vengono oggi curati per la gestione di specifici sintomi, spesso con un trasferimento inappropriato dei pazienti da uno specialista ad un altro; il tutto genera sfiducia, cronicizzazione e aggravamento del problema. Le principali criticità sono: insufficiente comunicazione tra strutture sanitarie e MMG e assenza di un approccio condiviso al problema.

OBIETTIVI Ci siamo posti, con l'adozione del Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC) obesità P27801, l'obiettivo di definire uno strumento di lavoro comune e condiviso tra specialisti e MMG impegnati nel trattamento dell'obesità. Ci siamo posti anche l'obiettivo di mettere in relazione la realtà assistenziale in merito all'obesità, vigente nella Regione Lazio, con quella presente nella Regione Veneto che adotta i PDTA obesità.

METODI I PAC sono composti da gruppi di prestazioni incluse nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, definiti a priori a livello regionale, sulla base delle problematiche cliniche nella popolazione regionale. Le prestazioni previste nei percorsi assistenziali dei PAC, afferiscono alle branche dell'area funzionale della medicina che venivano prima eseguite in regime di ricovero ordinario o di DH. Le tariffe applicate sono riconosciute condizionatamente all'esecuzione delle prestazioni incluse nel pacchetto, per le quali è dovuto il pagamento dei ticket sanitari nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente. I PDTA sono strumenti che permettono alle aziende sanitarie di delineare, rispetto ad una patologia, il miglior percorso praticabile. In particolare, quando si costruisce un PDTA, risulta fondamentale indicare i punti critici, gli obiettivi generali e specifici, i destinatari, le modalità organizzative, i compiti ed i ruoli. Il maggiore punto critico rilevato che ci induce a definire il PAC per l'obesità come inadeguato è l'elevata prevalenza dell'inadeguatezza delle prestazioni erogate.

RISULTATI Il risultato da perseguire è l'adeguatezza delle prestazioni fornite ad ogni paziente con la giusta frequenza di contatto specialistico ed un'appropriata intensità di cura, cosa che, in questo momento il sistema PAC non sembra in grado di garantire. Il percorso assistenziale per il soggetto obeso deve rispondere alla necessità di effettuare una corretta valutazione clinica ed instaurare un'appropriata terapia in tempi rapidi oltre a fornire riferimenti per lo svolgimento delle attività di supporto, quali l'esercizio fisico e l'educazione alimentare.

LIMITI Il limite di questo studio è l'impossibilità reale di scegliere, a differenza di ciò che accade nella regione Veneto, tra PAC e PDTA per l'obesità.

CONCLUSIONI La nostra esperienza sui PAC e l'esperienza della Regione Veneto, in merito al PDTA per l'obesità, ci mostra che l'adozione del PDTA sembra la risposta migliore alla gestione integrata dell'obesità.

Indirizzo per la corrispondenza

Glauco Messina, Medico Chirurgo
INI - Istituto Neurotraumatologico Italiano - Nessuna
Via Sardegna, 50 - 00187 - Roma
Email: glauco.messina@gruppoi.it

107. Obesità e lavoro. Differenze tra lavoratori normopeso ed obesi in termini di costi e produttività persa

Messina Glauco, Sambuchi Alessia, Mori Paola, Faroni Jessica Veronica

Istituto Neurotraumatologico Italiano Divisione Grottaferrata

BACKGROUND In Italia il tasso di obesità oscilla tra il 10,3% (Istat) e l'11% (Studio Passi), quello del sovrappeso va dal 31% (Studio Passi) al 36.1% (Istat), quindi un totale di popolazione in eccesso ponderale del 42-46%, un dato inferiore a quello USA (68%) ma comunque preoccupante visti i tassi di crescita recenti.

OBIETTIVI Il lavoro si concentra sulla comprensione degli effetti meno visibili dell'obesità che ricadono nel contesto lavorativo e su una domanda fondamentale: qual è la differenza tra un lavoratore normopeso ed uno obeso in termini di costi e produttività persa per l'azienda?

METODI Valutare la diversità tra il sistema sanitario americano, dove non c'è l'obbligo di assicurazione sanitaria e per i lavoratori viene pagata dal datore di lavoro, e quello Italiano dove il sistema è pubblico, valutando l'applicabilità delle strategie USA all'Italia. Questa diversità unita alle caratteristiche demografiche del territorio fa sì che il tema dell'eccesso ponderale sia molto più sentito negli USA piuttosto che in Italia.

RISULTATI Oltre ai costi medici diretti, un lavoratore in sovrappeso od obeso provoca una perdita di produttività legata ad assenteismo e presenzialismo superiore alla norma. Con assenteismo si intendono i giorni di assenza da lavoro da parte della persona causati da indisposizione, malattia, infortunio, visite mediche, motivi personali, strettamente legati all'eccesso di peso. Gli studi condotti sull'assenteismo (Cawley, 2007; Lightwood et al., 2009) concludono tutti affermando che i lavoratori obesi hanno più probabilità di essere assenti da lavoro a seguito di malattie o infortuni rispetto ai colleghi di peso normale. Rispetto a lavoratrici normali che si assentano in media per 5.58 giorni, le donne in sovrappeso/obese sono assenti in media da 6.91 a 8.66 giorni; per gli uomini, la media dei normopeso è di 3.58, per quelli in sovrappeso è di 4.61 e per gli obesi di 6.95, con un aumento del 10% per i lavoratori in sovrappeso e dal 21.1% al 57.2% per quelli obesi. Si stima che la perdita di produttività totale legata all'assenteismo vada da \$ 12.8 miliardi (Finkelstein 2010) a \$ 16,97 miliardi (Ricci and Chee 2005), che rappresenta circa un terzo del totale, con un costo incrementale rispetto ai normopeso che va da \$ 147 a \$ 1262 per le donne e da \$ 85 a \$ 1026 per gli uomini (Finkelstein 2010). Il secondo elemento fondamentale nei costi legati all'obesità è il presenzialismo, con il quale si intende il fenomeno per cui il lavoratore si reca a lavoro nonostante la presenza di un malessere fisico o psicologico, che gli impedisce di lavorare al massimo delle sue capacità e perciò provoca una diminuzione della produttività. Si stima che questa voce pesi da \$ 2736 a \$ 30 miliardi l'anno, circa due terzi della perdita di produttività totale. Ricci e Chee (2005) stimano che in base annua, i costi incrementali associati con la ridotta produttività sono \$ 358 per lavoratore obeso. Goetzel et al (2010) stima invece che il costo per ogni lavoratore obeso è di \$54, mentre Gates et al. (2008) trova che il costo è di \$ 575. Le ore di produttività persa in media per gli individui obesi sono di 4.8, rispetto le 4.2 dei lavoratori normali o in sovrappeso. Le imprese che in USA adottano programmi di prevenzione dell'obesità sono in media il 52% per qualsiasi dimensione d'impresa. I programmi più utilizzati dalle imprese sono l'introduzione di snack salutari nei distributori (41%), regalare dei buoni sconto o delle entrate in palestra (33%), dare delle informazioni sulle proprietà nutrizionali degli alimenti in caffetteria (27%), fornire la valutazione del rischio salute (25%).

LIMITI Questi sono tutti programmi in cui non viene toccata la privacy della persona e perciò sono di più facile attuazione rispetto ad altri. Non abbiamo risultati omogenei sulle aziende italiane. Nel momento in cui si cerca di invadere l'intimità si potrebbe ottenere un effetto negativo e trovare delle barriere che impediscono l'attuazione e l'efficacia degli stessi programmi. Le barriere che più ostacolano l'attuazione dei programmi di prevenzione si rifanno alla mancanza di coinvolgimento da parte dei lavoratori (58%) o mancanza di tempo da parte degli stessi (55%), oppure alla mancanza di personale qualificato per il monitoraggio dei programmi (54%).

CONCLUSIONI Nei lavoratori incentivati al raggiungimento della perdita di peso prefissata, rispetto ad altri non incentivati, la perdita media nel gruppo senza incentivi è di 0.9 kg, in quello con l'incentivo la perdita è di 2,1 kg. Una parentesi va fatta in relazione all'attività fisica: è dimostrato che una moderata attività fisica porta un miglioramento sia della qualità del lavoro svolto sia della performance complessiva, mentre se l'attività è vigorosa il miglioramento lo si ha solo in relazione alla performance complessiva, infine un'attività aerobica cardiorespiratoria porta un miglioramento nella quantità di lavoro svolto e una migliore risposta nel caso di sforzi extra.

Indirizzo per la corrispondenza

Glauco Messina, Medico Chirurgo
INI - Istituto Neurotraumatologico Italiano - Nessuna
Via Sardegna, 50 - 00187 - Roma
Email: glauco.messina@gruppoi.it

108. Analisi di produzione e customer satisfaction di un modello organizzativo e gestionale innovativo per l'area materno-infantile: il Day Service dell'ASLTO3

Minniti Davide¹, Passi Stefano², Siliquini Roberta², Giordano Antonia¹, Boraso Flavio¹

¹ASL TO3, ²Università degli Studi di Torino

BACKGROUND La ridefinizione della rete ospedaliera piemontese, in ottemperanza alla normativa nazionale e regionale, ha costituito preziosa opportunità per la rimodulazione dell'area materno infantile presso un presidio di area disagiata dell'ASLTO3 attraverso la creazione di un Day Service Materno Infantile.

OBIETTIVI Monitoraggio della performance (10 mesi) del nuovo setting organizzativo e valutazione della customer satisfaction.

METODI La valutazione della performance è stata eseguita attraverso un monitoraggio di indicatori di efficacia e di processo predefiniti. I risultati della customer satisfaction sono stati ottenuti attraverso un questionario cartaceo anonimo ed autocompilato.

RISULTATI L'analisi della performance nel periodo di monitoraggio (10 mesi) mostra come l'offerta ostetrico-ginecologica ha permesso di rispondere alla relativa domanda con 2033 prestazioni di natura clinica, 781 prestazioni strumentali ecografiche ed 44 PACC (percorsi assistenziali complessi coordinati), con una copertura oraria doppia rispetto al punto nascita (da 37 ore a 61 ore settimanali). Ben 1867 prestazioni sono state offerte alla popolazione pediatrica afferente al presidio ospedaliero, sia di natura clinica sia strumentale. Sono stati sedici i percorsi assistenziali attivati in stretta collaborazione tra la pediatria ospedaliera e i pediatri di libera scelta presenti nel distretto sanitario con un totale di 59 ore/settimana contro le 18 ore del modello precedente. Il nuovo modello organizzativo ha mostrato anche un elevato indice di gradimento dell'utenza, valutato mediante questionario cartaceo anonimo ed autocompilato. Il questionario, costituito da undici items, ha indagato il gradimento degli spazi dedicati, il rapporto con il personale sanitario del servizio (sia medico sia del comparto) e la tipologia dell'offerta sanitaria. L'indagine, iniziata nel mese di settembre, ha analizzato un campione di 46 questionari. Il 78% degli intervistati dichiara di essere molto soddisfatto del servizio. I medici di medicina generale costituiscono il canale informativo più rappresentativo (48%) per la conoscenza del nuovo servizio. Gli intervistati hanno dichiarato parere positivo relativamente al rapporto con il personale sanitario (78%) e un particolare gradimento in merito alla tempistica di attesa delle prestazioni prenotate (91% molto soddisfatto). Anche le informazioni ricevute nel percorso di cura intrapreso sono risultate molto soddisfacenti nel 96% dei casi, garantendo un rispetto della privacy molto elevato (93%).

LIMITI I risultati ottenuti relativi alla customer satisfaction sono stati calcolati su un campione pilota con bassa numerosità (n.46 questionari).

CONCLUSIONI Numerose sono le esperienze nazionali, ma tale progetto rappresenta la prima esperienza aziendale di applicazione del suddetto modello organizzativo con un impatto positivo in termini di efficacia e gradimento dell'utenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino -Scuola di Medicina - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

109. Health Population Management: un nuovo modello per la gestione integrata del diabete tipo 2

Miranda Cesare¹, Acquati Silvia², Assaloni Roberta³, Da Ros Roberto³, Rondinelli Maurizio⁴

¹AAS 5 Friuli Occidentale, ²Azienda USL della Romagna sede di Forlì, ³AAS 2 Bassa Friulana-Isontina, ⁴IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni

BACKGROUND L'assistenza alle persone con diabete rappresenta in tutto il mondo, uno dei principali problemi di organizzazione dei sistemi di tutela della salute per gli elevati costi diretti ed indiretti. Al fine di favorire il raggiungimento di target fissati dalle linee guida è indispensabile adottare modelli gestionali ed organizzativi, che nella letteratura internazionale sono indicati come "chronic care model". In Italia, l'applicazione di questi modelli è rappresentata dalla "Gestione integrata della malattia diabetica", ovvero la costituzione di percorsi assistenziali in continuità tra territorio, Medicina Generale e Centro Diabetologico specialistico al fine di garantire la presa in carico più adeguata del pz diabetico. La gestione integrata prevede l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è proporre un modello di gestione integrata del diabete di tipo 2, che possa essere sostenibile e funzionale agli obiettivi clinici, in grado di garantire equità ed omogeneità di cura, applicabile da subito sull'intero territorio nazionale.

METODI Già prima della pubblicazione del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica 2013, ci sono state diverse esperienze di gestione della patologia diabetica sulle indicazioni del progetto IGEA. A tal scopo, nell'ambito del field project dal titolo "Gestire la cronicità in diabetologia: quali opzioni per integrare la filiera produttiva tra ospedale e territorio", del corso di perfezionamento executive MIND-AMD (Managing Innovation In Diabetes) realizzato da SDA Bocconi School of Management in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi, abbiamo analizzato il progetto di ricerca "L'impatto dei modelli proattivi innovativi implementati a livello regionale per l'assistenza alle persone affette da patologie croniche", condotto nell'ambito del programma CCM del Ministero della Salute per l'anno 2012: Progetto Medina.

RISULTATI Il Progetto Medina ha coinvolto diverse unità di ricerca: 7 Aziende Sanitarie di 7 Regioni Italiane, l'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana, il Cergas Università Bocconi, l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e alcuni esperti in epidemiologia e programmazione sanitaria. Il campione preso in considerazione per l'analisi è costituito da un totale, per le 7 aziende, di 2402 MMG, di cui 393 (16%) esposti ovvero aderenti alla progettualità. Dall'analisi dei risultati di impatto si evidenzia che l'implementazione delle progettualità, per la patologia diabetica, ha portato un impatto positivo nelle diverse unità operative, sebbene a livelli differenti. I diversi modelli in esame registrano un miglioramento del monitoraggio del paziente diabetico con aumento statisticamente significativo a carico degli indicatori relativi all'emoglobina glicata, la creatinina, la microalbuminuria ed il profilo lipidico. Ciascun modello riflette differenti proprietà e caratteristiche, frutto delle differenti realtà regionali. In particolare i punti di forza sono stati: il reclutamento mirato, l'aumentata compliance dei pz, il confronto fra i professionisti e l'adozione di modelli di iniziativa.

LIMITI I limiti dei diversi modelli del progetto Medina sono stati: l'adesione ai progetti circoscritta nel tempo e su base volontaria, l'aumento della burocrazia, la mancanza di una cartella condivisa, il monitoraggio e la valutazione delle performance spesso assenti, mentre l'integrazione tra MMG e specialista circoscritta ai casi più gravi. I risultati del Progetto Medina, i dati degli Annali Regionali AMD e degli indicatori di processo fra la popolazione complessiva dell'Osservatorio Arno, confermano che vi è una disparità evidente nelle opportunità di cure offerte alle persone con diabete in Italia, dal momento che viene garantito solo nel 60-70% dei casi.

CONCLUSIONI Riteniamo che il modello ideale di gestione integrata richieda una segmentazione semplificata per intensità di cura della patologia diabetica, secondo il modello di Health Population Management. In attesa del Fascicolo Sanitario Elettronico, la Regione o l'ASL locale può stratificare i pz diabetici in base a database amministrativi (anagrafica, età di esordio, esenzione 013, farmaceutica, SDO). In base ai database amministrativi sopracitati, proponiamo di stratificare 2 gruppi di pazienti ad intensità di cura crescenti: GRUPPO A: persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico o pazienti con DM2 con ridotta autosufficienza; GRUPPO B: persone con DM2 con complicanze acute o croniche non stabilizzate o con scompenso metabolico. È fondamentale un programma informatico comune, che permetta lo scambio dei dati tra MMG e centro diabetologico. Il modello proposto ha i vantaggi di garantire equità ed omogeneità di cure a livello nazionale ed essere applicabile da subito, poiché i dati amministrativi sono disponibili in tutte le regioni.

Indirizzo per la corrispondenza

Miranda Cesare, Medico Chirurgo
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 Friuli Occidentale - S.S.D. Diabetologia
Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 - Pordenone
Email: cesare.miranda@aas5.sanita.fvg.it

110. L'infermiere e la sorveglianza dei device in area cardiovascolare. Quali vantaggi per il paziente e l'economia sanitaria?

Montebello Davide¹, Fialdini Luca², Tongiani Mariella², Baratta Stefania²

¹*Libero Professionista*, ²*Fondazione Toscana Gabriele Monasterio*

BACKGROUND Negli ultimi anni il catetere venoso centrale (cvc) e quello periferico (cvp) hanno ottenuto un maggior impiego in ambito clinico. La complicanza più temuta correlata a questi presidi sono le infezioni ematiche. Queste sono definite in letteratura sia come Central Line-Associated Bloodstream Infection che come Catheter-Related Bloodstream Infections in base all'obiettivo conseguito: sorveglianza o accertamento di infezione. La letteratura americana riporta una frequenza di infezioni associate a cvc pari a 5,3 per 1000 giorni/catetere con una mortalità attribuibile al 18%, un prolungamento medio di degenza pari a 7 giorni e un costo compreso tra 37mila e 29mila dollari. In Italia, da uno studio di prevalenza, condotto in 49 ospedali, è emerso che il 32% delle infezioni ematiche è legato ai device con una prevalenza del 6,7% dei cateteri venosi centrali e del 0,6% sui cateteri venosi periferici. In Istituto abbiamo fatto riferimento alla pratica per la sicurezza proposta dal centro Gestione Rischio Clinico Regione Toscana - "Utilizzo dei cateteri venosi centrali", seguendo il bundle, contenente la sorveglianza per: igiene delle mani, selezione del sito d'inserzione, disinfezione, sterilità, gestione/rimozione.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è finalizzato alla sorveglianza e al management dei device posizionati ai pazienti ricoverati in ambito cardiovascolare, cercando di ottenere un completo controllo di questi presidi, una riduzione del tasso di infezione correlate all'assistenza e di contenere/ ridurre eventuali costi sanitari con maggior beneficio per i nostri pazienti.

METODI In riferimento alla pratica per la sicurezza del GRC abbiamo implementato una scheda di valutazione dei dispositivi complessiva, presso l'Ospedale del Cuore della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio. Lo studio è prospettico, osservazionale, monocentrico con raccolta di dati di tipo trasversale avviato presso l'U.O. Degenza Adulti. Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti di età uguale o superiore a 18 anni ricoverati in questa realtà e le osservazioni sono avvenute dall'ingresso del paziente fino alla sua dimissione. I dati sono stati organizzati in un database telematico.

RISULTATI Nel periodo di studio sono stati arruolati 394 pazienti e registrate 2006 osservazioni. Gli items valutati sono stati: tipo di device, sede d'inserzione, tipo di medicazione, tempo di permanenza, valutazione del punto d'inserzione, difficoltà di somministrazione o aspirazione, dolore, febbre ed esami culturali correlati. Dall'analisi dei dati è emerso che su un totale di 1752 osservazioni, 1248 sono state effettuate su cvp. Dato giustificato dalla tipologia e dalla instabilità emodinamica dei pazienti cardiologici/cardiochirurgici. La sede di inserzione più utilizzata per il posizionamento di CVP è risultata l'avambraccio mentre per i CVC la vena giugulare interna destra. Da evidenziare i dati riguardanti la sede femorale (1% destra + 0,2% sinistra), in concordanza con quanto raccomandato dal bundle. Il tempo medio di permanenza in sede dei CVC è risultato di 3 giorni. La medicazione più utilizzata è quella trasparente; questa consente all'infermiere di valutare la cute del paziente giornalmente ed in caso di complicanze attuare gli interventi del caso. Il 96% di 1678 osservazioni presentavano un grado 0 (ovvero nessun segno di alterazione cutanea), il 4% un grado 1 (lieve arrossamento). Solo il 9% del campione presentava dolore alla palpazione del sito di inserzione del device. Valutando l'intensità, attraverso la scala Visual Analogic Scale, è emerso che nel 96% dei casi i pazienti dichiaravano un VAS 3. Ben il 99% di 1307 osservazioni non mostravano difficoltà di aspirazione o infusione. La febbre è uno dei primi segni d'infezione di CLABSI/CRBSI. Dai dati è risultato che il 96% dei pazienti non presentava febbre. Durante lo studio sono state eseguite 18 emocolture, riscontrando una sola positiva allo S. Epidermidis su un catetere venoso centrale. Infine sono stati inviati 3 campioni per l'esame microbiologico della punta del catetere, risultando tutti negativi.

LIMITI Durante lo studio non sono state valutate 239 osservazioni a causa di diversi fattori. Per una corretta monitoraggio dei dispositivi è consigliabile la valutazione per un periodo più lungo. In futuro, tramite la cartella clinica integrata informatizzata, sarà possibile l'estrapolazione dei dati annui e la relativa analisi.

CONCLUSIONI I dati hanno permesso di implementare e informatizzare gli strumenti di rilevazione oltre che valutare il lavoro svolto quotidianamente dal personale infermieristico sulla sorveglianza dei device. È fondamentale che l'infermiere pianifichi un'assistenza personalizzata, basata sui bisogni, della persona ospedalizzata in modo da limitare e monitorizzare i principali campanelli di allarme che possano provocare una infezione device correlata, la quale richiederebbe svantaggi per il paziente e l'impiego di molteplici risorse economiche sanitarie.

Indirizzo per la corrispondenza

Fialdini Luca, Infermiere
Ospedale Pediatrico Apuano Gaetano Pasquinucci - Nessuna
Via Aurelia Sud - 54100 - Massa
Email: fialdiniluca@gmail.com

111. Sperimentazione del modello organizzativo delle Degenze Intermedie Polifunzionali (DIP) presso il Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona (POS)

Narduzzi Barbara, Pascuttini Elide

Azienda per l'Assistenza Sanitaria 3 Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli

BACKGROUND In Friuli Venezia-Giulia l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria 3 ha avviato un progetto di riqualificazione di un ospedale per acuti trasformandolo in POS (L.R. 16/10/2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR e norma in materia di programmazione sanitaria e socio-sanitaria"). Al suo interno sono presenti le DIP che ne costituiscono l'offerta di residenzialità. Si collocano funzionalmente all'interno del Distretto 2 e presentano tre modularità di degenze all'interno delle quali il numero dei posti letto verrà definito in base alla domanda: internistiche, riabilitative (ortopedica, cardiologica, neurologica), RSA (sollevio e sostegno), per un totale di 80 posti letto. I pazienti provengono dagli ospedali limitrofi in fase di post acuzie e vengono accettati, rientrando nei criteri di accoglibilità, entro 48 ore dal contatto/segnalazione. Devono aver concluso il percorso diagnostico, presentare un certo grado di stabilità ed avere un'intensità di cura medio-bassa come definito dalla scala TRICO. Le cure intermedie sono un'area di servizi integrati che garantiscono la continuità assistenziale/sociale/riabilitativa dopo il percorso di degenza ospedaliera e puntano a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia possibile. Rientrano in questa categoria i pazienti con esiti di ictus, fratture di femore, neoplasia, pazienti che necessitano di un elevato grado di protezione non possibile a domicilio. Si rivolgono a pazienti fragili/complessi, anziani ma non solo.

OBIETTIVI Valutazione dell'appropriatezza/ottimizzazione dei percorsi/ricoveri presso le DIP e differenziazione dalle cure primarie: valutazione della domanda di salute della persona e dell'offerta-erogazione dell'assistenza; integrazione fra struttura ospedaliera (dislocata su due sedi), POS, Punto di Primo Intervento (PPI) e DIP, territorialità-domiciliarità definendo strumenti operativi per l'accoglimento, la presa in carico, la dimissione protetta; focus sull'empowerment; centralità della persona; riduzione del tempo di ricovero/utilizzazione appropriata delle risorse ospedaliere.

METODI L'attività assistenziale è organizzata secondo il modello del modular nursing: infermiere di settore, operatore socio-sanitario, fisioterapista o ulteriori figure a seconda della necessità degli assistiti, medico. L'obiettivo è il modello delle Nurse-Led Clinic: i trattamenti sono finalizzati alla riabilitazione e all'educazione, il case mix è basato su bisogni infermieristici, l'infermiere ha la leadership sul gruppo e potrà dimettere o ricoverare i pazienti, l'assistenza infermieristica è la "terapia principale". Gli esiti di questo modello comportano migliore funzionalità e benessere, più dimissioni domiciliari a tre mesi, meno riammissioni in ospedale. Vengono accolti nelle DIP soggetti che presentano intensità di cura "bassa" e "media" valutata tramite TRICO (punteggio MEWS fra 0 e 4 e IDA fra 12 e 28). Esiste una flow chart per aiutare i professionisti ad identificare i pazienti candidabili alle DIP e il percorso che essi svolgono al loro interno.

RISULTATI Il progetto è partito il 1° luglio 2016. A fine agosto sono stati raccolti dati per 7 giorni relativamente a 68 pazienti: provenienza, età media, diagnosi d'ingresso, tipo di ricovero, priorità del piano assistenziale, presenza del piano riabilitativo, punteggio TRICO. I pazienti hanno un'età media di 77 anni, provengono equamente dai due ospedali, ma anche dall'ospedale di Udine e dal domicilio. Le diagnosi prevalenti riguardano problemi cardiologici o neurologici; la degenza avviene per motivi legati alla convalescenza e l'aspetto riabilitativo è predominante. I pazienti, analizzati i dati rilevati, sono stabili dal punto di vista clinico (scala MEWS) e la loro dipendenza assistenziale (scala IDA) risulta medio-bassa. Secondo la scala TRICO questi pazienti hanno quindi un indice d'intensità di cura basso; nel dettaglio, nei giorni oggetto di analisi il 68% delle rilevazioni ha restituito valori riconducibili a bassa intensità di cure, il 27% media intensità di cure, il 5% alta intensità di cure.

LIMITI Non sono ancora chiari e quindi riconosciuti i criteri di inclusione/esclusione da parte dei professionisti che lavorano presso gli ospedali per acuti sede San Daniele-Tolmezzo. È presente un coordinatore su 80 posti letto; ad oggi non vi è formalizzazione della figura del case manager. Persiste resistenza da parte dei parenti a portare l'assistito fuori dalla zona dove abitano.

CONCLUSIONI La trasformazione dell'ospedale di Gemona da ospedale per acuti a Presidio per la Salute ed attivazione delle Degenze Intermedie Polifunzionali è avvenuta per rispondere alle esigenze di una popolazione anziana e fragile e per diminuire i posti letto per acuti. Con questo progetto si punta al recupero dell'autonomia possibile della persona per una stabile permanenza a domicilio, lavorando sul piano clinico, riabilitativo, sociale, socio-assistenziale, e orientando i professionisti a favorire l'empowerment del paziente e della sua famiglia.

Indirizzo per la corrispondenza

Narduzzi Barbara, Infermiere

Azienda Assistenza Sanitaria 3 Alto Friuli Collinare Medio Friuli - Servizio professionale per l'assistenza infermieristica ed ostetrica

Piazzetta Portuza, 2 - 33013 - Gemona del Friuli

Email: narduzzibarbara@gmail.com

112. Struttura intermedia per disabili gravi con necessità di assistenza ad alto contenuto sanitario

Narduzzi Barbara, Urli Nadia, Sacher Bruno, Taboga Inga

Azienda per l'Assistenza Sanitaria 3 Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli

BACKGROUND La disabilità ad esordio infantile può essere ricondotta ad una entità estremamente variabile di cause e manifestazioni cliniche. È un universo caratterizzato dalla complessità per la gestione dei device (tracheotomia, PEG, ventilazione non invasiva, catetere venoso centrale); la riabilitazione (fisioterapica, logopedica); la terapia della epilessia, delle infezioni ricorrenti; le cure dentarie; i disagi sociali, problematiche economiche ed amministrative, supporto alla famiglia.

OBIETTIVI Il progetto si pone come obiettivo la risposta alle necessità delle famiglie e dei disabili quando non sono più caratterizzati dalla fase acuta/diagnostica, ma presentano riacutizzazioni di una malattia ormai stabile e nota.

METODI Il progetto si rivolge a bambini e giovani adulti con malattia cronica invalidante grave esordita nell'infanzia che non hanno una struttura specifica di riferimento, oppure entrati nel percorso palliativo. Deve essere afferente all'AAS3 per territorio ed essere in carico ai servizi territoriali; deve presentare una situazione complessa difficilmente gestibile solo a domicilio, sia per l'assistenza medico/infermieristica richiesta, sia per la difficoltà di gestione sanitaria nel contesto d'appartenenza; devono esserci accordi di collaborazioni interdipartimentali all'interno della struttura aziendale distrettuale (SOC Minori, Famiglie e Disabilità) e ospedaliera (supporto clinico di operatori del pronto soccorso, della medicina d'urgenza, del servizio di anestesia, della medicina, della chirurgia e della fisioterapia); è presente un programma personalizzato di cure (PAI) condiviso con il distretto di appartenenza e con le strutture coinvolte; è possibile individuare il case manager per favorire le relazioni con la famiglia e la continuità ospedale/territorio; sono presenti accordi con Direttore di Distretto per il supporto assistenziale e con le organizzazioni del volontariato per contrastare il rischio di eccessiva medicalizzazione. Le tipologie di servizi offerti sono riferibili al bisogno: riacutizzazione della patologia non sostenibili a domicilio (percorso del post acuto); necessità di periodi di sollievo; necessità di assistenza specifica per prestazioni diagnostiche o terapeutiche (ad esempio, cure odontoiatriche gratuite in day hospital e sedazione del paziente-progetto Orchidea); necessità di consulenze specialistiche: la Pediatria gestisce e orienta il lavoro degli specialisti (consulenze neurologiche, pneumologiche, fiatriche, infermieristiche). Presso la Pediatria è costituita una struttura intermedia come identificato nell'Atto Aziendale dell'AAS3-progetto transmurale "percorsi età evolutiva e disabilità" (Delibera del DG n.21 dd. 29/01/16). È prevista la creazione di un dossier personale al fine di favorire la continuità assistenziale, inclusa la transizione della presa in carico dall'età pediatrica a quella adulta. Gli operatori vengono individuati tra quelli a disposizione in ambito ospedaliero e distrettuale e nel volontariato.

RISULTATI Si sono svolti degli incontri con il personale della pediatria al fine di raccogliere il consenso sul progetto e le eventuali criticità. Sono emerse, da una parte l'"offerta" dell'equipe di pediatria che si impegnerà a stendere le proposte assistenziali e il fabbisogno formativo per portare avanti il progetto, dall'altra la "domanda" da parte delle famiglie (tramite focus group): i ricoveri avvenivano per cause acute con la pediatria che tira le fila degli specialisti; i bisogni dei bambini e delle famiglie sono principalmente quelli di accudimento, sicurezza, umanità; emerge come passaggio critico il passaggio all'età adulta in cui i bambini vengono "abbandonati" dai servizi e la conoscenza diffusa di quanto offrono le varie associazioni presenti sul territorio. Sono stati individuati 20 casi che richiederanno periodo di revisione del progetto assistenziale sanitario di media durata (8-10 giorni di ricovero). Il progetto Orchidea ha seguito negli ultimi 20 anni circa 600 pazienti, per una media di 1-2 ricoveri a seconda della disponibilità del volontariato. Al momento non sono disponibili ulteriori dati: il progetto infatti è in fase di approvazione e inizierà a gennaio 2017. Il risultato atteso è garantire risposta al bisogno emerso da parte delle famiglie e garantire la continuità fra ospedale e territorio.

LIMITI Il progetto verrà avviato solo su uno dei due ospedali presenti in AAS3. I pazienti, che presentano anche patologie dell'adulto, verranno trattati da medici pediatri; non è stata ancora fatta la mappatura delle associazioni presenti sul territorio; si presenta difficile agire sui servizi che il Distretto offre, in particolare per quanto riguarda il delicato passaggio all'età adulta.

CONCLUSIONI Si tratta di un progetto innovativo probabilmente presente in poche realtà, che prenderà in carico il giovane adulto disabile e la sua famiglia in maniera olistica. Renderà inoltre visibile ciò che è stato fatto in questi anni in Pediatria in maniera non strutturata.

Indirizzo per la corrispondenza

Narduzzi Barbara, Infermiere

Azienda Assistenza Sanitaria 3 Alto Friuli Collinare Medio Friuli - Servizio professionale per l'assistenza infermieristica ed ostetrica

Piazzetta Portuzza, 2 - 33013 - Gemona del Friuli

Email: narduzzi_barbara@gmail.com

113. Validazione del flusso CeDAP nelle strutture ospedaliere della Città Metropolitana di Milano

Nicolosi Daniela¹, Papa Maria Teresa², Dadda Fabiana Maria¹, Scuderi Emilia¹, Spinosa Silvia¹, Zanardi Sabina¹

¹ATS della Città Metropolitana di Milano, ²Università degli Studi di Milano

BACKGROUND Nel 2015 è stato condotto uno studio descrittivo che ha analizzato i ricoveri per TC (Taglio Cesareo) effettuati nelle strutture ospedaliere con punto nascita della Città Metropolitana di Milano. Lo scopo era innanzitutto analizzare le indicazioni del TC in riferimento alla Linea Guida 22 dell'Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS) tramite le informazioni ricavate dalle cartelle cliniche e dal flusso CeDAP (Certificato Di Assistenza al Parto). Dal suddetto confronto è emersa la necessità di procedere altresì alla validazione delle informazioni tratte dal flusso CeDAP.

OBIETTIVI L'obiettivo del presente studio è validare i dati contenuti nel flusso CeDAP in relazione alle indicazioni al TC.

METODI Il campione si compone dal 25% delle cartelle cliniche con DRG 371 (Parto cesareo senza CC) e dalla totalità di pratiche con DRG 370 (Parto cesareo con CC). L'analisi è stata effettuata su 2331 cartelle cliniche, già analizzate nella prima parte dello studio per quanto riguarda l'indicazione al taglio cesareo attraverso la compilazione di una check list dedicata. Le informazioni sono state inserite in un database contenente alcuni campi del CeDAP, del flusso SDO e i dati delle check list ai fini del confronto, della valutazione e dell'analisi statistica. I campi scelti per il confronto sono nove e sono quelli ritenuti utili per lo studio sulle indicazioni al TC: numero di tagli cesarei precedenti, difetto di accrescimento fetale, concepimento con tecnica di Procreazione Medico-Assistita, età gestazionale al parto, numero di nati totali nel parto in oggetto (gemellarità), modalità del parto (urgenza versus elezione), presentazione del neonato, genere del parto (semplice o plurimo) e presenza di malformazioni del neonato. Nei casi in cui l'informazione del CeDAP coincideva con la check list, il dato è stato definito "concordante", in caso contrario, il dato è stato definito "discordante".

RISULTATI Gli item più problematici sono "età gestazionale", "modalità del parto" e "presentazione del feto" in cui la percentuale di discordanza varia dal 25% al 38%. Per quanto riguarda i campi "numero di tagli cesarei precedenti", "difetto di accrescimento fetale" e "concepimento con PMA" la percentuale di discordanza varia dal 4% all'8%. Mentre i campi con un numero di discordanze inferiori sono "numero di nati totali", "genere del parto" e "presenza di malformazioni", i quali presentano una percentuale di discordanza inferiore al 2%. Per questi ultimi campi la percentuale di discordanza potrebbe essere inferiore perché sono tutte variabili dicotomiche, al contrario delle altre. Tra le undici strutture ospedaliere analizzate la struttura pubblica 5 risulta essere la struttura più problematica in quanto presenta una media tra le discordanze di tutti gli item selezionati pari al 19%. È interessante notare come in tutte e tre le strutture private la percentuale di discordanza si attesta intorno al 16%.

LIMITI I limiti dello studio possono essere così riassunti: - Non è stato possibile analizzare il 100% delle pratiche campionate, in quanto alcune sono state eliminate poiché la check list utilizzata presentava il nosologico errato o non compilato; dal campione totale sono state eliminate 15 pratiche poiché il nosologico era errato, invece sono state eliminate varie pratiche in diversi item poiché il campo non era stato compilato; - Alcuni campi, come la modalità del taglio cesareo e la presentazione del neonato non sono stati costruiti in modo tale da essere direttamente confrontabili, in quanto i vari record erano differenti. Tale problematica ha fatto sì che per questi campi non potesse essere calcolato l'indice di concordanza; - È emerso che anche la distinzione tra ricoveri in urgenza e ricoveri in emergenza non fosse così chiara né per gli operatori né all'interno delle cartelle cliniche, in quanto vi sono pochi ricoveri svolti in emergenza. Di conseguenza ci potrebbero essere dei bias riguardanti questi campi e il confronto tra di essi. - All'interno del database i dati sono stati inseriti con codifiche differenti per alcuni campi rispetto al flusso CeDAP; questo ha comportato l'utilizzo di maggiore tempo per poter rendere tutti i campi confrontabili.

CONCLUSIONI Lo studio, assumendo come valide le informazioni rilevate dall'esame delle cartelle cliniche, ha permesso di concludere che gli item del CeDAP non consentono una correlazione diretta con l'indicazione al TC in quanto è stato possibile confrontare solo 9 campi, i quali hanno fornito informazioni indirette circa la scelta del TC, che tutti gli item analizzati, in percentuali diverse, presentano discordanze e che tali discordanze rilevate sono distribuite in tutte le strutture sanitarie esaminate.

Indirizzo per la corrispondenza

Papa Maria Teresa, Assistente sanitario
Azienda USL di Parma - Nessuna
Strada del Quartiere, 2/a - 43125 - Parma
Email: mpapa@ausl.pr.it

114. Gestione sicura delle terapie con farmaci antineoplastici

Palladino Teresa, Santilli Giuseppina, Melloni Marzia, Barattoni Bianza

Azienda USL Bologna

BACKGROUND Sulla scorta del documento Ministeriale “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici n. 14/2012” e successivo recepimento della relativa raccomandazione regionale n. 3/2013, l’Azienda USL di Bologna ha elaborato e implementato nel proprio contesto organizzativo una procedura finalizzata alla gestione sicura della terapia con farmaci antineoplastici.

OBIETTIVI definire e uniformare con approccio multiprofessionale e interdisciplinare i processi legati alla gestione sicura dei farmaci antineoplastici al fine di garantire qualità e sicurezza della terapia per il paziente e per ogni operatore coinvolto in ogni fase del processo.

METODI in una fase preliminare la Direzione Generale ha identificato un gruppo di lavoro (GLAM) costituito da diverse figure professionali (oncologo, farmacista, infermiere, risk manager, medico di direzione sanitaria, operatori del servizio di Prevenzione e Protezione, psicologo) per analizzare le raccomandazioni ed elaborare relativamente a queste ultime, una procedura aziendale. Il GLAM è stato suddiviso in 10 sottogruppi per ogni azione del processo prevista dalla raccomandazione ovvero approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione, gestione della terapia orale, coinvolgimento del paziente e dei familiari nel processo di cura, umanizzazione delle cure oncologiche, strumento di prevenzione e controllo. Ogni sottogruppo ha effettuato un’analisi qualitativa FMEA avvalendosi di una check-list realizzata ad hoc per ogni azione prevista. Dall’analisi qualitativa è emersa una fotografia dello stato dell’arte attuale e gli scostamenti rispetto a quanto indicato nelle raccomandazioni. Alla luce di quanto emerso si è proceduto alla redazione e successiva implementazione di una procedura aziendale e di relative istruzioni operative specifiche per ogni fase del processo. Un ulteriore sottogruppo ha realizzato un percorso di formazione con modalità blended rivolto a tutti gli attori coinvolti nella gestione della terapia con farmaci antineoplastici e che ha valorizzato ogni azione del processo con la partecipazione di diverse figure professionali.

RISULTATI la realizzazione della procedura e delle istruzioni operative ha consentito la standardizzazione e omogeneizzazione di tutte le fasi della filiera del farmaco antineoplastico, valorizzando altresì quelle in cui è più stretto il legame tra paziente, operatore sanitario e farmaco. Un supporto informatico aziendale ha permesso la tracciabilità dell’intero processo e di ciascun operatore in esso coinvolto e consentirà il monitoraggio del processo mediante la realizzazione di audit.

LIMITI l’impiego condiviso di un software da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle diverse fasi del processo, condiziona in relazione ai necessari aggiornamenti sia funzionali al processo stesso che di integrazione di contenuti, la tracciabilità di tutte le fasi della filiera di gestione della terapia con i farmaci antineoplastici a garanzia della sicurezza di operatori e pazienti.

CONCLUSIONI il percorso di gestione sicura delle terapie con farmaci antineoplastici, così strutturato consentirà una costante interfaccia di tutte le figure professionali coinvolte, confluendo nella realizzazione di un obiettivo comune ovvero la salvaguardia del diritto del paziente oncologico ad avere la migliore cura possibile e l’informazione circa gli obiettivi di salute e i benefici attesi dai trattamenti. Inoltre, un’informazione corretta e completa rappresenta altresì lo strumento di un’alleanza terapeutica strategica al fine di garantire la sicurezza delle cure.

Indirizzo per la corrispondenza

Palladino Teresa, Medico Chirurgo
Azienda USL di Bologna - Medicina legale - Gestione del Rischio
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna
Email: t.palladino@ausl.bologna.it

115. L'informazione alla persona assistita come "best safety practice": l'adesione consapevole e partecipata all'intervento di cura come strumento di riduzione del contenzioso medico-legale

Palladino Teresa, Minarini Andrea

Azienda USL Bologna

BACKGROUND Un momento fondamentale nella relazione terapeutica e assistenziale è quello dell'acquisizione del consenso o "adesione consapevole", termine che meglio esprime il processo di informazione e comunicazione volto ad acquisire il consenso da parte della persona assistita, come momento di espressione di consapevolezza e di compartecipazione al progetto di salute entro cui si inserisce l'atto sanitario. La disamina di richieste di risarcimento permette di evidenziare come spesso non vi sia evidenza di una chiara condotta erranea sul piano tecnico-professionale, quanto piuttosto di una deficitaria comunicazione/informazione medico-paziente nel momento dell'acquisizione del consenso. Nella pratica clinica, per illustrare e consentire la comprensione del progetto di cura, vengono forniti alla persona assistita materiali informativi che costituiscono parti integranti la modulistica di acquisizione del consenso. Da una revisione della letteratura, si evince che l'informazione a corredo dell'acquisizione del consenso risulta spesso carente o non facilmente comprensibile da parte della persona assistita o di chi lo rappresenta. Allo stato attuale non vi sono evidenze sull'utilizzo di strumenti validati, specificatamente tarati per una valutazione di qualità dei materiali informativi. Ed è su tale aspetto che si concentra il progetto operando una valutazione qualitativa dei materiali informativi a sostegno dell'acquisizione del consenso inteso come strumento di buona pratica.

OBIETTIVI migliorare l'informativa a corredo della modulistica del consenso per ridurre la quota di contenzioso medico-legale correlata alla incomprensibilità linguistico-lessicale dell'informazione da parte della persona assistita; superare l'attenzione alla mera correttezza formale del modulo di consenso, così migliorando la pratica dei professionisti nonché la qualità dell'assistenza; sensibilizzare i professionisti al miglioramento della qualità della propria comunicazione con la persona assistita di tutte le informazioni di rilevanza diagnostica e terapeutica che giustificano l'atto proposto.

METODI Partendo dall'analisi di fonti informative locali (es. sinistri, eventi avversi, reclami) è stato definito il contesto in cui sviluppare lo studio (PDTA). Successivamente si prevede la raccolta del materiale informativo a corredo della modulistica di acquisizione del consenso e la definizione di un momento formativo ai professionisti su tematiche inerenti informazione e consenso. Il "Team valutazione e miglioramento dell'informazione al consenso" valuterà con il coinvolgimento della persona assistita per il tramite delle sue rappresentanze, la qualità formale e linguistico-testuale del materiale informativo mediante l'utilizzo di una check-list (Check-list Informazione al Paziente) predisposta a partire da strumenti di valutazione della qualità documentale esistenti in letteratura. Se i risultati dell'attività valutativa ne evidenzieranno la necessità, saranno realizzati interventi di miglioramento consistenti nella produzione di nuovo materiale informativo e/o revisione di documenti informativi già esistenti. La qualità del materiale informativo sarà valutata mediante l'utilizzo di un sistema informatico che analizzi la leggibilità del testo mediante la lemmatizzazione automatica. Per indagare la comprensione linguistico-testuale dei documenti informativi verrà somministrato un questionario alla persona assistita.

RISULTATI valutazione della leggibilità e comprensione linguistico-lessicale dei documenti informativi elaborati ex-novo e valutazione della riduzione della quota di contenzioso medico-legale correlata alla incomprensibilità linguistico-lessicale dell'informazione da parte della persona assistita nel momento di espressione del consenso.

LIMITI costi legati alla necessità di supporto ai servizi telematici essendo la formazione a isorisorse.

CONCLUSIONI L'informazione propedeutica al consenso trasforma la relazione clinica da un atto di fiducia ad un atto partecipato e la caratterizza come un processo decisionale, di scelte informate e consapevoli, dove gli attori coinvolti, il professionista, il paziente e l'istituzione si riconoscono come interlocutori. Per una buona pratica di informazione al consenso, l'ideazione, la stesura e l'utilizzo della documentazione scritta per il consenso non dovrebbe essere ridotta ad un'adempienza burocratica, bensì dovrebbe essere strutturata in funzione della buona pratica sia aumentando la consapevolezza dei professionisti riguardo a qualità, leggibilità e comprensibilità dei materiali informativi, sia promuovendo l'empowerment e l'advocacy della persona assistita attraverso una maggiore accessibilità alle informazioni relative al progetto di cura.

Indirizzo per la corrispondenza

Palladino Teresa, Medico Chirurgo
Azienda USL di Bologna - Medicina legale - Gestione del Rischio
Via Castiglione, 29 - 40124 - Bologna
Email: t.palladino@ausl.bologna.it

116. Un volto da infermiere. Inferenze tratte dalle caratteristiche percettive del volto del neolaureato predicono l'incarico lavorativo

Pasi Eleonora, Mattarozzi Katia, Cremonini Valeria

Università di Bologna

BACKGROUND Diversi studi dimostrano che i volti sono stimoli particolarmente salienti per l'uomo in virtù del loro valore sociale e comunicativo. Un individuo quando viene esposto ad un volto sconosciuto, assegna automaticamente al volto stesso una serie di caratteristiche di personalità, come ad esempio affidabilità e competenza. Sebbene queste inferenze non siano necessariamente corrispondenti alla realtà, sono in grado di influenzare diversi outcomes sociali come decisioni economiche, giuridiche, elettorali. Studi recenti, mettono in luce come la prima impressione derivante dal volto di un individuo possa determinare il suo successo lavorativo.

OBIETTIVI Il presente studio intende indagare se e in che misura le inferenze tratte dalle caratteristiche fisiche del volto di un neo laureato in infermieristica possano predire la probabilità di trovare lavoro come infermiere, nel settore privato, nei sei mesi successivi alla laurea.

METODI Quarantaquattro foto di volti di neolaureati in infermieristica (8 maschi, 36 femmine) sono stati presentati a due gruppi di partecipanti (infermieri esperti e studenti). Per ciascun volto i partecipanti dovevano effettuare un compito di rating, basandosi sulla propria impressione. Nello specifico dovevano giudicare quanto un volto appariva loro: affidabile, competente, dominante, piacevole, capace di rassicurare, di prendersi cura di qualcuno, e di fare l'infermiere. I giudizi raccolti sono stati messi in relazione (conducendo modelli di regressione) con la variabile dicotomica "lavoro sì" vs. "lavoro no", a 6 mesi dalla laurea.

RISULTATI In coerenza con studi condotti in altri ambiti, i risultati del presente studio evidenziano che le inferenze tratte dalle caratteristiche percettive di un volto, sono in grado di predire (83,3% dei casi osservati) l'impiego lavorativo nei sei mesi successivi alla laurea.

LIMITI Lo studio in essere presenta dei limiti metodologici. Il numero non elevato degli stimoli (42 neolaureati) e dei partecipanti che hanno valutato i volti, (126 tra infermieri, studenti e altri partecipanti).

CONCLUSIONI L'affidabilità percepita (ovvero la valenza del volto), e il senso di familiarità che il volto evoca influenzano significativamente la possibilità che un neo-laureato in infermieristica trovi lavoro nei sei mesi successivi alla laurea. Più precisamente, tanto più un volto appare affidabile e familiare tanto più è probabile che il neo laureato venga assunto.

Indirizzo per la corrispondenza

Pasi Eleonora, Infermiere
Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Ravenna - Nessuna
Via Mura Diamante Torelli, 67 - 48018 - Faenza
Email: elo90leon@libero.it

117. Setting di cure intermedie: introduzione di un modello organizzativo innovativo e gestionale nell'ASLTO3

Passi Stefano¹, Minniti Davide², Venuti Silvio², Siliquini Roberta¹, Boraso Flavio²

¹Università degli Studi di Torino, ²ASL TO3

BACKGROUND L'attuale scenario demografico-epidemiologico ha costretto, in questi ultimi anni, una necessaria modifica nell'organizzazione del setting ospedaliero e territoriale nell'ottica del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dell'ottimizzazione di costi e risorse. Nonostante le azioni di rimodulazione dell'offerta sanitaria intraprese, tra cui si annovera la creazione di posti letto extra ospedalieri (territoriali) di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (C.A.V.S.), l'analisi dei processi ospedalieri ed assistenziali non ha evidenziato i benefici sperati.

OBIETTIVI L'obiettivo generale dello studio consiste nell'elaborazione di un modello innovativo relativo al setting delle cure intermedie come nuova proposta organizzativa per la gestione del paziente con dimissione ospedaliera.

METODI Dal punto di vista metodologico la progettazione del modello organizzativo si è strutturata nelle seguenti fasi: - fase 1: analisi della performance dell'attuale modello organizzativo vigente nel territorio aziendale; - fase 2: definizione degli obiettivi di salute del nuovo modello organizzativo; - fase 3: progettazione del nuovo modello organizzativo; - fase 4: definizione della metodologia scientifica di studio prospettico di coorte finalizzato alla valutazione costo-efficacia dei due modelli organizzativi a confronto.

RISULTATI Nonostante sul territorio ASLTO3 siano presenti tre strutture sanitarie sede di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (C.A.V.S.) per un totale di 66 posti letto offerti, l'analisi dei processi ospedalieri ed assistenziali ha evidenziato scarsi benefici. Dall'istituzione dei C.A.V.S., infatti, le problematiche che caratterizzavano le aree di degenza ospedaliera e le aree dell'emergenza-urgenza dei due Presidi spoke (P.O. di Rivoli e P.O. di Pinerolo) dell'Azienda non sembrano aver subito significative modifiche nei termini di un miglioramento sia dell'attività produttiva (tasso di occupazione letti, tempo di degenza, Indice di turn-over) sia della presa in carico dell'utenza. Tale situazione organizzativa si interseca, in modo negativo, con l'attuale scenario epidemiologico relativo al territorio aziendale, caratterizzato dalla prevalenza delle patologie croniche come principale causa di morte e un indice di dipendenza degli anziani (rapporto tra la popolazione over 65 anni e la popolazione in età attiva 15-64 anni) oggi pari al 30% e con trend in crescita al valore di 60% nel 2065. I ricoveri evitabili per patologia cronica (N=2211) pesano per il 17% sul totale dei ricoveri ordinari eseguiti in ASLTO3. La progettazione del nuovo modello organizzativo, durata 6 mesi, si è basata su tre principi cardine: la domiciliarità, la modularità della risposta clinico-assistenziale e sociale dell'utenza, la gestione mista (azienda pubblica-terzo settore). Nello specifico il modello organizzativo "a gestione terzo settore", già presente in ASLTO3 sugli ambiti della domiciliarità, si caratterizza per una modularità-flessibilità del carico assistenziale e sociale (medico, infermieristico, operatore socio-assistenziale, assistente familiare e fisioterapista) in base al reale bisogno sanitario e sociale nelle diverse fasi dell'assistenza (valutato settimanalmente attraverso scale consolidate dalla letteratura scientifica). La valutazione periodica permette la definizione e la modulazione del carico assistenziale (ore specialista dedicato) passando da un massimo di copertura di 45 ore ad un minimo di 19 ore a secondo del grado di intensità (sanitaria e sociale) del paziente. La presa in carico, con durata massima di trenta giorni, fornisce inoltre il tempo necessario alla definizione del progetto di cura definitivo mediante l'attivazione dell'unità di valutazione geriatria territoriale. La definizione di indicatori di performance, economici e di sicurezza e di customer satisfaction permettono il l'analisi a confronto, mediante studio prospettico di coorte, dei due modelli di cure intermedie.

LIMITI Il progetto sperimentale, iniziato nel mese di novembre 2016, è attualmente in fase pilota. I risultati saranno disponibili da febbraio 2017.

CONCLUSIONI Numerose sono le esperienze nazionali, ma tale progetto rappresenta a livello aziendale un modello organizzativo unico nel suo genere e con caratteri innovativi rispetto all'attuale scenario organizzativo delle cure intermedie.

Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino -Scuola di Medicina - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

118. Riorganizzazione integrata dell'assistenza tra ospedale e cure primarie. Il Budget di salute nel territorio di Parma

Pellegrini Pietro, Leuci Emanuela, Azzali Silvia, Ossola Paolo, Dall'aglio Raffaella, Paulillo Giuseppina, Ceroni Patrizia

Azienda USL di Parma

BACKGROUND Il Budget di salute (Bds), disciplinato dalla DGR 1554/2015 della Regione Emilia Romagna, può diventare uno strumento per l'intero sistema di welfare. L'obiettivo iniziale, dimettere pazienti da Residenze sanitarie (finalità riabilitativa) e cercare di evitare o ritardare l'ospedalizzazione (finalità preventiva o di mantenimento) attraverso il potenziamento degli interventi domiciliari, nel tempo è diventato molto più ambizioso: ricentrare gli interventi sul benessere dei cittadini, piuttosto che sulla malattia dei pazienti e favorire la trasformazione della rete dei servizi al fine di evitare l'istituzionalizzazione dei soggetti più fragili. A tale scopo viene attuata l'integrazione delle attività sanitarie con quelle sociali ma anche con quelle della persona, della famiglia e del contesto informale al fine di creare percorsi individualizzati. L'integrazione degli interventi sociali e sanitari è assunta come condizione per l'inclusione. Le risorse delle persone, delle famiglie e informali destinate al singolo assumono anche un ruolo pubblico in quanto concorrono alle politiche di welfare e allo sviluppo della comunità.

OBIETTIVI Si intende analizzare in modo osservazionale l'esito di percorsi Bds nella popolazione all'esordio (FEP) e in soggetti in trattamento da oltre 2 anni (MC), per valutarne l'efficacia anche in termini di prevenzione della cronicità. Si intende indagare l'efficacia del modello d'intervento BdS, ed in particolare: -valutarne l'efficacia sulla sintomatologia psicopatologica -valutarne l'efficacia in termini di funzionamento, qualità della vita percepita, e gradimento da parte dei familiari -verificarne la maggiore efficacia nei FEP rispetto ai soggetti MC -verificare il migliore esito dei soggetti FEP per i quali siano stati attivati percorsi BdS rispetto ai soggetti Treatment as usual (TAU).

METODI Criteri di inclusione per il Bds: - presenza di disturbo mentale grave che insiste nell'area della psicosi o grave disturbo di personalità; - esordio psicotico; - frequente ricorso al ricovero: più di 3 ricoveri/anno in ambito Ospedaliero (SPDC,SPOI); più di 60 gg di degenza in ambito ospedaliero o in RTI; - disabilità definita in termini operativi come uno stato che comprende almeno 3 delle seguenti condizioni (scala HoNOS con punteggio > 10): 1. alta dipendenza dal servizio 2. comportamento sociale che richiede l'intervento del sistema di assistenza psichiatrica o di quello giudiziario 3. ritiro sociale e/o scarsa rete sociale (care givers, famiglia) 4. compromissione delle attività della vita quotidiana e/o del tempo libero 5. compromissioni nelle prestazioni lavorative Il campione è costituito da 125 soggetti di cui 62 femmine (49.6%). 74 (59.2%) in BdS, 61 (48.8%) FEP, 51 (40,8%) TAU, 64 (51,2%) MC. L'età media è 36.38 (DS=11.091) ed è normalmente distribuita. I soggetti sono stati valutati a T0 (2105) e T1 (2016) mediante: - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Versione 4.0 ampliata -Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-Roma 18 item) -Global Assessment of Functioning GAF-320 -Euro-QoL. Il campione è stato suddiviso in sottogruppi: -soggetti con esordio psicotico inseriti in Bds -soggetti con patologia in trattamento da oltre 2 anni inseriti in Bds -un gruppo controllo costituito da due sottogruppi: soggetti con esordio e soggetti con patologia in trattamento da più anni.

RISULTATI Da una prima osservazione emerge che il BdS migliora significativamente i FEP sulla continuità e la tenuta al trattamento; ne consegue un'attenuazione della sintomatologia e un miglioramento del funzionamento globale.

LIMITI - studio osservazionale di percorsi Bds - natura del Bds quale modello di presa in cura che richiede la motivazione e la partecipazione attiva della persona, non assimilabile ad un singolo intervento

CONCLUSIONI Il budget di salute può essere un importante strumento di integrazione socio-sanitaria, consente il passaggio da una logica erogativa ad una partecipativa, agisce in un'ottica di prevenzione della cronicità, se utilizzato all'esordio della patologia. Psicotica.

Indirizzo per la corrispondenza

Ceroni Patrizia, Medico Chirurgo
Azienda USL di Parma - Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale-Dipendenze Patologiche
Strada del Quartiere, 2/a - 43125 - Parma
Email: pceroni@ausl.pr.it

119. Tecnologie assistive: NAO robot come interfaccia per la stimolazione cognitiva e l'autonomia di anziani con indebolimento cognitivo

Pino Olimpia, Trevino Cadena Rosalinda

Dipartimento di Neuroscienze - Università di Parma

BACKGROUND Il programma di ricerca tende a migliorare efficienza, efficacia e qualità del servizio sanitario sperimentando tecnologie innovative che potranno rappresentare nel futuro servizi di sostegno e supporto all'utenza e alle famiglie (Chidambaram, Chiang & Mutlu, 2012; Hiole, Lewis & Cañamero, 2014). Prospettivamente l'invecchiamento della popolazione porrà problemi di natura sociale, economica e di assistenza sociale e sanitaria. La maggiore incidenza di patologie e disturbi cognitivi associati all'età comporterà una crescente richiesta di mantenimento nei sistemi e servizi di cura. Si stima che la prevalenza mondiale delle persone affette da demenza raggiunga circa i 65,5 milioni nel 2030 (WHO, 2012). La crescita dei disturbi correlati all'invecchiamento impone di considerare obiettivi prioritari l'integrazione di soluzioni tecnologiche nei campi della telemedicina, robotica e domotica. La robotica ha proposto soluzioni per il monitoraggio remoto (Badii, et al, 2009; Dalh & Kamel Boulos, 2013) e, più recentemente, si mira ad accrescere l'interazione empatica in modo che i dispositivi riabilitativi risultino dotati di adattamento affettivo alla responsabilità umana (Hiole Lewis & Cañamero, 2014).

OBIETTIVI L'obiettivo del programma è verificare l'effetto di un robot umanoide come supporto alla terapia cognitiva (Belleville, 2008) rivolta a persone con Mild Cognitive Impairment (MCI) - un deterioramento cognitivo che non è grave abbastanza da soddisfare i criteri diagnostici per la demenza ma che limita la funzionalità e richiede progressivi livelli di assistenza - con un potenziale impatto positivo sulla qualità delle prestazioni sanitarie e sulla riduzione dell'incidenza della richiesta di cure. Si stima che il 10-15%, 60.5% e il 100% dei pazienti con MCI svilupperà una demenza entro 1, 5 e 9.5 anni dopo la diagnosi. La riabilitazione cognitiva ha benefici solo se svolta con costanza: a causa delle limitate risorse del sistema sanitario è difficile organizzare sessioni training regolari. Una possibilità per affrontare questo problema è utilizzare un robot.

METODI NAO H-25 (Aldebaran Robotics) è un robot umanoide che include un CPU programmabile e un computer di bordo, telecamere, mani con presa auto-adattiva, sensori su braccia e piedi in grado di percepire il contatto con l'esterno, diodi luminosi, microfoni per identificare la fonte di suoni e altoparlanti per la comunicazione. Un gruppo di ingegneri, informatici, psicologi e neuroscienziati ha lavorato su vari aspetti: a) Sviluppo del software con determinati requisiti (efficienza, possibilità di personalizzazione, riusabilità) e dell'applicativo; b) Autonomia per l'interazione con il robot in centri di riabilitazione; c) Modellazione di comportamenti empatici per costruire l'espressione corporea (posture statiche e movimenti dinamici); d) Implementazione di compiti di stimolazione neurocognitiva (Es.: memoria e comprensione di brani, operazioni aritmetiche).

RISULTATI La valutazione pilota è stata condotta su individui senza patologie di età compresa tra i 23 e i 74 anni che non avevano mai visto né interagito con il robot cui sono seguite discussioni informali per stabilire l'accettazione della tecnologia. Nello studio attualmente attivo con anziani con diagnosi di MCI, NAO è la variabile sperimentale al memory training di gruppo. Ci si aspetta che l'intervento con NAO possa velocemente (rispetto al controllo) stabilizzare lo stato cognitivo degli utenti migliorando i domini cognitivi danneggiati (funzionamento esecutivo e memoria) (Wu et al, 2014) e l'umore.

LIMITI Il limite delle applicazioni è la rigidità dei programmi informatici che difficilmente simulano la flessibilità del comportamento umano non permettendo che il dispositivo si adatti a tutti gli ambienti e utenti. È necessario considerare l'ambiente di uso, età ed altre caratteristiche di chi interagirà con il robot per sviluppare programmi che permettano che l'interazione sia percepita come gradevole ed efficace. Per tale ragione occorrono prove reiterate per monitorare e introdurre progressivamente cambiamenti al programma in modo da aumentare numero e tipologia delle risposte del robot in un certo contesto. Bisognerà approfondire di più i segnali sociali (come le emozioni) veicolati dagli esseri umani nell'interazione con agenti sintetici. Il cosiddetto campo del "physical embodiment" apre una serie di grosse sfide: a differenza di un agente virtuale, un agente robotico co-abita con l'umano all'interno di uno spazio fisico di natura sociale.

CONCLUSIONI Robot adatti per vari compiti e scopi nei settori dell'assistenza sociale e sanitaria possono diventare una delle più importanti innovazioni tecnologiche del secolo colmando parzialmente alcune lacune della sanità attuale e dell'assistenza domiciliare. Il futuro vedrà robot progettati per funzionare in case di cura/ospedali o ai robot personali per l'assistenza e per aiutare le persone con particolari esigenze a vivere una vita più sana rimanendo in connessione con gli altri.

Indirizzo per la corrispondenza

Pino Olimpia, Psicologo
Università degli Studi di Parma - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Neuroscienze
Via Gramsci, 14 - 43100 - Parma
Email: olimpia.pino@unipr.it

120. Triage di Corridoio - TriCo - Indicatore clinico e di appropriatezza di setting per i pazienti trasferiti dall'Ospedale in una struttura di Lungodegenza Post-Acuzie (LPA)

Potena Alfredo, Mazzoni Silvia, Lichii Mihaela, Federici Luca, Guaraldo Mirko, Guarino Matteo, Bin Micaela

Casa di Cura Salus Ferrara

BACKGROUND Le strutture di LPA, in un modello sanitario per intensità di cure, rappresentano uno step down assistenziale successivo al ricovero per acuti, finalizzato ad assistere pazienti complessi/fragili, che hanno necessità di stabilizzazione clinica o di un programma di recupero/riabilitazione. I pazienti sono affetti da patologie croniche e comorbidità. Ad essi l'assistenza viene erogata nell'arco temporale massimo di 60 giorni. La valutazione del livello di gravità e di dipendenza può essere misurata con due sistemi a punteggio, uno medico con punteggio aggregato ponderato (MEWS, Modified Early Warning Score) e uno infermieristico che determina l'impegno assistenziale (IDA, Indice di Dipendenza Assistenziale). L'integrazione di entrambi è sintetizzata dal Triage di Corridoio (TriCo) che permette di classificare i pazienti in bisognosi di bassa, media, alta complessità assistenziale.

OBIETTIVI Analizzare una coorte di pazienti trasferiti in LPA da UUOO Ospedaliere e misurarne la variazione di intensità assistenziale durante la degenza (nessuna variazione, step up o aumento della classe TriCo, step down o riduzione della classe TriCo, decesso). Valutare, infine, l'appropriatezza di setting assistenziale attraverso il TriCo, indicatore composito di stabilità e di complessità clinica.

METODI I pazienti trasferiti in LPA sono stati classificati al momento dell'ingresso e quello della dimissione con il TriCo. Ad essi è stato attribuito un grado iniziale di bassa (BI), media (MI) o alta (AI) "Intensità di cura" che è stato ricalcolato al termine della degenza in LPA. L'esito clinico è stato classificato come miglioramento, stabilità clinica, peggioramento, decesso.

RISULTATI Una coorte di 349 pazienti è stata ammessa in LPA nel periodo dall'1 febbraio al 31 ottobre 2016. La degenza media in struttura è stata di 23.0 giorni. L'1.6% dei pazienti ricoverati è stato rinvio in Pronto Soccorso dopo una media di 4.3 gg di degenza in LPA. La stratificazione secondo TRICO è stata la seguente: all'ingresso 52 casi (14.9%) erano a BI, 258 (74%) a MI, 39 (11.1%) ad AI assistenziale; alla dimissione/decesso 64 (18.3%) BI, 225 (64.4%) MI, 48 (17.1%) AI assistenziale. Durante la degenza in LPA il 79.6% è rimasto nella stessa classe di intensità assistenziale, l'11.3% ha presentato un peggioramento e l'8.9 un miglioramento del bisogno assistenziale. Il 27.2% dei pazienti ammessi (n=95) è deceduto durante la degenza e di essi il 51.5% (49/95) apparteneva a MI e il 48.5% (46/95) ad AI; tra questi ultimi l'11.5% è deceduto entro le 48 h dall'ammissione. Il tasso di mortalità è stato rispettivamente del 21.7% tra i pazienti a MI e del 76.6% tra quelli ad AI. I pazienti ad AI ammessi in LPA configurano un tasso di inappropriately almeno dell'11% degli ingressi in struttura.

LIMITI Il riscontro di decesso in un elevato numero di appartenenti alla classe a MI assistenziale potrebbe rivelare un limite predittivo del TriCo verso il rischio di aggravamento clinico nei pazienti classificati a MI. Un altro tra i possibili limiti dello studio è che la rilevazione del TriCO è stata fatta in modo "unilaterale" e non condivisa tra l'Unità Operativa che dimette e quella che accoglie pazienti giudicati idonei per LPA. Mancano, infine, standard di riferimento per indirizzare pazienti in LPA.

CONCLUSIONI L'85% dei pazienti inviati in LPA dalle strutture assistenziali ospedaliere è a media/elevata intensità assistenziale. Il 27% degli appartenenti a queste classi va incontro ad un decesso durante la degenza a causa di un rapido aggravamento delle condizioni cliniche o per cause legate alla patologia di base. Questa modalità di trasferimento in LPA configura una inappropriately di setting essendo la struttura stessa di LPA non configurata per l'assistenza a pazienti riacutizzati. Inoltre, si realizza uno spreco economico sia per le strutture riceventi che per la sanità pubblica. Un suo recupero potrebbe essere riconvertito con maggiore efficacia in una scelta assistenziale più coerente con i bisogni del paziente. L'aumento di mortalità, registrato nei casi ad elevata complessità assistenziale, è dovuto per la quasi totalità a pazienti oncologici o affetti da plurimorbilità scompensate che non dovrebbero essere indirizzati presso strutture di LPA, ma a strutture definite per "cure palliative" e di assistenza per una dignitosa fase di "fine vita". L'impiego del TriCo viene di solito utilizzato per una migliore allocazione di pazienti acuti all'ingresso in ospedale allo scopo di migliorarne l'outcome clinico e prevenire la mortalità ospedaliera. A nostra conoscenza il TriCo non è mai stato utilizzato in strutture di LPA, ma una sua applicazione prima della dimissione e lo step-down ospedaliero o all'ingresso in LPA potrebbe consentire una più esatta definizione del fabbisogno di posti letto ospedalieri e di strutture alternative intermedie finalizzate alla Alta/Media Attività Assistenziale.

Indirizzo per la corrispondenza

Potena Alfredo, Medico Chirurgo
Casa di Cura Privata - Salus s.r.l. - U.O. Pneumologia e Medicina Interna
Via Arianuova, 38 - 44100 - Ferrara
Email: pta@unife.it

121. Professionisti 2.0 - una ricerca sui comportamenti digitali e sull'uso dei dispositivi mobili personali in azienda

Presutti Michele

ASL TO3

BACKGROUND Le tecnologie ICT hanno rivoluzionato le modalità di gestione della conoscenza, con un impatto notevole sui processi di comunicazione e di apprendimento organizzativo e professionale Il Consiglio Europeo del 2006, colloca le digital skills tra le otto competenze chiave per l'apprendimento permanente, definendole come "capacità di saper utilizzare con dimestichezza e spirito critico le tecnologie della società dell'informazione per il lavoro, il tempo libero e la comunicazione". La ricerca nasce dall'esigenza di esplorare i comportamenti digitali dei professionisti sanitari alla luce di due principali fenomeni: la diffusione dei dispositivi mobili per l'accesso al Web e lo sviluppo del fenomeno del BYOD (Bring Your Own Device) nelle organizzazioni (anche quelle sanitarie), cioè la tendenza all'uso dei dispositivi personali per attività professionali in alternativa alle tecnologie messe a disposizione dall'azienda, molto spesso meno evolute tecnologicamente.

OBIETTIVI Rilevare le caratteristiche della diffusione di dispositivi mobili personali tra i professionisti dell'azienda Esplorare il livello di affinità tecnologica degli operatori sanitari con i dispositivi mobili Rilevare le modalità e le finalità di connessione al web per scopi professionali Individuare eventuali esigenze formative nell'area delle digital skills.

METODI Messa a disposizione per 4 mesi di un questionario on line sul sito aziendale della formazione composto da 30 domande sulle aree riferite agli obiettivi dell'indagine.

RISULTATI La distribuzione del campione dei professionisti che ha risposto al questionario ricalca la composizione sia di genere che generazionale dell'azienda. La nostra azienda ha infatti un'età media di 49 anni per le donne e di 51 per gli uomini che rappresentano rispettivamente il 26,5% e il 74,5% della popolazione Il campione si distribuisce, anche nelle diverse fasce dell'età anagrafica, in maniera omologa al dato aziendale, mentre si differenzia rispetto all'anzianità professionale che evidenzia una maggiore adesione all'indagine della popolazione con più di 20 anni di servizio con oltre il 58% dei rispondenti A fronte dei 629 rispondenti si registrano 1562 dispositivi mobili posseduti, pari ad una media di circa 2,4 dispositivi a testa. Tra i dispositivi posseduti prevalgono telefoni cellulari e smartphone, ma anche molti PC portatili e diversi Tablet. Più dell' 86% di questi dispositivi è predisposto per la rete WI-FI e l'82,4% è connesso a Internet Il 42% dichiara l'uso almeno una volta o più volte al giorno Tra le principali e più frequenti finalità di accesso alla rete si collocano l'informazione e i contenuti culturali (85,6) poi la formazione per lo sviluppo professionale (60 %) e per il networking professionale (31%) La connessione ad uso professionale è finalizzata per maggior frequenza alla ricerca di linee guida e protocolli (49,6%), poi quella di articoli e pubblicazioni scientifiche (44,4%), seguono la ricerca di corsi di formazione (41%) e i collegamenti a banche dati (29%) Tra i criteri per la ricerca delle informazioni le fonti più accreditate restano le Società Scientifiche (38,5%) a cui seguono le classificazioni fatte dai motori di ricerca (20,3%), i siti delle riviste scientifiche (19%) e quelli delle associazioni/collegi/ordini professionali (15,3%) Tra gli strumenti di comunicazione digitale maggiormente utilizzati si colloca al primo posto per frequenza d'uso la mail (75,9%) a cui segue l'uso di Whatsapp (68, 4%) che supera l'utilizzo degli sms (58%) Anche per la comunicazione di tipo professionale Whatsapp si colloca al terzo posto tra gli strumenti di comunicazioni legate al lavoro professionale. Il 37% dei rispondenti dichiara di utilizzare anche immagini e materiale multimediale nella comunicazione professionale Il 46% dei partecipanti alla ricerca dichiara di essere iscritto ad un Social Network e il 36% ha un profilo su Facebook, mentre solo il 19% è iscritto a LinkedIn e l'8,7% ha un account su Twitter L'accesso ai social è per la maggior parte dei casi quotidiano (23,8%) e per il 21% si tratta di un accesso per ragioni professionali, ma anche in questo caso più del 50% preferisce non rispondere ad entrambe le domande riguardanti l'accesso ai social La consapevolezza di avere scarse competenze è rappresentata da quasi il 57% del campione a cui si aggiunge un ulteriore 17,3% di persone che dichiarano di non avere competenze sufficienti Il bisogno formativo principale espresso riguarda per la maggior parte le competenze di networking professionale.

LIMITI Rappresentatività del campione e diffidenza verso indagine aziendale su comportamenti digitali.

CONCLUSIONI La ricerca ha permesso di evidenziare e suggerire alla Direzione aziendale le seguenti strategie: Sviluppo e diffusione della rete WI-FI nelle diverse sedi aziendali. Sviluppo della formazione alle competenze digitali e all'utilizzo corretto e sicuro della rete. Attivazione di un gruppo di lavoro per la individuazione di linee guida aziendali sui comportamenti digitali.

Indirizzo per la corrispondenza

Presutti Michele, Psicologo
ASL TO3 - S.C. Ricerca e Formazione
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 - Collegno
Email: mpresutti@aslto3.piemonte.it

122. Job rotation: la convivenza professionale quotidiana come spazio reale di conoscenza e di integrazione tra servizi

Presutti Michele, Esposito Paola

ASL TO3

BACKGROUND Partendo dal riconoscimento di una specificità sia dei Ser.D. che dei CSM, e consapevoli che sono in continuo aumento i casi a complessità elevata, si intendeva lavorare al fine di migliorare la collaborazione reciproca e a garanzia di una presa in carico integrata di tali situazioni. Il percorso di formazione congiunto tra le due strutture si è articolato in tre fasi distinte: una prima fase di confronto sulle rappresentazioni reciproche dei due Servizi una seconda parte di supervisione metodologica su casi di Doppia diagnosi una fase conclusiva di individuazione di proposte operative finalizzate al miglioramento della collaborazione. Da qui è nata come conseguenza possibile del processo formativo la proposta di realizzare una quarta fase costituita da scambi temporanei (JOB ROTATION) tra operatori del Ser.D. e della Psichiatria, al fine di favorire la conoscenza reciproca tra i due servizi a partire dalla condivisione sul campo di problemi e modelli organizzativi e anche nell'ipotesi di abbassare il livello di pregiudizio e di diffidenza che spesso impedisce una reale collaborazione.

OBIETTIVI Ampliare le conoscenze in ambito organizzativo e gestionale del servizio accogliente, individuare possibili percorsi per migliorare l'integrazione degli operatori nella presa in carico dei casi complessi con doppia diagnosi. Nello specifico attraverso il modello di JOB ROTATION (tirocinio di scambio) consentire ai due servizi di: - approfondire la conoscenza dei contesti organizzativi, delle modalità operative, della normativa di riferimento dei due dipartimenti - individuare le prassi operative possibili per migliorare l'integrazione - sviluppare o integrare nuovi percorsi laddove sono carenti - fornire risposte più appropriate ai pazienti con doppia diagnosi - sviluppare interventi e politiche di comunità su tematiche comuni - migliorare le relazioni tra gli operatori ed i servizi e promuovere la costruzione di reti ("operatore ponte").

METODI È stata progettata e realizzata un progetto di formazione sul campo utilizzando la metodologia didattica del tirocinio e stage, che prevede scambi di operatori presso i due servizi CSM/SerD, territorialmente vicini, della durata di due settimane consecutive (complessivamente 72 ore articolate su 10 giornate).

RISULTATI A tutt'oggi sono state realizzate 2 esperienze di Job Rotation che hanno coinvolto 4 professionisti (2 educatori professionali e 2 infermieri) e che hanno anche consentito i seguenti risultati: Ore complessive di formazione: 288 Professioni coinvolte: assistente sociale, educatore professionale, infermiere. Crediti ECM erogati: - Partecipanti: totale crediti formativi assegnati complessivamente 200 (1 ogni ora x un max di 50 a progetto e a partecipante) - Tutors: totale crediti formativi assegnati 72 (1 ogni 4 ore) Esiti della valutazione di Gradimento: - Valutazione gradimento esperienza formativa: 10 (su scala 1 – 10) - Coerenza tra attività proposte e obiettivi formativi: C (C completamente – M Molto, P Poco, N nulla) - Pertinenza, in riferimento alla propria professione, degli apprendimenti maturati attraverso la partecipazione all'attività formativa: C - La durata complessiva dell'attività formativa è stata adeguata in relazione agli apprendimenti maturati: C - Le risorse (opportunità, disponibilità, strumenti, ecc.) messe a disposizione sono state adeguate: C.

LIMITI Per ragioni di tipo giuridico-amministrativo e in una prima fase di sperimentazione, tale scambio sarà realizzato a favore del personale del comparto dei due Dipartimenti. Per quanto riguarda il cronoprogramma del percorso, in cui sono definiti attività giornaliere e obiettivi specifici, i professionisti hanno evidenziato la necessità di differenziare per profilo gli ambiti tecnico-professionali, mantenendo invariati gli ambiti organizzativi.

CONCLUSIONI Esperienza formativa giudicata assolutamente positiva, accolta con curiosità e interesse. Il confronto con i professionisti è stato stimolante e, durante le proprie attività, si sono lasciati mettere "sotto la lente di ingrandimento", confrontandosi ed analizzando le peculiarità del proprio operato ed evidenziando anche le strategie migliorative, evidenziando analogie e differenze tra i servizi. Dal confronto tra gli operatori ci si è resi conto dell'insufficiente conoscenza e applicazione del protocollo di intesa fra i due servizi, per consulenze o prese in carico congiunte di pazienti in comorbidità e propongono l'attivazione di un gruppo di lavoro con l'obiettivo di ragionare su applicazioni più concrete. Le due esperienze di formazione di scambio e di conoscenza hanno portato con successo ad uscire da illusori confini istituzionali e da false credenze di collaborazioni difficili se non impossibili. Un partecipante ha scritto nei commenti: Personalmente penso che per me questo sia soltanto un inizio e che in futuro sarò avvantaggiata e attrezzata nell'affrontare future collaborazioni con i colleghi per una maggiore efficacia dei nostri rispettivi interventi e per una migliore interazione.

Indirizzo per la corrispondenza

Presutti Michele, Psicologo
ASL TO3 - S.C. Ricerca e Formazione
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 - Collegno
Email: mpresutti@aslto3.piemonte.it

123. Progetto Braccialetti Blu: la Storia siamo Noi. Nuove prospettive assistenziali della medicina narrativa nella presa in carico della persona con diabete

Quirino Alessia¹, Lo Conte Antonella², Angelucci Ermanno¹, Falzano Valeriana¹, Di Renzo Maurizio Rivera¹

¹ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti, ²Libero Professionista

BACKGROUND La tradizionale interazione tra operatori sanitari e paziente mostra, negli ultimi anni, profondi mutamenti strutturali. Oggi si tende ad adottare un approccio integrato alla persona, il paziente diviene un “soggetto incarnato”, portatore di esperienze, aspettative, motivazioni, ed il professionista sanitario deve saper ascoltare, comunicare alimentando anche la dimensione affettiva e simbolica della relazione. La “medicina narrativa” si concentra sul ruolo relazionale e terapeutico del racconto, dell’esperienza di malattia da parte del paziente e nella condivisione dell’esperienza, attraverso la narrazione con il personale sanitario se ne prende cura. Nel caso di pazienti diabetici la narrazione è un potente strumento di trasformazione della pratica clinica, perché gli aspetti clinici del diabete non sono disgiunti da quelli autobiografici della malattia, dagli stili di vita e dalla prevenzione.

OBIETTIVI Valutare l’impatto del diabete sulla qualità di vita delle persone che ne vengono colpite dal punto di vista fisico, psicologico, emotivo e sociale attraverso l’utilizzo della medicina narrativa.

METODI Lo strumento principale del progetto è la raccolta di esperienze nella cura delle persone affette da Diabete di Tipo 1 e di Tipo 2, narrate sia dal clinico che dal paziente, attraverso una “cartella parallela”. La Cartella Parallela è uno spazio di libertà espressiva sia del curante (medico/infermiere) che del paziente in cui scrivere impressioni e riflessioni. Viene definita parallela perché affianca (non sostituisce) la cartella clinica. Mentre la cartella clinica raccoglie l’insieme delle indagini diagnostiche e del percorso di cura terapeutico e ha un significato economico e amministrativo, la Cartella Parallela registra tutte le altre informazioni/stati d’animo/pensieri di clinico e paziente non registrabili nella cartella clinica. Il progetto prevede anche la realizzazione di incontri di gruppo, gestiti da una Infermiera di Diabetologia coadiuvata da una Psicologa Clinica, con la finalità di far emergere le ipotesi dei pazienti riguardo alla loro condizione di salute, le differenze e le connessioni di significati attribuiti ai disturbi legati alla condizione di malattia, le espressioni empatiche con il paziente e tra pazienti.

RISULTATI Dal 5 Ottobre al 2 Novembre 2016 sono stati condotti n. 5 incontri di gruppo, con cadenza settimanale, della durata di circa 3 ore ciascuno, finalizzati alla conduzione del progetto al quale hanno aderito n. 23 pazienti, di cui 15 maschi ed 8 femmine, di età compresa tra 23 e 70 anni, affetti da Diabete di tipo 1 (14 pz) e di tipo 2 (9 pz). Tali incontri hanno dato la possibilità di sviluppare nuove strategie educative e di costruire spazi di riflessione, durante i colloqui, al fine di analizzare la direzione della storia che si stava co-costruendo con il paziente, dando potere al paziente stesso (empowerment), aiutandolo ad indirizzare la narrazione autobiografica e condividendo con lui le decisioni da prendere. Sono stati raccolti n. 23 elaborati redatti a cura dei pazienti, corrispondenti ad una aderenza al progetto del 100%. Dall’analisi degli elaborati raccolti si evince un migliore livello di consapevolezza ed accettazione della malattia, la partecipazione attiva e puntuale agli incontri di gruppo finalizzati alla condivisione dei vissuti emotivi, la costruzione originale e attenta delle storie che caratterizzano i vissuti dei pazienti coinvolti. Tutti i pazienti hanno manifestato un ottimo livello di gradimento riguardo alla progettualità ed alla costituzione del gruppo, che ha contribuito ad alimentare una fitta rete di rapporti interpersonali finalizzati alla condivisione dei vissuti emotivi legati alla malattia diabetica ed al reciproco sostegno ed empowerment rivolto all’aumento delle capacità di coping e di automonitoraggio del proprio livello di salute.

LIMITI La necessità di dover adattare di volta in volta il linguaggio narrativo all’interlocutore richiede un periodo di affinamento della metodica. La presa in carico assistenziale della persona assistita richiede agli operatori lo sviluppo di competenze specifiche. Le riunioni di gruppo, svolte dalle ore 19 alle 22 al fine di consentire la partecipazione di tutti i pazienti, sono state svolte al di fuori dell’orario di apertura al pubblico dell’ambulatorio.

CONCLUSIONI I risultati ottenuti hanno fatto sì che il gruppo dei “Braccialetti Blu”, inizialmente costituito in maniera informale e su base volontaria poco più di un anno a cura di una infermiera di diabetologia al fine di creare un canale “lean” di comunicazione rivolto all’educazione sanitaria e terapeutica, abbia acquisito una propria identità di valori positivi ed innovativi tali da caratterizzarsi come un valido esempio di “change management” nel sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie rivolte ai pazienti diabetici all’interno dell’Azienda, soprattutto considerato l’elevato gradimento manifestato dai pazienti coinvolti.

Indirizzo per la corrispondenza

Di Renzo Maurizio Rivera, Infermiere
Distretto Sanitario di Lanciano - U.O. Assistenza Domiciliare Integrata/Assistenza Residenziale e Semiresidenziale
Via Don Minzoni - 66034 - Lanciano
Email: maurizio.direnzo@asl2abruzzo.it

124. Una nuova realtà: l'emodialisi extracorporea domiciliare con una sistema rivoluzionario

Ralli Chiara, Imperiali Patrizio, Duranti Ennio

UOC Nefrologia e Dialisi Presidio Ospedaliero di Arezzo

BACKGROUND L'emodialisi extracorporea domiciliare (ED), che aveva suscitato nel passato grande interesse, non ha mantenuto le promesse attese per la complessità e per l'impegno familiare nella gestione del trattamento. Dagli Stati Uniti è stato proposto il Sistema NxStage One portatile, commercializzato anche in Italia e pensato per l'utilizzo domiciliare.

OBIETTIVI È stato valutato un gruppo di pz in Emodialisi Domiciliare, già da un periodo medio di circa un anno, confrontando il periodo di Dialisi Ospedaliera verso il periodo di Dialisi Domiciliare per valutare l'efficacia e la sicurezza, nel tempo, di una metodica che potrebbe essere estesa, nel tempo a più pazienti. La possibilità di espansione della metodica a tutti coloro che potrebbero essere in grado di gestirla porterebbe senz'altro a cospicui risparmi economici, tenuto conto che il costo medio /pz della Emodialisi in Ospedale si aggira sui 60000 euro / annui contro i 27-30000 euro / annui dell'Emodialisi Domiciliare.

METODI 9 pazienti in emodialisi cronica, 5 maschi e 4 femmine, di età media di 55±5anni, età dialitica 102±135mesi, dopo un periodo di circa 15 giorni di training, con partner giudicato idoneo, sono stati avviati al trattamento ED con Sistema NxStage (9±6 mesi): 5/6 sedute dialitiche settimanali della durata di circa 150/180 minuti. In tutti i pazienti è stata valutata la clearance settimanale secondo la formula di Leypoldt per Standard Kt/V, oltre al controllo bimestrale dei principali esami.

RISULTATI Il controllo ematico (Emodialisi Ospedaliera vs Emodialisi Domiciliare) effettuato dopo un mese dall'inizio dall'emodialisi domiciliare non mostrava differenze nella quantità di depurazione come mostrato dal KT/V settimanale (2.3 ± 0.5 vs 2.2 ± 0.7), mentre si dimostrava una riduzione dell'urea (161 ± 31 vs 136 ± 29 mg/dl), della creatinina (11.2 ± 1.7 vs 9.7 ± 1.4 mg/dl), della fosforemia (5.8 ± 1.4 vs 5.0 ± 1.1 mg/dl), con riduzione dei dosaggi di chelanti del fosforo (Sevelamer e Calcio Carbonato) e un aumento della calcemia (8.5 ± 0.8 vs 9.6 ± 0.6 mg/dl) e dell'emoglobina (10.3 ± 1.3 vs 11.7 ± 1.5 gr/dl) con riduzione delle dosi di eritropoietina (34.2 ± 10 vs 33.3 ± 10 mcg /sett di darbepoietina).

LIMITI Anche se difficilmente estendibile a pz senza care giver nel proprio ambito familiare, la metodica non ha creato nessun problema nell'addestramento del paziente e del partner durante il training ospedaliero e al domicilio. I pazienti hanno dimostrato grande entusiasmo all'inizio e durante l'utilizzo, potendo decidere in piena autonomia gli orari durante le 24 ore in base alle esigenze personali, oltre al più rapido recupero post dialitico.

CONCLUSIONI L'efficienza dialitica dell'Emodialisi Domiciliare è sovrapponibile al trattamento Ospedaliero, con una riduzione dei parametri metabolici e un aumento dei valori di emoglobina. Tale metodica migliora senz'altro il benessere psico-fisico del paziente, ne aumenta l'autonomia e l'immagine di se stesso.

Indirizzo per la corrispondenza

Duranti Ennio, Medico Chirurgo
Ospedale di Arezzo - San Donato - U.O. Nefrologia e Dialisi
Via Pietro Nenni - 52100 - Arezzo
Email: enniodil@libero.it

125. L'area dell'emergenza-urgenza e il D.M. n.70 del 2/4/2015: progettazione di un piano di gestione del sovraffollamento presso l'ASLTO3 della Regione Piemonte

Rebora Monica¹, Minniti Davide¹, Passi Stefano², Cibinel Gianalfonso¹, Boraso Flavio¹

¹ASLTO3, ²Università degli Studi di Torino

BACKGROUND Il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso (PS) è ostacolato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili (fisiche e/o umane). Il sovraffollamento non è dovuto all'aumento degli accessi, che sono relativamente stabili negli ultimi anni, ma all'aumento dei tempi di permanenza in PS dei pazienti da ricoverare nei reparti degli ospedali (per indisponibilità di posti letto), dopo il completamento della fase di cura in PS. Si tratta pertanto di un problema "universale" a tutti i sistemi sanitari e che riguarda tutta la filiera delle cure, dal territorio all'Ospedale. Le conseguenze del sovraffollamento si esplicano nella compromissione della qualità delle cure prestate, nel gradimento ridotto da parte dei pazienti, spesso conseguente alle condizioni precarie di degenza e nel rischio di "burn-out" del personale medico, infermieristico e di supporto operante in condizioni ad alto rischio clinico.

OBIETTIVI Definizione ed attuazione di un Piano di Gestione Sovraffollamento (PGS) a valenza aziendale alla luce delle indicazioni ministeriali del D.M. 70 del 2/4/2015 e delle Linee di Indirizzo Regionali al fine di contenere i tempi di permanenza in PS per tutti i pazienti. Gli obiettivi specifici individuati sono rappresentati da: - efficacia e tempestività della risposta sanitaria in pronto soccorso; - rispetto della dignità e del diritto di scelta per tutti i pazienti in cura in pronto soccorso; - appropriatezza ed efficienza delle attività svolte in pronto soccorso; - rispetto dei carichi e delle condizioni lavorative del personale operante in pronto soccorso.

METODI Dal punto di vista metodologico la progettazione del modello organizzativo si è strutturata nelle seguenti fasi: - fase1: definizione dei tempi standard di ogni fase del processo relativo all'area dell'emergenza-urgenza; - fase 2: definizione delle fasi di registrazione informatica dei tempi di processo per ogni paziente; - fase3: definizione degli indicatori (semplici e compositi) per il monitoraggio gestionale del sovraffollamento nell'area del Pronto Soccorso; - fase 4: definizione degli interventi proattivi (su risorse e/o organizzazione) e reattivi per la gestione del sovraffollamento nell'area del Pronto Soccorso.

RISULTATI Per il processo di gestione clinica del paziente dell'area emergenza-urgenza sono stati definiti i tempi standard specifici del processo (T arrivo-tipologia triage-risposta/). Il monitoraggio in tempo reale dei tempi di processi nonché la valutazione gestionale del sovraffollamento mediante indicatori semplici e compositi (NEDOCS) si è potuto garantire grazie alla rimodulazione del software di gestione dati in uso nei presidi aziendali. Per ogni Presidio Ospedaliero dell'ASLTO3 (Ospedale Spoke: P.O. Rivoli e P.O. Pinerolo, Ospedale di area disagiata: P.O. Susa) sono stati individuati le modalità di intervento più adatti alla gestione del sovraffollamento con scelta tra interventi proattivi sulle risorse (attivabili in anticipo rispetto a periodi di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza), interventi proattivi sull'organizzazione (attivabili stabilmente o in occasione di periodi di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza) ed interventi reattivi (attivabili in situazioni di sovraffollamento definite in base al superamento di soglie specifiche per gli indicatori adottati in ogni presidio). Nello specifico gli interventi proattivi sulle risorse si esplicano nella modulazione dell'impiego dei posti letto ospedalieri in base alla domanda emergente e nella modulazione degli organici di PS. Gli interventi proattivi sull'organizzazione sono rappresentati dalla definizione di percorsi fast-track, definizione di tempi standardizzati per consulenze e prestazioni di diagnostica e di laboratorio, potenziamento della figura di bed-management, attivazione di holding unit e discharge room ed infine potenziamento della disponibilità di letti territoriali per le dimissioni protette a partenza da PS/DEA ed ampliamento della possibilità di ricovero h24. gli interventi reattivi, attivabili in situazioni di sovraffollamento, si differenziano a risposta rapida (implementazione risorse, ricovero indipendente dalla natura clinica, inserimento di letti bis) o intermedia (riduzione dell'attività ordinaria con recupero di personale da destinare temporaneamente alla Mcu).

LIMITI Il progetto si è concluso a novembre 2016. È previsto lo start-up della fase pilota con durata sei mesi a cui seguiranno i risultati preliminari.

CONCLUSIONI Numerose sono le esperienze regionali, ma tale progetto rappresenta a livello aziendale un modello organizzativo unico nel suo genere e con caratteri innovativi rispetto all'attuale scenario organizzativo dell'area emergenza-urgenza.

Indirizzo per la corrispondenza

Passi Stefano, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Torino -Scuola di Medicina - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: stefano.passi@unito.it

126. Indagine delle conoscenze sull'epilessia negli studenti del terzo anno di infermieristica e del sesto anno di medicina

Regnicoli Februa¹, Marchetti Mara², Cesaroni Elisabetta¹, Pistelli Giulia²

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

BACKGROUND Indagine delle conoscenze sull'epilessia negli studenti del terzo anno di Infermieristica e del sesto anno di Medicina. Nella letteratura internazionale è presente un solo articolo relativo alle conoscenze sull'epilessia tra gli studenti di Infermieristica ("Knowledge, attitudes and practices with respect to epilepsy among student nurses and laboratory assistants in the South West Region of Cameroon"). Si ritiene che l'infermiere abbia un ruolo fondamentale nell'assistenza e nella gestione ed accettazione della malattia da parte della persona che soffre di epilessia.

OBIETTIVI Lo studio è stato progettato per valutare le conoscenze sull'epilessia degli studenti di Infermieristica e Medicina dell'ultimo anno di corso dell'Università Politecnica delle Marche, polo di Ancona. Obiettivo secondario della tesi è eseguire una comparazione dei risultati tra le popolazioni: Studenti Infermieristica e Studenti Medicina Insegnanti delle scuole primarie dopo la formazione ricevuta (indagine effettuata nell'anno 2013 "An educational campaign about epilepsy among Italian primary school teachers. 2.The results of a focused training program" Mecarelli et al.).

METODI Studio osservazionale sulle conoscenze dell'epilessia di due popolazioni di studenti in Infermieristica e Medicina nel mese di luglio 2016 tramite questionario on-line pubblicato su un gruppo chiuso di social network.

RISULTATI Mettendo a confronto entrambe le popolazioni (St. Inf e St. Med), esse sono state in grado di rispondere alle domande in maniera appropriata. Non ci sono grandi differenze tra le risposte date dagli studenti di Infermieristica e di Medicina. Dal punto di vista pratico, metà degli studenti di Infermieristica e di Medicina, non ha mai visto una convulsione. Facendo una comparazione tra le tre popolazioni, emerge che: Alla domanda "Quante persone sono colpite da epilessia?", gli studenti di Medicina non hanno buone conoscenze sulla frequenza della malattia, solo il 18% di essi ritiene che 1 persona su 100 sia colpita da epilessia. Alla domanda "Nel caso di una convulsione cosa faresti?", tutte e tre le popolazioni come prima opzione hanno scelto la risposta: "Sdraiare il bambino a terra e attendere la fine dell'attacco". Come seconda opzione invece, il 56,5% degli insegnanti chiamano l'ambulanza mentre il 15% degli studenti di Infermieristica e il 36% degli studenti di Medicina somministrano farmaci endorettali. Alla domanda "quale dei seguenti sport pensi che non sarebbe raccomandabile per una persona con epilessia", tutte e tre le popolazioni come prima opzione hanno scelto la risposta: immersione subacquea. Come seconda opzione invece, un'elevata percentuale degli insegnanti dopo la formazione ricevuta rispetto agli studenti di Infermieristica e di Medicina pensa che la box non sia raccomandabile.

LIMITI Per il reclutamento della popolazione da indagare è stato pubblicato un avviso su social network di questionario on-line con titolo della ricerca e spiegazione circa il fatto che c'erano possibili risposte corrette, ma andava selezionava una sola risposta da parte dello studente. La popolazione Infermieristica è stata indagata al 100% con risposta dell'82%, per la popolazione Medica si è effettuato un campionamento.

CONCLUSIONI Rispetto allo studio Alfred K. Njamnshi, 2010 trovato in merito a questo tema, i risultati sono sovrapponibili per quanto riguarda il livello di conoscenze dell'epilessia, anche se il 15,3% degli St. Inf nella regione del Cameroon pensa che l'epilessia sia una forma di malattia psichiatrica, a differenza del 6% degli St. Inf di Ancona. Il 6% degli St. Inf del Cameroon pensa che l'epilessia sia trattabile con la medicina tradizionale, mentre un'elevata percentuale, 96%, degli St. Inf di Ancona, pensa che l'uso di farmaci specifici possa gestire la malattia. Dal punto di vista pratico, i risultati non sono sovrapponibili: solo il 49% degli St. Inf di Ancona ha visto una convulsione mentre vi è un'elevata percentuale l'88,5% tra gli St. Inf del Cameroon. Le due popolazioni di studenti di Infermieristica e di Medicina conoscono bene la malattia "Epilessia" come si evince dalle risposte alle domande "cos'è l'epilessia" e "come gestirla", quindi si deduce che la formazione universitaria ricevuta da queste due popolazioni sia adeguata, anche se la metà degli studenti di entrambe le popolazioni non hanno mai assistito ad una crisi epilettica/convulsione. Eseguendo la comparazione tra le tre popolazioni indagate, nel complesso non si rilevano grandi differenze di comportamento e di conoscenze sull'epilessia ma dal punto di vista assistenziale è evidente che gli St. Inf e gli St. Med, entrambi aventi conoscenze scientifiche a differenza degli insegnanti che hanno conoscenze umanistiche, sono più preparati.

Indirizzo per la corrispondenza

Pistelli Giulia, Infermiere
Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Nessuna
Via Tronto, 10B - Fraz. Torrette - 60020 - Ancona
Email: giulia.pistelli@alice.it

127. Programma vaccinale pediatrico: studio sulla conoscenza e aderenza

Rinaldi Katia, Fiorani Catia, Bacaloni Simona, Stefani Stefania, Fiorentini Rita, Airini Barbara

Università politecnica della Marche sede di Macerata

BACKGROUND L'evidenza del ruolo sociale e del valore etico ed economico delle vaccinazioni risulta fondamentale per pensare alla prevenzione come un sistema di "investimento" in salute. I vaccini si collocano senza dubbio tra gli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica. Nello studio condotto da Boccalini si evidenzia che, grazie alla vaccinazione contro l'epatite B nel ventennio trascorso, sono state evitate 127.000 infezioni, 14.600 casi di epatite, con un risparmio di 81 milioni di euro. Secondo le stime dell'OMS, nel mondo muoiono un milione e mezzo di bambini per malattie prevenibili con una semplice vaccinazione e quasi il 40% delle morti infantili prevenibili nel mondo è dovuto al morbillo. Il beneficio è sia diretto, derivante dalla vaccinazione stessa, sia indiretto, in virtù della creazione di una rete di sicurezza a favore dei soggetti non vaccinati. Il fatto che nell'ultimo anno le coperture vaccinali pediatriche in Italia siano scese al di sotto del 95%, soglia raccomandata dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, conferma che è cresciuto il fenomeno del rifiuto delle vaccinazioni. Sono nate diffidenze e atteggiamenti negativi da parte dei genitori, i quali sono sensibili alla fallacia logica del "post hoc ergo propter hoc" ovvero "dopo questo quindi a causa di questo" e la paura dell'autismo è un esempio visibile di questo fenomeno, spesso alimentato da siti web e Social Media.

OBIETTIVI Il presente studio si pone l'obiettivo di indagare il livello di aderenza alle vaccinazioni, valutando le conoscenze e le opinioni dei genitori.

METODI È stato realizzato uno studio osservazionale di coorte attraverso una ricerca bibliografica sulla banca dati Medline e attraverso la partecipazione ad un progetto denominato "Chi dovrebbe essere vaccinato e perché: toolkit per l'azione nella società in evoluzione" promosso dall'Istituto Superiore di Sanità. L'indagine è diretta ai genitori di bambini con età compresa tra i 16-36 mesi, i quali sono stati suddivisi in 2 coorti, una composta da 50 genitori laici, reclutati nell'ambito di ambulatori pediatrici e asili nido della provincia di Macerata, l'altra da 15 infermiere e studentesse di Infermieristica. Come strumento di indagine è stata utilizzata una parte del questionario anonimo realizzato e validato dall'Istituto Superiore di Sanità: "INDAGINE SUI DETERMINANTI DELLE SCELTE VACCINALI", selezionando 27 items ritenuti significativi ad indagare l'ipotesi di studio.

RISULTATI Dai risultati ottenuti emerge con evidenza che la maggior parte dei genitori, nonostante decidano di vaccinare i loro bambini, hanno paura dei danni e delle reazioni che si possono manifestare. Tale dato risulta essere conforme in entrambe le coorti. Altro risultato significativo riguarda il ridotto livello di conoscenza dei vaccini da parte dei genitori: alla domanda se gli operatori diano informazioni sui benefici dei vaccini ma non sui rischi, la maggioranza dei genitori risponde in maniera affermativa. Infatti 20 laici e 11 sanitari si considerano poco o non adeguatamente informati al momento della decisione di vaccinare il loro bambino. Riguardo un tema molto discusso da parte dei mass media e della letteratura scientifica sul fatto che i vaccini provochino l'autismo, la questione continua a suscitare perplessità visto che numerosi genitori sostengono di non avere alcuna opinione. Dai dati sulle fonti di informazione è evidente che entrambe le coorti considerano poco attendibili le associazioni contrarie alle vaccinazioni e la rete internet, mentre esprimono la loro fiducia verso figure sanitarie come il pediatra di famiglia, medici e infermieri del servizio vaccinazioni. I risultati emersi sono coerenti con la ricerca condotta da Pallavicino, il quale sottolinea che la principale motivazione del rifiuto delle vaccinazioni è la paura degli effetti collaterali. Mentre Berezin mette in luce la possibilità di pensare a due mondi distinti della vaccinazione pediatrica: da un lato l'imagining risk, dall'altro il pensiero di essere a rischio, sottolineando come la percezione del rischio sia strettamente collegata alla fiducia e alla valutazione della sicurezza.

LIMITI Il limite dello studio è rappresentato dalla ristrettezza del campione, una parte del quale è stato indicato dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha predisposto la numerosità campionaria per la provincia di Macerata.

CONCLUSIONI Dallo studio è emerso che sia i laici sia i sanitari aderiscono al programma vaccinale, ma continuano ad avere dubbi e perplessità. È dunque responsabilità dei professionisti della salute dispensare informazioni basate sulle evidenze scientifiche e orientare i genitori verso scelte più consapevoli, razionali e idonee per la salute del bambino, attraverso l'instaurazione di una relazione di fiducia basata sull'empowerment, il dialogo chiaro, comprensibile e la comunicazione diretta.

Indirizzo per la corrispondenza

Rinaldi Katia, Infermiere
Corso di Laurea Triennale in Infermieristica - Sede di Macerata - Nessuna
via Pancalducci, 2 - 62100 - Macerata
Email: katiarinaldi1994@libero.it

128. Le conoscenze e competenze degli infermieri nella gestione della stomia pediatrica

Rosiglioni Diletta¹, Marchetti Mara², Giuliani Rosella³

¹Libera Professionista, ²Università Politecnica delle Marche, ³AOU Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND Il bambino non è un piccolo adulto, ma appartiene ad una classe di assistiti a sé, per cui necessita di cure appropriate. Italia, sono circa 20 mila per pazienti di età inferiore ai 18 anni (Atti del 2° Congresso Regionale Area Pediatrica, Alghero 2016) le stomie confezionate ogni anno. Le cause principali che comportano l'evento stomia sono legate per lo più a malformazioni del tratto intestinale (MAR), a cause ostruttive e a malattie infiammatorie come la NEC (enterocolite necrotizzante), per la quale negli anni 2007-2013, la prevalenza riportata dal Vermont Oxford Network (VON) è stata del 6,8%, mentre in Italia è stata del 4,3% (Morgan JA, Young L, McGuire W. Pathogenesis and prevention of necrotizing enterocolitis. Current Opinion in Infectious Diseases 2011, 24:183–189). La stomia deve essere trattata con cura, in quanto i neonati, specialmente se prematuri, sono soggetti ad un elevato rischio di insorgenza di complicanze, a causa delle loro caratteristiche fisio-metaboliche e alla cute estremamente sensibile, che va incontro a dermatiti e prolapsi con molta facilità.

OBIETTIVI Indagare sulle conoscenze degli infermieri prima e dopo un corso di formazione, attivato per aumentare le loro competenze e migliorare il loro approccio alla stomia pediatrica.

METODI Lo studio è di tipo osservazionale. È stata condotta una revisione della letteratura, utilizzando banche dati come PubMed, e mediante ricerca libera su Internet, considerando esclusivamente articoli scientifici, spesso non riferiti pienamente alla sfera pediatrica. Successivamente è stato progettato e realizzato un corso di formazione con modalità ECM. Popolazione di studio: 16 infermieri della SOD di Chirurgia Pediatrica dell'Ospedale Salesi dell'Azienda OU Ospedali Riuniti di Ancona, con partecipazione volontaria e anonima. Sono state valutate le loro conoscenze prima e dopo un corso di formazione ECM sulla stomaterapia. Strumento di indagine: ai candidati, è stato somministrato un questionario composto da 24 domande a risposta multipla, elaborato appositamente per la struttura del corso tenutosi in data 14 Ottobre 2016, presso la sede sopracitata. Il Corso è stato suddiviso in due fasi: nella prima parte hanno preso la parola i medici della SOD, trattando argomenti quali: la stomia urinaria e intestinale, le cause, le tecniche di confezionamento e le complicanze principalmente diffuse nel bambino; mentre nella seconda parte della giornata, un'infermiera esperta stomaterapista dell'Ospedale Pediatrico Buzzi di Milano, ha illustrato ai presenti aspetti relativi al management infermieristico nel neonato e nel bambino portatore di stomia e della sua famiglia, con dimostrazioni tecniche della gestione della stomia e delle sue complicanze, concludendo con pillole di assistenza riabilitativa e una pianificazione di un progetto di cura.

RISULTATI Prima del corso i candidati avevano conseguito il 65,8% delle risposte corrette e il 34,2 % delle risposte errate. Le carenze risultavano principalmente presenti nelle caratteristiche e nei tempi di sostituzione dei presidi nell'immediato post operatorio, nella fase di riabilitazione e follow up del bambino. In seguito al corso di formazione le risposte corrette sono salite del 23,8%, per un totale di 89,5%, mentre le risposte errate sono diminuite al 10,5%, indicando un netto miglioramento, ma in corrispondenza di alcuni quesiti, l'incidenza di errore è rimasta invariata o aumentata, soprattutto per quanto riguarda le caratteristiche dei presidi di cura. Al termine dell'attività formativa, oltre ai questionari di valutazione, sono stati somministrati ai soggetti campione di studio, dei questionari di gradimento del corso, che è stato considerato efficiente e stimolante. Per l'89% dei candidati infatti, il corso è stato valutato come "ottimo" attraverso un punteggio di 5.

LIMITI L'indagine è stata svolta come studio unicentrico, e improntato come studio osservazionale, prendendo in considerazione un argomento di nicchia, ma non per questo meno importante, specifico e poco trattato in letteratura.

CONCLUSIONI Gli infermieri hanno arricchito le loro conoscenze e competenze nell'ambito della stomia pediatrica, ed è nata l'idea di allestire un ambulatorio di follow-up stomaterapico, prettamente impostato a favore dei piccoli pazienti stomizzati e delle loro famiglie, per migliorare la loro qualità di vita nella delicata fase di post dimissione. Sarebbe utile approfondire l'argomento con ulteriori corsi di formazione ed estendendo lo studio ad un campione più ampio; potrebbe anche risultare utile sottoporre agli infermieri già formati, un re-test a distanza di 4/6 mesi dal corso, per valutare se le conoscenze apprese sono state assimilate correttamente e mantenute nel tempo.

Indirizzo per la corrispondenza

Rosiglioni Diletta, Infermiere
CONTATTI SENZA AZIENDA DI APPARTENENZA - Nessuna

- -

Email: dilettarosiglioni@gmail.com

129. Interruzione volontaria di gravidanza: sperimentazione e valutazione dell'efficacia di un opuscolo multilingue nei consultori familiari dell'ASL TO4

Rossin Sara¹, Auletta Gaetano², Guala Andrea³, Finale Enrico³

¹Università degli Studi di Torino, ²Università degli Studi del Piemonte Orientale, ³ASL VCO

BACKGROUND Il consultorio familiare rappresenta la struttura principale a cui donne italiane e straniere si rivolgono per richiedere un'interruzione volontaria di gravidanza. Ogni donna che si rivolge al servizio intraprende un percorso assistenziale che nella totalità dei casi inizia con un colloquio verbale di presa in carico, ma talvolta, l'informazione trasferita alla donna rimane puramente verbale, infatti sovente non viene fornito materiale informativo di supporto, scelta non in linea con le raccomandazioni regionali e gli standard europei. Lo studio nasce in seguito ad un periodo osservativo svolto all'interno dei consultori familiari dell'ASL TO4, che ha permesso di seguire da vicino un gruppo di donne che ha richiesto un'interruzione volontaria di gravidanza. Trattandosi di un percorso districato tra molti servizi, sprovvisto per ragioni di costi di un mediatore culturale ed improntato su una gestione che non prevede l'ausilio di materiale informativo, si è pensato di creare uno strumento ad hoc da poter sperimentare all'interno dei consultori familiari, ponendo particolare attenzione alle diversità linguistiche presenti sul territorio. Questo perché risulta fondamentale rendere la donna parte attiva del processo decisionale relativo alla sua salute, tenendo in considerazione l'aspetto culturale, psicologico, sociale ed economico che l'ha portata ad effettuare questa scelta.

OBIETTIVI Valutare l'efficacia di un opuscolo multilingue per supportare la donna durante il percorso di interruzione volontaria di gravidanza in un contesto privo di mediatori culturali, attraverso due questionari autocompilativi pre e post somministrazione del materiale informativo.

METODI Lo studio sperimentale si è articolato in tre fasi: nel Settembre 2014 è stata effettuato il periodo osservativo; da Settembre 2015 a Gennaio 2016 è stata creato ex novo l'opuscolo informativo attraverso una revisione della letteratura, che ha selezionato principalmente materiale informativo utilizzato nel Regno Unito. Sulla base delle aree tematiche selezionate sono stati creati due questionari, il primo è stato somministrato antecedentemente il colloquio di presa in carico del servizio, il secondo alla visita di controllo effettuata al termine del processo assistenziale, entrambi hanno indagato il grado di soddisfazione per la qualità del servizio offerto e il grado di conoscenza inerente l'interruzione volontaria di gravidanza. A tutte le donne che hanno accettato di partecipare allo studio durante il colloquio è stato consegnato l'opuscolo. Da Maggio ad Agosto 2016 è avvenuta la sperimentazione e la raccolta dati. Sia l'opuscolo che i questionari valutativi sono stati resi disponibili in lingua italiana, inglese, francese e rumena.

RISULTATI Il confronto è stato effettuato su un totale di 38 questionari: rispettivamente 21 questionari compilati antecedentemente alla consegna dell'opuscolo, di cui 4 in lingua straniera, e 17 questionari compilati al termine del processo assistenziale, di cui 4 in lingua straniera. Dall'analisi dei questionari compilati antecedentemente la somministrazione dell'opuscolo è emerso che: il 54% delle donne avevano una precedente storia di IVG; nel 64,71% dei questionari compilati in lingua italiana e nel 100% dei questionari compilati in lingua straniera viene segnalato il desiderio di ricevere materiale informativo, e come prima preferenza si riscontra quella di un opuscolo scritto, seguito da sito web e CD-ROM. I dati inerenti il questionario post opuscolo indicano che nel 92,3% dei questionari compilati in lingua italiana e nella totalità di quelli compilati in lingua straniera è stato espresso un giudizio uguale o superiore a 6 rispetto alla soddisfazione per lo strumento creato (range da 1 a 10), inoltre risulta un incremento delle risposte corrette nel questionario compilato, inerente i temi dell'interruzione volontaria di gravidanza, sia per i questionari compilati in lingua italiana che straniera, in particolar modo nel primo caso si è passati da 5,76 punti/12 a 7,61 punti/12 mentre nel secondo caso da 5 punti/12 a 6,5 punti/12.

LIMITI Il campione selezionato risulta troppo ridotto per poter produrre dati statisticamente significativi.

CONCLUSIONI I dati hanno evidenziato una soddisfazione superiore al 90% da parte delle donne che hanno partecipato allo studio rispetto allo strumento creato. Sarebbe opportuno, vista anche l'assenza di materiale informativo a livello nazionale, al fine di poter dimostrare una reale efficacia nell'associazione di uno strumento informativo alla comunicazione verbale nei casi di richiesta di interruzione volontaria di gravidanza, eseguire ulteriori indagini per periodi prolungati in zone con un bacino di utenza maggiore e di elevata multiculturalità.

Indirizzo per la corrispondenza

Rossin Sara, Infermiere
Università degli Studi di Torino -Scuola di Medicina - Nessuna
Corso Bramante, 88/90 - 10126 - Torino
Email: sara.rossin@hotmail.com

130. Ippoterapia ed equitazione terapeutica come trattamento nella cura di bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico

Rubboli Federica

Università di Bologna

BACKGROUND Negli ultimi mesi si sta assistendo in Italia ad una significativa evoluzione nel campo della medicina alternativa con l'utilizzo dell'ippoterapia o dell'equitazione terapeutica, in particolare nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico (Bass et al. 2009, Borge et al. 2015). All'infermiere sono richieste sempre maggiori competenze educative, tecnico-organizzative e gestazionali per garantire una buona qualità di assistenza infermieristica e ciò non può prescindere dal conoscere le nuove terapie riconosciute dalla letteratura: l'ippoterapia e l'equitazione terapeutica rappresentano un valido supporto alle terapie attuali per il trattamento dei bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico, data la loro efficacia e il loro sostegno dimostrato negli ultimi anni (Ward et al.2013, Gabriels et al.2015, Lanning et al. 2014).

OBIETTIVI L'obiettivo è quello di dimostrare l'efficacia e la validità dell'ippoterapia e dell'equitazione terapeutica come scelte di trattamento per i bambini affetti da disturbo dello spettro autistico(ASD) valutando un possibile miglioramento nel campo fisico, psicologico e sociale. Si vogliono inoltre valutare i risultati forniti dalla sola ippoterapia o riabilitazione equestre in forma esclusiva e in combinazione con altre terapie.

METODI I dati riportati nello studio sono stati estrapolati dagli articoli selezionati attraverso la ricerca su PubMed, Medline, CINAHL ed in ultimo COCHRANE. Metodo: La revisione di letteratura è stata condotta attraverso una ricerca sulle banche dati: a partire dalle parole chiave, in inglese, e usando limiti di ricerca e criteri di selezione sono stati reperiti 10 articoli. Le parole chiave sono state selezionate dal quesito di ricerca, formulato secondo metodologia PICO e tradotto in lingua inglese. Ogni articolo selezionato è stato valutato poi criticamente, ed è stata fatta una sintesi qualitativa e quantitativa dei risultati.

RISULTATI Dei dieci articoli presi in esame per valutare l'efficacia del trattamento con ippoterapia o equitazione terapeutica, nove consigliano la terapia con il cavallo come intervento vantaggioso nel trattamento dei bambini o adolescenti con disturbo dello spettro autistico. Di questi nove, quattro consigliano l'ippoterapia o l'equitazione terapeutica come terapia alternativa da utilizzare da sola; mentre gli altri cinque consigliano l'utilizzo dell'ippoterapia e dell'equitazione terapeutica come terapia complementare ad altre terapie. Solo uno, una revisione di letteratura, va ad individuare dopo un'analisi degli articoli selezionati quali sono i benefici dell'ippoterapia per tutti quei bambini con patologie croniche tra cui il disturbo dello spettro autistico.

LIMITI I risultati della presente revisione dovrebbero essere interpretati con cautela in quanto sono presenti alcuni limiti: quattro studi non presentano un gruppo di controllo ma solo un campione di bambini sottoposti a ippoterapia o equitazione terapeutica, perciò non è possibile confrontare i risultati ottenuti, tutti gli studi, ad eccezione di uno, hanno un campione molto piccolo di bambini, non sono presenti studi in doppio cieco, molti studi hanno come unico valutatore il genitore o l'insegnante che potrebbe sviluppare bias legati alla soggettività all'interno della ricerca. Inoltre tutti gli studi per misurare i risultati utilizzano delle scale validate ma diverse tra di loro quindi non esiste uno strumento di valutazione uguale per tutti gli articoli selezionati.

CONCLUSIONI L'ippoterapia e l'equitazione terapeutica hanno evidenziato importanti e significativi miglioramenti nel trattamento dei bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico; un incremento significativo si è visto nel miglioramento della qualità di vita, nel controllo motorio e posturale, e nell'interazioni sociali con gli altri e l'ambiente esterno. Lo scopo della terapia con il cavallo è proprio quello di migliorare la qualità della vita del paziente, ed una delle difficoltà riscontrate fino ad oggi è stata l'incapacità delle terapie attuali per il disturbo dello spettro autistico di contribuire al raggiungimento. Tale elaborato di tesi ha indagato su questa nuova realtà alternativa, la quale è approdata già negli anni ottanta in Italia ma solamente da una decina di anni si è sviluppata considerevolmente, e di cui tutti gli infermieri dovrebbero ampliare le proprie conoscenze per poter garantire un'ottima qualità dell'assistenza extraospedaliera ad una patologia cronica e invalidante come il disturbo dello spettro autistico.

Indirizzo per la corrispondenza

Rubboli Federica, Studente
Università degli Studi di Bologna - Nessuna
Via Zamboni, 33 - 40126 - Bologna
Email: federica.rubboli@studio.unibo.it

131. Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria riabilitativa per acuti nella Azienda Ospedaliera di Perugia attraverso il processo di gestione informatizzata delle richieste di consulenza secondo un criterio di Triage Riabilitativo

Saiu Maria Pia, Mencacci Marco, Rosi Piero, Carnio Gabriella, Pacchiarini Diamante, Area Professionale Riabilitativa

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND Lo scopo di questo lavoro è quello di analizzare il processo che ha visto il passaggio di informatizzazione della consulenza riabilitativa all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, per migliorare l'appropriatezza organizzativa in riabilitazione. L'intero processo di invio richiesta, presa in carico e refertazione è stato dematerializzato e portato su piattaforma informatica. L'utilizzo di un sistema integrato con gli altri software clinici ha rappresentato un passo fondamentale per migliorare l'appropriatezza, rendendo immediatamente chiare e leggibili le informazioni del paziente, il quesito diagnostico, la documentazione clinica e assistenziale. L'Area Professionale Riabilitativa è stata indicata dalla Direzione Aziendale come primo servizio che ha sperimentato questo nuovo modello. Dal punto di vista organizzativo, avere tracciabilità dei tempi e degli operatori coinvolti nel processo, migliora sia l'efficienza, sia la qualità del servizio erogato, facilitando l'applicazione del triage riabilitativo, necessario per definire il grado di urgenza riabilitativa.

OBIETTIVI Raggiungimento dell'appropriatezza organizzativa riabilitativa attraverso un processo di gestione informatizzata e di un sistema di Triage riabilitativo.

METODI L'analisi retrospettiva ha previsto il confronto tra consulenza cartacea e quella informatizzata, con indicatori riferiti a volume generale di attività riabilitativa e livello di appropriatezza organizzativa del sistema triage con il tempo di risposta riabilitativa (presa in carico) come indicatore di processo. Il periodo posto in analisi è della durata di un anno solare, da Settembre 2013 a Settembre 2014, periodo di riferimento dei dati della consulenza cartacea, e da Settembre 2015 a Settembre 2016, periodo di riferimento dati della consulenza informatizzata. La scelta dei determinati periodi presi in esame è stata posta in un'ottica di equità di personale coinvolto, e soprattutto periodi di massimo regime di applicazione sul campo di entrambe le metodiche di consulenza. Per la parte informatizzata la riorganizzazione del processo ha previsto un sistema Triage che identifica tre diverse fasce di urgenza: - Rosso (Immediato): entro 1 ora - Giallo (Urgente): non oltre 12 ore (lavorative) se la richiesta viene inviata entro le 12:00, altrimenti entro 24 ore - Bianco (Ordinario): 24/48 ore (lavorative).

RISULTATI Volume attività riabilitativa in cartaceo: 3999/ volume ricoveri Aosp: 40.567 Percentuale di pazienti trattati sul totale di ricoveri: 9,8% Per un totale di 41.147 prestazioni Volume attività riabilitativa informatizzata: 5.406 / volume ricoveri Aosp: 40.216 Percentuale di pazienti trattati sul totale dei ricoveri: 13% Per un totale di 53.645 prestazioni Livello appropriatezza organizzativa Tempistica di presa in carico riabilitativa come indicatore di processo Pazienti con codice bianco/volume attività riabilitativa: 91,9% (tempo medio di presa in carico 49 ore e 47 minuti) Pazienti con codice giallo/volume attività riabilitativa: 8% (tempo medio di presa in carico 20 ore e 41 minuti) Pazienti con codice rosso/volume attività riabilitativa: 0,1% Con il sistema cartaceo non era possibile distinguere il grado di urgenza, in quanto non avendo tempi di erogazione definiti, la maggior parte delle richieste venivano inviate come urgenti. La rendicontazione avveniva in maniera manuale ogni sei mesi, con rischio di errori che si possono identificare in: • Mancata registrazione di richieste; • Medico richiedente; • Quesito diagnostico; • Reale urgenza; • Generalità del paziente; • Tempistica della presa in carico; • Nominativo dell'erogatore.

LIMITI Necessità di adeguamento delle risorse tecnologiche e infrastrutturali (dotazione di computer a reparto, server e rete dati performanti). Nonostante la Grande motivazione del personale della Area Professionale Riabilitativa, la collaborazione con la Direzione Aziendale, il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, il Servizio Informatico e la Formazione, si è riscontrata una difficoltà iniziale dovuta alla resistenza al cambiamento.

CONCLUSIONI La procedura informatizzata, con l'invio online delle richieste, garantisce la tracciabilità e la rendicontazione immediata. Grazie a questi elementi è possibile procedere alla riorganizzazione dell'attività riabilitativa, rispettando il grado di urgenza derivante dal triage riabilitativo. Dal punto di vista organizzativo, avere tracciabilità dei tempi e degli operatori coinvolti nel processo, migliora sia l'efficienza, sia la qualità del servizio erogato, facilitando l'applicazione del triage riabilitativo, necessario per definire il grado di urgenza riabilitativa. Il Raggiungimento dell'appropriatezza organizzativa riabilitativa attraverso un processo di gestione informatizzata è il primo passo per definire al meglio un processo riabilitativo in un ospedale per Acuti.

Indirizzo per la corrispondenza

Biscontini Devid, Podologo

Azienda Ospedaliera di Perugia - S.I.O.Te.R. - Servizio Infermieristico, Ostetrico, Tecnico Sanitario e della Riabilitazione
Piazzale Giorgio Menghini - 06122 - Perugia

Email: devidbiscontini@yahoo.it

132. Il percorso assistenziale del paziente cronico polipatologico complesso: dall'acuzie alla diagnosi alla gestione nella rete della Medicina Interna. Evidenze preliminari sul ruolo diagnostico della Medicina Interna ospedaliera in un sistema integrato

Scotti Emilio¹, Pietrantonio Filomena², Alessi Elena¹, Leardi Maria Grazia¹, Gerardi Francesca¹, Rainone Marianna¹, Vesprini Elisa¹

¹Istituto Neurotraumatologico Italiano Divisione Grottaferrata, ²ASST del Garda

BACKGROUND Nonostante il ruolo centrale della Medicina Interna nella gestione dei ricoveri in urgenza provenienti dal Pronto Soccorso, sia gli utenti che programmatori sanitari continuano ad avere una percezione ancora poco chiara di quale siano le caratteristiche distintive delle attività svolte dalla Medicina Interna. In base alle attuali evidenze presenti in Letteratura il ruolo delle Unità Operative di Medicina Interna è definito dalle seguenti attività: 1. Gestione del paziente acuto, critico, polipatologico e complesso; 2. Elaborazione di diagnosi eziologiche difficili; 3. Identificazione delle priorità in pazienti acuti polipatologici; 4. Promozione dell'integrazione ospedale-territorio agendo attivamente nel definire i percorsi dei pazienti affetti da patologie croniche e coordinando l'integrazione di diversi specialisti all'interno di una rete della Medicina Interna.

OBIETTIVI Con lo scopo di dimostrare il ruolo diagnostico della Medicina Interna a confronto con il ruolo prevalente di stabilizzazione del paziente, filtro e indirizzo diagnostico esercitato dal Pronto Soccorso (PS), è stato proposto e realizzato uno studio osservazionale retrospettivo per determinare la proporzione di diagnosi corrette effettuate dal Pronto Soccorso confrontate con le diagnosi finali con le quali i pazienti venivano dimessi dall'Unità Operativa di Medicina Interna.

METODI Uno studio pilota è stato realizzato presso l'Unità di Medicina Generale dell'INI. Utilizzando il metodo del consenso tra esperti è stata realizzata una griglia di valutazione delle diagnosi di Pronto Soccorso confrontate con la diagnosi finale di dimissione dalla Medicina Interna. Le diagnosi sono state definite come segue: 1. Gold standard diagnosis (diagnosi corretta), secondo ICD9 (9th International Classification of Diseases and Related Health Problems), effettuata in maniera indipendente da due medici di comprovata esperienza, specialisti in Medicina Interna, riportata nella lettera di dimissione; 2. Diagnosi di PS diagnosi effettuata dal medico di Pronto Soccorso e riportata nel verbale di accettazione o di trasferimento del paziente in Unità Operativa di Medicina Interna; 3. Errata priorità la diagnosi corretta appare come diagnosi secondaria nella diagnosi del PS; 4. Diagnosi incompleta: orientamento diagnostico senza una diagnosi precisa; 5. Diagnosi errata: la diagnosi corretta non è stata effettuata in PS. Sono definite le prime 13 diagnosi effettuate in PS in quanto più frequenti per numerosità all'interno del campione esaminato.

RISULTATI Sono stati inclusi nello studio 317 pazienti acuti senza patologia traumatica visitati in Pronto Soccorso e successivamente ricoverati in Medicina Interna da Giugno a Settembre 2016. I verbali di PS sono stati confrontati con le lettere di dimissione mediante applicazione della griglia di valutazione e analisi finale concordata in base ai criteri di diagnosi concordati. La diagnosi riportata nella lettera di dimissione della Medicina Interna è stata considerata gold standard diagnosis in quanto effettuata al termine di un percorso supportato da accertamenti diagnostici e applicazione di linee guida basate sull'evidenza. Nel 56,7% dei pazienti la diagnosi finale corrispondeva alla diagnosi di Pronto Soccorso, nel 32,8% la diagnosi di PS risultava errata e nel 10,5% risultava incompleta o con errata priorità. Le diagnosi più frequenti sono state: scompenso cardiaco, polmonite, insufficienza respiratoria, TIA, ICTUS, BPCO, Cirrosi, in linea con i più frequenti DRG in Medicina Interna a livello nazionale.

LIMITI I limiti dello studio sono rappresentati dall'essere uno studio pilota realizzato in una sola struttura di ricovero. Tuttavia il numero di casi considerati e la concordanza dei risultati ottenuti rispetto ai dati della Letteratura dimostrano come le evidenze preliminari rappresentino un valido punto di partenza per studi multicentrici successivi.

CONCLUSIONI I pazienti che si presentano in PS con sintomi acuti rappresentano una sfida diagnostica che nel 32,8% dei casi è chiarita dall'attività svolta dallo specialista in Medicina Interna durante il ricovero ospedaliero. Lo studio conferma il ruolo centrale della Medicina Interna nella definizione della diagnosi in pazienti acuti e complessi. L'adeguata definizione diagnostica è alla base del corretto inquadramento del paziente e della predisposizione del percorso assistenziale successivo in una rete della Medicina Interna che si fa carico, in modo integrato e interdisciplinare, delle diverse fasi delle patologie croniche, dall'acuzie al ricovero ospedaliero, al trasferimento in setting assistenziali a intensità di cura minore. Il ruolo dell'Internista ospedaliero appare di crescente interesse per la capacità di presa in carico del paziente e di coordinamento tra le diverse figure specialistiche e socio-sanitarie di riferimento necessarie all'opportuna definizione del percorso assistenziale del paziente.

Indirizzo per la corrispondenza

Pietrantonio Filomena, Medico Chirurgo
Ospedale Sant'Eugenio - U.O.C. Medicina I
Piazzale dell'Umanesimo, 10 - 00144 - Roma
Email: filomena.pietrantonio@gmail.com

133. L'applicazione del DM 70: l'esperienza della AUSL Toscana Sud Est

Serafini Andrea¹, Bechi Luigi², Falsetti Martina², Matarrese Daniela²

¹Università degli Studi di Siena, ²Azienda USL Toscana Sud Est

BACKGROUND Il DM 70 del 2015 ha ridefinito gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici dell'assistenza ospedaliera, dando alle aziende l'opportunità per una riclassificazione delle strutture ed una ridistribuzione delle reti. La LR 84 del 2015 in Toscana istituisce il Direttore della rete ospedaliera in ogni AUSL per assolvere a questo compito, mentre il Piano di Area Vasta sancisce obiettivi su: Rete oncologica, Reti per Patologie/Specialità, Rete Materno-infantile, Reti tempo-dipendenti.

OBIETTIVI L'obiettivo di questo lavoro è illustrare l'applicazione pratica del DM70 nella AUSL Toscana Sud Est, un'Azienda che comprende 13 Ospedali ed un'AOU Senese, sede di DEA di II livello, dal territorio molto vasto e caratterizzato da densità abitativa tra le più basse d'Italia, con tutti i problemi logistici che questo comporta.

METODI In osservanza del DM 70 gli Ospedali sono stati riclassificati in 4 classi in base ai posti letto, il numero dei ricoveri, gli accessi al PS e il bacino di utenza dell'anno 2015. Inoltre, per garantire i limiti di volume ed esito per alcune attività e valorizzare anche gli Ospedali di prossimità, sono stati previsti focus hospital, in cui ogni ospedale, oltre alle unità operative minime relative al proprio livello, ne possiede di specifiche che rappresentano la propria mission. Infine sono stati analizzati i flussi sanitari per riorganizzare le reti.

RISULTATI Sono stati individuati 2 Ospedali Provinciali di I Livello: Arezzo e Grosseto, che adempiono alla funzione di riferimento provinciale col maggior numero di posti letto e specialistiche disponibili; 3 Ospedali di riferimento Zonale: Campostaggia, Montevarchi e Nottola, la cui mission è la chirurgia d'urgenza, e nei primi 2 la gestione di accordi di confine con la AUSL Toscana Centro (a causa dell'elevata mobilità di confine); 5 Ospedali di riferimento Territoriale: Orbetello con vocazione per l'ortopedia protesica e chirurgia programmata, Cortona per PMA, Bibbiena con indirizzo chirurgico, Massa Marittima con focus su chirurgia della mano e della tiroide e sulla riabilitazione pneumologica, e Sansepolcro la cui mission è la chirurgia programmata ed ambulatoriale generale ed ortopedica; e 3 Ospedali di Prossimità: Castel del Piano specializzato in medicina ad indirizzo cardiologico e geriatrico, Abbadia S. Salvatore con vocazione chirurgica programmata e ambulatoriale, e Pitigliano con focus sulla medicina integrata. Oltre a questi, sono previsti focus su cataratta, chirurgia ginecologica, Ortopedia protesica e per segmenti. Il modello adottato nella nostra rete ospedaliera è stato quello orizzontale complanare: tale scelta è dovuta in parte alle caratteristiche del nostro territorio, molto vasto, poco popolato e spesso con spostamenti difficili, in parte per il parziale fallimento del sistema hub & spoke in altre esperienze. La rete ospedaliera ha inoltre contribuito a definire linee strategiche di sviluppo per: Oncologia: Day service per mammella, colon e polmone, miglioramento dei tempi di attesa e refertazione, melanoma unit Medicina: Progetto reti cliniche integrate e strutturate, centrale della cronicità ed ACOT, protocolli condivisi per trasferimenti pazienti, miglioramento indice di copertura per le medicine interne, rete endocrinologica e reumatologica insieme all'AOU Senese Chirurgie: rispetto dei parametri di volume-esito, riorganizzazione chirurgia d'urgenza, Rete e percorso trauma, percorsi per glaucoma, psoriasi e melanoma Cardio neuro vascolare: Miglioramento rete Ictus ed emergenza cardiologica, percorsi per piede diabetico, varici e rete diabetologica Materno infantile: formazione unica aziendale degli operatori, integrazione ospedale-territorio del percorso nascita, rete PMA di area vasta e ampliamento attività chirurgica ginecologica Emergenza urgenza: Reti tempo-dipendenti, Centrale operativa del 118 ed emergenza-urgenza territoriale.

LIMITI È una delle prime esperienze di applicazione pratica del DM 70, quindi non abbiamo avuto la possibilità di confrontarci con esperienze precedenti.

CONCLUSIONI I 13 Ospedali sono stati riclassificati nei cluster: I Livello, Zonali, Territoriali e di Prossimità in base ai posti letto, numero di ricoveri, accessi al PS e popolazione di riferimento; sono state sviluppate missioni specifiche e focus hospital anche per gli ospedali più piccoli, che vengono valorizzati e trovano così la loro funzione e specializzazione all'interno della rete, ed altri focus hospital sono in previsione. Inoltre sono state sviluppate linee strategiche come le reti trauma, Ictus, Emergenze cardiologiche, diabetologica, reumatologica, PMA e tempo-dipendenti; sono stati implementati numerosi percorsi specifici tesi ad omogeneizzare e ottimizzare i servizi in tutta l'azienda; infine sono stati migliorati i rapporti ospedale-territorio attraverso integrazione di percorsi e lo sviluppo di reti cliniche integrate e dell'ACOT.

Indirizzo per la corrispondenza

Serafini Andrea, Medico Chirurgo
Università degli Studi di Siena - Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze - Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo
Via delle Scotte - 53100 - Siena
Email: serandre85@gmail.com

134. L'ipotermia terapeutica nel post-arresto. Una revisione della letteratura

Sgattoni Giampaolo¹, Traini Tiziana¹, Fiori Cinzia², Troiani Silvano¹

¹Università Politecnica delle Marche sede di Ascoli Piceno, ²ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND Circa 2/3 dei malati ammessi in terapia intensiva non vengono dimessi vivi. Il danno neurologico è responsabile del 70% dei decessi ospedalieri oltre che di importanti sequele invalidanti (Fugate et al., 2012). Nonostante alcuni farmaci che bloccano la produzione di sostanze metaboliche tossiche abbiano dimostrato risultati promettenti in modelli animali, non hanno dimostrato invece di migliorare i risultati nei test clinici. Al momento l'unico trattamento efficace dimostrato è l'Ipotermia Terapeutica.

OBIETTIVI verificare l'efficacia dell'ipotermia terapeutica nel post-arresto cardiaco in modo tale da migliorare l'outcome neurologico.

METODI La ricerca della letteratura è stata effettuata nelle banche dati di Pubmed, Cinahl e Google Scholar, nel mese di luglio 2016 con le seguenti parole chiave: ("Hypothermia"AND"Therapeutics"AND"HeartArrest"). La ricerca si è basata su alcune keywords adottando il sistema PICO: (P) Patient: Adulti sopravvissuti ad arresto cardiaco; (I) Intervention: Raffreddamento del paziente a 32-34°C per 12-24 ore con sistemi esterni o interni; (C) Comparison: Pazienti trattati in condizioni di normotermia; (O) Outcome: Migliorare gli esiti neurologici dei pazienti sopravvissuti ad arresto cardiaco. Criteri di inclusione • pazienti > 18 anni, in arresto cardiaco sia extra che intra- ospedaliero; con ritmo defibrillabile e non; temperatura target 32÷34°C; presi in considerazione studi TTM, randomizzati e/o controllati, qualitativi, multicentrici, osservazionali. • studi pubblicati dal 2002 al 2014 in lingua inglese e italiana Criteri di esclusione • neonati; bambini; animali; • pazienti ischemici; politraumatizzati con instabilità emodinamica.

RISULTATI Di 38 articoli eleggibili, ne sono stati selezionati solo 14, perché rispettavano i criteri di ricerca. Dall'analisi della letteratura è emerso che ci sono stati risultati discordanti sull'utilizzo dell'ipotermia nei pazienti colpiti da arresto cardiaco. Dalle analisi effettuate sugli articoli scientifici si evince che i protocolli per l'induzione ed il mantenimento dell'ipotermia nei pazienti adulti privi di coscienza dopo essere stati rianimati da un arresto cardiaco extraospedaliero dovrebbero essere rivisti. Nonostante tutte queste discordanze, non vi sono degli articoli che indichino il non utilizzo di questa tecnica, ma vi è la necessità e l'esigenza di riuscire ad avere maggiori informazioni possibili riguardo questo metodo.

LIMITI Indisponibilità di articoli in italiano e di studi che non possono essere consultati in maniera integrale. In secondo luogo, la presenza di studi non recentissimi.

CONCLUSIONI L'ipotermia terapeutica è una procedura ancora non standardizzata. La limitazione più comune negli studi sull'utilizzo dell'ipotermia terapeutica post-arresto è la mancanza di protocolli per gestire i pazienti nella fase pre-ospedaliera o la presenza di ospedali standardizzati. Le fasi pre-ospedaliere hanno un impatto significativo sulla sopravvivenza dei pazienti rianimati e la presenza di diversi tipi di professionisti può garantire una rianimazione cardio-polmonare di qualità. Inoltre, in alcuni studi, il raffreddamento è stato anche interrotto dopo l'arrivo in ospedale, limitando in tal modo i suoi potenziali benefici. L'Infermiere è la persona che più sta a contatto col paziente sottoposto a ipotermia terapeutica, dalle primarie manovre rianimatorie alla conclusione del trattamento. L'utilizzo di protocolli e nursing checklists, oltre a migliorare in termini di qualità e tempestività un trattamento che evidentemente è tempo-dipendente, permette un notevole aiuto nell'organizzazione del lavoro, nella definizione delle giuste priorità, nell'aumento di autonomia e responsabilità degli infermieri permettendo loro più tempo per concentrarsi nel fornire un'assistenza olistica. Sarebbe auspicabile che medici e infermieri collaborassero professionalmente alla stesura di questi strumenti, scientificamente provati ed aderenti alle migliori best practice al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

Indirizzo per la corrispondenza

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

135. Osteoporosi e nuova Nota AIFA 79: analisi di farmacoutilizzazione

Signoretta Vincenzo, Capaldo Annalisa, Denti Paola, Labbozzetta Stefano

AO Arcispedale Santa Maria Nuova IRCCS Reggio Emilia

BACKGROUND L'osteoporosi si può definire come un disturbo dello scheletro caratterizzato da ridotta resistenza dell'osso che predispone ad un aumentato rischio di frattura; la resistenza dell'osso va intesa come integrazione tra la densità minerale ossea e le sue caratteristiche qualitative (es. microarchitettura). In quest'ambito l'obiettivo dell'intervento sanitario è la prevenzione delle fratture, ma va rimarcato come le evidenze di letteratura concordino nell'affermare che la maggior parte delle fratture da trauma si verificano a seguito di cadute in persone non osteoporotiche alla densitometria, quindi si può affermare che per fratturarsi è sempre necessario cadere. Nel campo dei trattamenti farmacologici disponibili per l'osteoporosi la nota 79 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) regola la loro rimborsabilità ed è stata aggiornata nel maggio 2015. Le variazioni apportate introducono alcune novità, tra le principali: due distinti algoritmi per il trattamento dell'osteoporosi in prevenzione primaria e secondaria, la classificazione dei farmaci in 1^a, 2^a, 3^a scelta in considerazione del profilo di efficacia/sicurezza/costo, la definizione della durata della terapia e delle modalità prescrittive dei farmaci specialistici e la semplificazione del criterio morfometrico radiografico per la diagnosi di frattura vertebrale.

OBIETTIVI Ci siamo proposti di valutare l'impatto della nuova nota AIFA sul profilo di farmacoutilizzazione di due farmaci iniettabili quali Denosumab e Teriparatide che sono opzioni terapeutiche francamente specialistiche per le quali le evidenze disponibili sono orientate prevalentemente verso end-point surrogati come l'aumento della densità minerale ossea.

METODI Teriparatide e Denosumab sono inseriti nel Prontuario Terapeutico Regionale dell'Emilia Romagna e sono prescrivibili con piano terapeutico. La Teriparatide prevede una duplice via di distribuzione (distribuzione diretta o distribuzione per conto), mentre il Denosumab prevede l'esclusiva distribuzione diretta. I dati di farmacoutilizzazione sono stati estrapolati con opportuna query impostata sul programma informatico di erogazione diretta del punto di Distribuzione Diretta dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia considerando il periodo precedente e successivo all'entrata in vigore della nuova Nota (dal 01/06/2014 al 01/06/2015 e dal 01/06/2015 al 01/06/2016). La query è stata impostata per ricavare il seguente tracciato record: codice anonimo paziente univoco, principio attivo, quantità erogata, data di erogazione. Si è quindi proceduto all'elaborazione dei dati tramite l'applicativo LibreOffice Calc.

RISULTATI I pazienti trattati con Denosumab nel periodo dal 01/06/2014 al 01/06/2015 sono stati 160 con un totale di 261 confezioni erogate, mentre nel periodo dal 01/06/2015 al 01/06/2016 sono stati 278 di cui 134 terapie incidenti e 144 continuazioni di terapia con un totale di 447 confezioni erogate. I pazienti trattati con Teriparatide nel primo periodo sono stati 64 con un totale di 432 confezioni erogate mentre nel secondo periodo sono stati 51 di cui 27 terapie incidenti e 24 continuazioni di terapia con un totale di 376 confezioni erogate. Da ulteriori analisi si sono riscontrati per il biennio considerato 30 switch di terapia da Teriparatide a Denosumab.

LIMITI Il limite intrinseco è la valutazione attraverso il solo dato prescrittivo non corredato di informazioni cliniche, altresì bisogna considerare che nei form dei piani terapeutici per i farmaci oggetto della nostra analisi sono presenti informazioni cliniche legate alla rimborsabilità degli stessi e che al momento dell'erogazione della terapia il Farmacista verifica la corretta compilazione del piano terapeutico quale conditio sine qua non per la rimborsabilità del farmaco.

CONCLUSIONI L'impiego di Denosumab risulta aumentato nel periodo successivo all'aggiornamento della nota con un incremento del 73,75% dei pazienti trattati, si ricorda che trattasi di un farmaco di seconda scelta in tutti gli scenari clinici ad eccezione dei pazienti in blocco ormonale adiuvante. Inoltre bisogna considerare che il Denosumab è inserito nell'elenco dei farmaci da evitare del bollettino d'informazione indipendente sui farmaci La Revue Prescrire. Per Teriparatide è stata rilevata invece una flessione d'utilizzo (decremento del 20,31% dei pazienti trattati). Risulta meritevole di ulteriori approfondimenti, stante la scarsità dei dati a supporto, lo scenario emerso in prevenzione secondaria dove alla fine del periodo massimo consentito di 24 mesi di trattamento con Teriparatide la terapia per l'osteoporosi viene proseguita con il Denosumab. Si può ipotizzare che se da un lato la nuova nota AIFA ha cercato di facilitare e semplificare i percorsi prescrittivi ed ampliare l'accesso alle cure, dall'altro lato potrebbe aver dato luogo a scenari di trattamento che poco si riconoscono in logiche di evidence based medicine.

Indirizzo per la corrispondenza

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

136. Il ruolo dell'infermiere nel processo di donazione degli organi: una revisione della letteratura

Simonetti Valentina¹, Comparcini Dania², Albanesi Valentina³, Cantello Marcello³, Buccolini Mara⁴, Cotticelli Federico⁴, Cicolini Giancarlo⁵

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ³Università politecnica delle Marche,

⁴ASUR Marche Area Vasta 3 Civitanova Marche, ⁵Università degli Studi G. d'Annunzio Chieti-Pescara

BACKGROUND Il trapianto di organi è un ambito in crescente espansione, soprattutto nei contesti sanitari più evoluti. L'invecchiamento della popolazione e l'incremento atteso del diabete di tipo 2, con il conseguente aumento dell'incidenza di insufficienza renale, suggeriscono che i pazienti in attesa di trapianto aumenteranno probabilmente di un ulteriore 50%. Di conseguenza, la disponibilità di donatori idonei e di organi è il maggior limite al trapianto d'organi. Ogni anno 1000 persone, che corrispondono a tre persone al giorno, muoiono in attesa di trapianto. Ottenere il consenso dai familiari sembra essere il passo più importante nel processo di donazione. L'infermiere è coinvolto nel processo di donazione degli organi ogni volta che si trova ad assistere pazienti con gravi lesione cerebrali, al fine di preservare i potenziali donatori per il trapianto.

OBIETTIVI Effettuare una revisione degli studi pubblicati sul ruolo dell'infermiere nel processo di donazione degli organi.

METODI È stata condotta una revisione integrativa della letteratura, che consente di includere sia studi primari che secondari, dall'approccio qualitativo e quantitativo (Whittemore & Knafl, 2005), al fine di ottenere una visione più esaustiva del fenomeno. La ricerca degli articoli è stata effettuata nel giugno 2016, consultando la banca dati Medline, tramite PubMed. Sono stati esaminati tutti gli studi pubblicati dal 1998 al 2016 che hanno investigato la tematica oggetto di studio, al fine di delineare il ruolo chiave che svolge l'infermiere all'interno del processo di donazione degli organi e ragionare sulle principali barriere e ostacoli a questa pratica. Sono stati inclusi nella revisione tutti gli studi primari e secondari; qualitativi o quantitativi; pubblicati in lingua inglese o italiana; che riguardavano la donazione di organi da pazienti in morte cerebrale; che prendevano in considerazione il ruolo dell'infermiere nel percorso di donazione degli organi. La revisione degli studi è stata condotta attraverso un'analisi iniziale dei titoli e degli abstract (23 articoli); una volta identificati gli studi rilevanti sono stati analizzati i testi integrali (20 articoli). Di questi 11 articoli sono stati inclusi nella revisione, poiché rispondenti ai criteri di reclutamento.

RISULTATI Dagli studi analizzati emergono le aree tematiche di seguito esposte. - Il ruolo dell'infermiere nel processo di donazione degli organi sembra essere fondamentale per identificare e prendersi cura dei potenziali donatori: se gli infermieri forniscono il giusto supporto alle famiglie (emotivo e di supporto al lutto), fornendo loro informazioni chiare ed adeguate, offrendo loro la possibilità di prendere una decisione informata riguardo la donazione degli organi, le possibilità di consenso alla donazione aumentano. Gli infermieri inoltre, coordinano l'intero percorso il team di intervento, il team di richiesta, i pazienti e le loro famiglie ed i riceventi degli organi, secondo principi di efficienza, efficacia ed appropriatezza organizzativa, al fine di incrementare i tassi di donazione. - Gli ostacoli alla donazione, sembrano essere principalmente legati alla mancanza di privacy durante la dichiarazione di morte cerebrale e la successiva richiesta di donazione; alla mancata instaurazione di un rapporto di fiducia tra i membri della famiglia ed i professionisti della salute, che non forniscono informazioni esaustive sulla procedura, portando di conseguenza la famiglia a rifiutare la donazione. Spesso inoltre, la famiglia non è conoscenza dei desideri, credenze, attitudini della persona deceduta in tema di donazione e di trapianto di organi. Infine, la mancanza di conoscenza sul concetto di morte cerebrale come criterio per stabilire la diagnosi di morte, è stata identificata essere la ragione principale per il rifiuto al consenso. - La formazione dello staff sembra essere dirimente nel favorire il processo di donazione. Diversi autori hanno evidenziato come spesso gli operatori sanitari sono impreparati e poco formati per fornire un'assistenza adeguata ai familiari di un potenziale donatore e che le conoscenze e credenze nei confronti della donazione e del trapianto di organi, sembrano influenzare positivamente la donazione. Infatti, gli infermieri, sentendosi più preparati a rispondere alle domande dei familiari, sono in grado di trasmettere l'importanza del gesto del dono.

LIMITI L'aver considerato solo la donazione da morte cerebrale escludendo così le altre categorie di donazioni di organi e tessuti, quali la donazione da vivente e la donazione da morte cardiocircolatoria, potrebbe limitare i risultati della ricerca ad una categoria specifica di soggetti.

CONCLUSIONI I risultati della revisione hanno evidenziato il ruolo chiave dell'infermiere nel processo di donazione di organi che, se opportunamente formato ed inserito in percorsi clinici validati e certi, è in grado di incrementare i tassi di donazione e aumentare la soddisfazione e la fiducia da parte dei familiari dei donatori. Sarebbe dunque auspicabile, favorire e formalizzare la presenza infermieristica, non soltanto nella fase tecnica legata al prelievo e al trapianto di organi, ma durante l'intero processo di donazione per supportare le famiglie dei potenziali donatori e fornire così un'assistenza di qualità, tenendo sempre presente, comunque, che di fronte ad un eventuale rifiuto di donazione, l'atteggiamento e le modalità relazionali non devono cambiare, ed è doveroso rispettare l'opinione contraria di quella famiglia.

Indirizzo per la corrispondenza

Albanesi Valentina, Studente
Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Nessuna
Via Tronto, 10B - Fraz. Torrette - 60020 - Ancona
Email: valealbanesi493@gmail.com

137. Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica ricevuta in ambito ematologico: uno studio osservazione

Simonetti Valentina¹, Comparcini Dania², Cantello Marcello³, Albanesi Valentina³, Buccolini Mara⁴, Cotticelli Federico⁴, Cicolini Giancarlo⁵

¹ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno, ²AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ³Università Politecnica delle Marche,

⁴ASUR Marche Area Vasta 3 Civitanova Marche, ⁵Università degli Studi G. d'Annunzio Chieti-Pescara

BACKGROUND Oggigiorno gli infermieri sono sempre più coinvolti nel processo di revisione e valutazione della qualità assistenziale, al fine di migliorare gli outcomes clinici e di soddisfazione; infatti solo misurando e confrontando i risultati della pratica con i risultati attesi si è in grado di riscontrare eventuali differenze, identificando le cause di discrepanza e ponendo misure per il miglioramento. In Italia, secondo i dati ISTAT 2013 si sono verificati 5038 decessi per linfomi, 6086 per leucemie e 3552 per altre neoplasie ematologiche. Essendo pazienti complessi sia dal punto di vista terapeutico che per i trattamenti a cui vengono sottoposti, il ruolo relazionale ed educativo dell'infermiere è di fondamentale importanza non solo per la gestione della terapia e dei suoi effetti collaterali, ma soprattutto per fornire un supporto al paziente e ai suoi familiari durante il percorso diagnostico-terapeutico, gestire le complicità e fornire un'efficace relazione terapeutica.

OBIETTIVI Valutare la soddisfazione e la fiducia del paziente ematologico nei confronti del personale infermieristico e, in seconda analisi, valutare le correlazioni tra setting di cura e livello di fiducia e soddisfazione.

METODI Lo studio osservazionale cross-sectional, monocentrico, è stato condotto per un periodo di 4 mesi (da Aprile a Luglio 2016) presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Medicina Interna - Ematologia dell'Asur Area Vasta 3 – Presidio Ospedaliero di Civitanova Marche. Lo studio ha previsto la somministrazione di un questionario composto da due strumenti validati, la "Newcastle Satisfaction With Nursing Scale" e la "Trust in Nurses Scale", a tutti i pazienti ricoverati nella UOC di Ematologia o che accedevano in regime di Day Hospital (DH). Sono stati inclusi tutti i pazienti con neoplasie ematologiche che hanno acconsentito liberamente e volontariamente a partecipare allo studio clinico firmando l'apposito consenso informato, maggiorenni, senza presenza di deficit psicofisici tali da impedire la compilazione del questionario, in grado di leggere e comprendere la lingua italiana.

RISULTATI Il campione è risultato essere composto da 49 pazienti equamente distribuiti in regime di dh (41%) e in ricovero ordinario (59%), con età compresa tra i 60 e i 79 anni (età media=61 anni), pensionati (57%), con grado di istruzione elementare (39%) e con una diagnosi risalente all'anno 2015 (37%). Analizzando la distribuzione delle patologie, si osserva che il 37% dei pazienti è affetto da linfoma, il 28% da leucemia e il 35% da mieloma. Dall'analisi delle risposte al questionario, è emerso che i pazienti con neoplasie ematologiche siano piuttosto fiduciosi e soddisfatti riguardo gli aspetti tecnici e relazionali, ma lo sono meno per quanto riguarda l'aspetto educativo. Confrontando le risposte con il setting di cura si è visto che i pazienti che accedevano alle cure in regime di ricovero hanno riportato livelli di insoddisfazione (7.1% vs 4.9%) e di sfiducia (5.7% vs 1%) leggermente più elevati rispetto ai pazienti che accedevano al servizio di cura in regime di DH.

LIMITI Trattandosi di uno studio monocentrico, i dati e le relative conclusioni non possono essere generalizzati a tutti i pazienti con neoplasie ematologiche del territorio nazionale. Inoltre sarebbe stato necessario avere a disposizione un campione di pazienti più ampio per poter effettuare confronti più accurati fra i gruppi.

CONCLUSIONI Alla luce dei risultati emersi le future ricerche potrebbero contribuire ad espandere la conoscenza in questo ambito, indagando altresì ulteriori fattori che possano influenzare la qualità dell'assistenza infermieristica, facendo sì che la misurazione della qualità diventi un "modus operandi" e contribuisca a monitorare gli aspetti più lacunosi dell'assistenza, aumentando così il coinvolgimento dei pazienti che, sentendosi protagonisti del processo di cura, potrebbero aumentare il grado di fiducia che ripongono verso gli infermieri che li assistono. I suggerimenti per migliorare la pratica clinica potrebbero riguardare la produzione di strumenti educativi da consegnare ai pazienti oppure somministrare agli utenti delle scale di valutazione per monitorare la qualità assistenziale percepita. Questi interventi potrebbero essere condotti da un infermiere care manager in grado di supportare i pazienti nel percorso clinico-assistenziale.

Indirizzo per la corrispondenza

Cantello Marcello, Studente
Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Nessuna
Via Tronto, 10B - Fraz. Torrette - 60020 - Ancona
Email: marcello.cantello@virgilio.it

138. Attuali evidenze, criteri ed esami diagnostici della malattia neurodegenerativa trasmissibile di Creutzfeldt-Jakob (MCJ o CJD)

Stroili Manuela¹, Bussani Rossana¹, Cattaruzza Tatiana¹, Ukmar Maja¹, Custrin Ana², Dudine Sandra¹, Zandonà Lorenzo², Manganotti Paolo¹

¹Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, ²Università degli Studi di Trieste

BACKGROUND È noto che l'inoculazione in primati non umani di cervello umano malato provoca la malattia di Creutzfeldt-Jakob (malattia da prioni) nel 100% dei casi della forma iatrogena, nel 95% della kuru (cannibali), nel 90% della sCJD sporadica e nel 68% della genetica autosomica dominante [Brown 1994]. I diversi ceppi di prioni sono una degenerazione patologica della proteina prionica funzionalmente utile nell'uomo. In Italia dal 2001 al 2016 sono decedute 1544 persone di CJD sporadica (causa d'insorgenza ignota), 323 di CJD genetica (cromosoma 20) e 7 di CJD acquisita [http://www.iss.it_registri]. La forma iatrogena acquisita è causata dalla presenza di prioni in: ormone della crescita estratto da ipofisi umana o animale, trasfusioni di sangue (per CJD variante), cornee trapiantate, aghi/taglienti chirurgici/elettrodi endocranici poliuso per Elettroencefalografia-EEG [Brown 2012]; sono a rischio la radiologia interventistica endocranica e aerosol di materiale biologico. Per la trasmissione si rileva la suscettibilità genetica regolata dal polimorfismo del gene PRNP al codone 129. La MCJ infettiva (BSE) sarebbe provocata dall'alimentazione animale con farine di ossa e carne lavorate e infette; la Scrapie di ovini e caprini è favorita dalla contaminazione delle placente e ci sono anche la Chronic Wasting Disease-CWD dei cervi e la FSE dei gatti. Tutele dal contagio sono i Test sugli animali e la rimozione di cranio, cervello, midollo, gangli spinali, occhi, milza, tonsille, intestino e mesentere prima che le carcasse animali entrino nel ciclo alimentare, mangimi, cosmetici ed altro.

OBIETTIVI Nostri obiettivi sono riportare l'attenzione su questa malattia incurabile e trasmissibile e presentare le nostre procedure diagnostiche.

METODI Acquisita la bibliografia, acceso un confronto con Ricercatori di Zurigo, Vienna, Trieste e Roma, abbiamo analizzato i casi dell'Anatomia Patologica-AP di Trieste che effettua autopsie sui deceduti con CJD. AP e Technology Assessment dell'Azienda si sono relazionate con le Strutture per le tecniche diagnostiche che nel vivente consentono di sospettare le diverse forme di CJD.

RISULTATI Le indicazioni sulle modalità di protezione degli Operatori Sanitari sono state inviate a Ospedali, Servizi Sociali e Veterinari, cioè in sospetto di CJD durante le procedure invasive usare materiale monouso: bisturi e ferri per interventi chirurgici/cure endocanali, cuffie, occhiali, maschere, doppi guanti, camici, calzari, asciugamani, lenzuola, stoviglie. [GU n.19/2002]. Su 1874 morti registrati dal 2001 al 2016 in Italia (incidenza 2,07 casi/milione ab./anno) a Trieste sono state effettuate 27 diagnosi di CJD: 59% donne, 41% maschi, range da 55 a 78 anni. L'evidenza per la diagnosi di CJD è data dagli Esami di Laboratorio su materiale cerebrale prelevato da cadavere, applicando durante le autopsie Linee Guida contro il contagio e poi l'incenerimento del materiale utilizzato. La CJD si caratterizza per un deterioramento cognitivo rapidamente ingravescente (settimane/mesi) con associati disturbi motori, comportamentali o sintomi aspecifici. La diagnosi differenziale si pone con casi rapidamente evolutivi delle forme neurodegenerative, ma soprattutto verso encefalopatie immunomediate che spesso colpiscono giovani. Ai fini diagnostici sono fondamentali l'Esame obiettivo neurologico (presenza di due segni clinici necessari fra miocloni, disturbi visivi o segni cerebellari, piramidali o extrapiramidali, mutismo acinetico), Rachicentesi, EEG e Risonanza Magnetica-RM. Nelle fasi iniziali di malattia vi è bassa sensibilità dei segni clinici e bassa sensibilità e specificità dei biomarcatori liquorali (Prot. 14-3-3, Tau e NSE) e del tracciato EEG. La RM encefalo, con sequenze T2/FLAIR e soprattutto DWI con mappe ADC-apparent diffusion coefficient, raggiunge una sensibilità e specificità del 96% e 93%, rispettivamente. I reperti vanno sempre correlati con la clinica. Per la diagnosi della CJD variante necessita il prelievo della mucosa della tonsilla. La metodica - Real-time quaking-induced conversion (RT-QuIC) identifica su liquor cefalorachidiano i prioni con elevata sensibilità e specificità (97% e 100% rispettivamente nella sCJD); l'accuratezza diagnostica raggiunge il 97% quando viene applicata al Brushing nasale, metodica non invasiva che consente una delicata campionatura di mucosa da una vasta area olfattoria, dove si accumula la proteina prionica [Zanusso 2003, 2016]. All'ISS viene eseguito il Test genetico su sangue.

LIMITI Non sono disponibili Test di laboratorio sui donatori di sangue per la ricerca dei prioni [ISS], però i criteri di selezione prevedono l'esclusione di soggetti riconosciuti con più alto rischio di sviluppare la CJD. Durante l'incubazione gli animali possono sembrare sani. Non esiste terapia salvavita.

CONCLUSIONI Permane il rischio di acquisire la CJD incurabile e mortale anche se con incubazione variabile. I Test genetici e la stretta applicazione di norme di salvaguardia e prevenzione nel Settore Veterinario, in Ospedali e Comunità sono per ora le strategie più efficaci per la sorveglianza.

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

139. Due strumenti innovativi di “supporto alle decisioni” nelle strutture complesse sanitarie: il titolario dell’archivio direzionale e un breve manuale di gestione del servizio di radiologia

Stroili Manuela, Stacul Fulvio, Scarpa Andrea, Montenesi Tullio, Varin Tiziana

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

BACKGROUND Le Strutture Complesse (SC) delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere sono gli Erogatori delle Prestazioni sanitarie nel SSN; esse formano il personale, garantiscono i migliori esiti di salute dei processi d’assistenza, governano la produttività e il pareggio di bilancio. Per tali motivi su di esse gravano notevoli oneri gestionali, con produzione di Atti che impegnano la responsabilità dirigenziale e certificano eventi e attività svolte. L’ordinata conservazione di questa “Documentazione gestionale” è di fondamentale importanza sul piano organizzativo, clinico, formativo e giuridico, sia per gli Operatori sanitari, sia per il Cittadino-Utente del Servizio. La possibilità di conoscere tutti gli Atti della SC consente di avere la visione d’insieme degli adempimenti dovuti e può aiutare il Responsabile Medico a garantire la corretta e sicura esecuzione delle prestazioni (ad esempio gli Esami radiologici) e l’ordinata gestione di Medici, Tecnici, Infermieri ed Amministrativi, nonché prelude alla dematerializzazione degli Archivi. Per il “controllo delle informazioni” presenti negli Archivi di una SC lo strumento da noi proposto è il “Titolario di classificazione degli atti di direzione della Struttura Complessa” che corrisponde anche ad un sintetico “Manuale di gestione” che riepiloga e descrive tutti i flussi di attività a carico della Struttura, sia obbligatori, sia relativi alle diverse tipologie di attività. Il Titolario di classificazione esiste nella normativa italiana dalla fine del XVIII secolo ed è previsto per tutte le Pubbliche Amministrazioni.

OBIETTIVI L’obiettivo del presente lavoro di Technology Assessment è stata la creazione di questi 2 nuovi strumenti di “supporto alle decisioni” in Sanità, il Titolario ed un breve Manuale di gestione di un Servizio strategico, quale la Radiologia dell’Ospedale Maggiore di Trieste che effettua 60.000 esami diagnostici ed interventistici all’anno. La costruzione del Titolario-Manuale è propedeutica all’informatizzazione e dematerializzazione degli Archivi, in quanto riepiloga e descrive tutti gli atti presenti nei diversi Archivi del Servizio.

METODI Il Technology Assessment ha costituito il Gruppo di lavoro, contattato la Soprintendenza Archivistica, acquisito la bibliografia e discusso il metodo [1,2,3]. È stato realizzato un processo di Audit gestionale con il Direttore della SC di Radiologia ed i suoi Collaboratori per rilevare ed integrare la complessità delle informazioni esistenti.

RISULTATI Sono stati censiti 2 archivi cartacei e vari elettronici in più Uffici della Radiologia, analizzati gli Atti ed eliminate le ridondanze al fine della loro integrazione in un’unica classificazione. L’Audit non ha riguardato Referti, CD e Immagini radiologiche relativi ai Pazienti, già archiviati elettronicamente in RIS e PACS [4]. In modo condiviso dal Gruppo è stata realizzata una classificazione logica, basata su criteri oggettivi ed espliciti, di tutti gli argomenti trattati dal Servizio di Radiologia, fondamentale per il reperimento degli Atti di gestione anche dopo l’integrazione degli Archivi. Gli atti censiti contengono 252 argomenti, che dopo accurata analisi abbiamo ridotto a 196, a loro volta aggregati in 37 classi, ripartite in 4 gruppi principali, denominati “Titoli”: Amministrazione, Attività del Servizio di Radiodiagnostica, Risorse Umane e Tecnologia Sanitaria. I contenuti di ciascuno di questi 4 gruppi di argomenti è stato brevemente descritto per consentirne una consultazione di tipo gestionale per il Manuale del Servizio.

LIMITI È necessaria la partecipazione di Professionisti clinici disponibili ad essere trasparenti nella gestione, la presenza di Esperti senior di organizzazione e tempo.

CONCLUSIONI La costruzione del primo Titolario di classificazione degli atti di direzione della Radiologia ha dato la risposta attesa alla SC e alla Direzione Generale. La visione d’insieme di tutte le attività svolte dal Servizio, raccolte in un’unica classificazione scritta, costituisce anche un breve Manuale di gestione del Servizio, strumento di supporto alle decisioni, utile per il monitoraggio delle numerosissime scadenze di tipo organizzativo, l’inserimento dei neoassunti, la gestione degli apparecchi di radiologia, l’ottimizzazione delle prestazioni erogate ai Pazienti e la riduzione di eventuali disservizi.
Referenze [1] Soprintendenza Archivistica FVG <http://www.sa-fvg.archivi.beniculturali.it>; [2] Schola Salernitana "Regolamento per la gestione, la tenuta e la tutela dei documenti delle aziende sanitarie e ospedaliere dal protocollo all’archivio storico" Salerno, 2001; [3] DGR n.X/325/2013 "Approvazione del Titolario di Classificazione e Massimario di Scarto della documentazione del sistema sanitario e socio-sanitario Regionale Lombardo"; [4] Stacul F., Stroili M. et al. "Un sistema PACS nella realtà clinica: il progetto di Trieste" Radiologia Medica. Minerva, 1994; 822-823.

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

140. Metodologie per la vigilanza sul funzionamento degli elettromedicali in sanità: lo standard internazionale IEC /CEI 60812 FMEA applicato alla radiologia

Taddeo Francesco¹, Meini Federico², Stroili Manuela¹

¹Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, ²Azienda USL 6 Livorno

BACKGROUND In Sanità grazie allo sviluppo delle Tecnologie acquisiamo diagnosi sempre più corrette e realizziamo con successo interventi terapeutici complessi, o di mantenimento in vita, anche a favore di pazienti critici, sia in Ospedale che al domicilio. La gestione e manutenzione ordinata di tutti i Medical Devices (MD) necessita di nuovi strumenti di lavoro, realmente applicabili e che consentano un controllo su tutto il ciclo di vita dei MD. Uno di essi è la Norma Tecnica FMEA, secondo lo Standard internazionale CEI/IEC 60812:2006 (Failure Mode and Effect Analysis), applicabile a qualsiasi Apparecchiatura e considerata fra i principali metodi per l'analisi e la gestione dei rischi, rischio inteso come possibilità che un Paziente subisca un danno imputabile alle cure della Struttura sanitaria per l'utilizzo di Apparecchiature con vizi di funzionamento. Per analizzare il funzionamento delle Apparecchiature bisogna disporre di una Banca Dati dalla quale estrarre i guasti dei MD per valutare con approccio sistemico la necessità di riparazione o sostituzione.

OBIETTIVI Applicazione per la prima volta della Tecnica FMECA in un Servizio di Radiologia di un Ospedale italiano di medie dimensioni rilevando i guasti reali, proposta di un Programma di manutenzione mirato alle effettive esigenze del Servizio nel rispetto dei costi di gestione e divulgazione del lavoro agli Ospedali dell'ASUI di Trieste, come previsto dall'accreditamento all'eccellenza.

METODI Prioritariamente è stato istituito il Gruppo di Lavoro con la Radiologia e il Servizio di Global Service, coordinato dal Medico responsabile del Technology Assessment che ha fornito la Norma Tecnica CEI/IEC 60812:2006, bibliografia, indirizzi metodologici ed ha formato l'Ingegnere clinico per l'analisi e la rilevazione dei dati nell'ASL n. 6 di Livorno [1,2,3]. Successivamente sono state scelte 2 classi di Apparecchiature da valutare: gli Apparecchi radiologici tradizionali e gli Ecografi, ed è stata resa disponibile la Banca Dati dei guasti. La Norma stabilisce l'attribuzione di un Indice di Priorità di Rischio (IPR) a ciascuna modalità di guasto, ottenuto moltiplicando la Gravità (G) degli effetti per la Probabilità (P) che si verifichino e per la Rilevabilità (R) del guasto.

RISULTATI Il Gruppo ha individuato 4 apparecchi in uso: 2 Ecografi e 2 Apparecchi radiologici fissi. Per ciascuno di essi nel ciclo di vita di 7 anni sono stati rilevati 182 guasti, riordinati in 31 classi diverse ad andamento decrescente con applicazione della Tecnica FMECA e attribuzione del primo IPR a ciascuna classe di guasto. È stata sviluppata un'approfondita analisi sulle cause che potrebbero aver determinato i malfunzionamenti censiti e si sono rilevati anche dei falsi guasti dovuti ad insufficiente formazione del Personale. Dopo l'analisi è stato redatto un Piano con le Azioni di miglioramento, implementato nell'Ospedale, e successivamente sono stati ricalcolati i punteggi con la Probabilità che i guasti si ripresentino (2° Indice IPR). Confrontando 1° e 2° IPR, il Gruppo ha stimato una riduzione del rischio di guasti in un intervallo compreso tra il 20 % e l'85,7 %, a seconda del tipo di guasto e un risparmio pari a 3.588 Euro se le azioni di miglioramento vengono svolte con soli interventi del Global Service interno, anziché con Ditte a chiamata. Il presente lavoro di analisi e miglioramento è stato trasferito ai Servizi di Radiologia degli Ospedali di Cattinara e Maggiori di Trieste, per formazione e confronti.

LIMITI La stima dei punteggi di Gravità e Rilevabilità è basata sul know-how e l'esperienza del Gruppo di Lavoro, tuttavia l'IPR è utilizzato per individuare un ordine di priorità piuttosto che un valore assoluto. Non tutte le Banche dati sono informatizzate con un Programma che consenta una rapida ed esaustiva rilevazione dei guasti; la disponibilità economica per realizzare tutti gli interventi o le sostituzioni idealmente proposte è spesso limitata.

CONCLUSIONI Con l'introduzione della metodologia dello Standard internazionale CEI/IEC 60812:2006 e la formazione degli Operatori si è ottenuto un maggior grado di percezione degli Eventi potenzialmente pericolosi in Radiologia per Pazienti ed Operatori e si è condivisa la Programmazione dei Piani di manutenzione. I risultati dell'analisi possono costituire, per ammissione da parte del Gruppo di Lavoro, un utile parametro oggettivo di riferimento (benchmark) per le strutture analoghe afferenti le altre zone territoriali in cui si articola l'ASL di Livorno. Referenze [1] Ministero della Salute, "Risk Management in Sanità, Il problema degli errori" 2003; [2] Stroili M., Iancu M., Cressi A., Cosmi F. "FMEA Risk Analysis in a Dialysis Unit" 30° Symposium Danubia-Adria, 2013 Croazia; [3] Stroili M., Confalonieri M., Geri P., Perrone D., Tommasini M., Giuliani M., Petaros E. "Applicazione della tecnica FMEA – FMECA per l'analisi dei guasti dei broncoscopi flessibili nella struttura di pneumologia dell'AOU di Trieste" SIHTA, Roma 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

141. Impact of Enhanced Recovery after Thoracic Surgery: outcomes of consecutive patients undergoing lobectomy

Terzo Danilo

ISMETT

BACKGROUND L'ERAS è una strategia che cerca di ridurre lo "stress peri-operatorio" del paziente, le "potenziali complicanze", il "LOS", consentendo così ai pazienti di tornare più rapidamente al loro stato funzionale di base.

OBIETTIVI 1) Nell'attuale management dell'assistenza sanitaria, i programmi che emergono sono quelli in grado di: -Superare le barriere tradizionali passate -Creare strategie innovative In modo tale da poter offrire la "massima qualità di cura" nel modo più "conveniente" 2) Associare l'utilità/scopo di questo progetto ad altri (inter-aziendali quali ad esempio: -Progetto sonno (reparto pilota, CTU) -Early mobilization program (reparto Terapia Intensiva) 3) Contribuire alla diffusione di una cultura del miglioramento continuo.

METODI 1) Sviluppo del protocollo ERAS preoperatorio e postoperatorio (attività multidisciplinare, Aprile 2016) 2) Pianificazione e partecipazione all'evento "VATS group italiano" (sede Ismett, Giugno 2016) 3) Revisione protocollo ERAS (attività multidisciplinare, Luglio 2016) 4) Informazione/formazione di tutti gli operatori sanitari tramite inservice e/o staff meeting.

RISULTATI Ricoveri ordinari dimessi Gennaio Ottobre 2016 La prima procedura documentata in SDO è la 324 - Lobectomia del Polmone Sono stati analizzati e comparati i dati tra Gennaio-Luglio 2016 e Agosto-Ottobre 2016, in termini di: n. Casi = 25 (Gennaio-Luglio); 13 (Agosto-Ottobre); Totale= 38 degenza media (giorni) = 9, 6 (Gennaio-Luglio); 6,2 (Agosto-Ottobre) 6,2; Totale = 8,4 degenza media postoperatoria (giorni) = 7,8 (Gennaio-Luglio); 4,3 (Agosto-Ottobre), Totale= 6,6 attività preoperatoria (% con valutazione motoria)= 48% (Gennaio-Luglio); 61,5% (Agosto-Ottobre); Totale=52,6% attività preoperatoria (% con valutazione respiratoria)= 72% (Gennaio-Luglio); 84,6% (Agosto-Ottobre); Totale=76,3% attività postoperatoria (tempo per presa in carico,in ore)= 6,7 (Gennaio-Luglio); 1,5% (Agosto-Ottobre); Totale=4,9 attività postoperatoria (tempo per dimissione dal servizio di riabilitazione,in giorni)= 5,3 (Gennaio-Luglio); 3,0 (Agosto-Ottobre); Totale=4,6 attività postoperatoria (tempo da dimissione dal serv di riab a dimissione del ricovero,in giorni)= 2,4 (Gennaio-Luglio); 1,2 (Agosto-Ottobre); Totale=2,0.

LIMITI I numeri dei pazienti potrebbero sembrar pochi ma danno spunti interessanti di riflessione.

CONCLUSIONI I dati evidenziatisi, nel periodo valutato dal 1 Agosto 2016 (inizio ufficiale del protocollo) al 31 Ottobre 2016, potrebbero sicuramente migliorare con: 1) Incremento della sensibilizzazione e supporto di tutti gli operatori sanitari coinvolti 2) Riorganizzazione delle dinamiche "ambulatoriali/preoperatorie" dei pazienti.

Indirizzo per la corrispondenza

Terzo Danilo, Fisioterapista

ISMETT - Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione - Nessuna

Via Discesa Dei Giudici, 4 - 90133 - Palermo

Email: dterzo@ismett.edu

142. NEW EARLY WARNING SCORE, applicazione in contesti di Long-term Care. Uno studio retrospettivo longitudinale

Toccaceli Andrea¹, Riccetti Michael², Tesei Letizia³, Gioacchini Gloria¹, Dignani Lucia¹, Lucertini Carla¹

¹AOU Ospedali Riuniti di Ancona, ²Università Politecnica delle Marche, ³ASUR Marche Area Vasta 2 Ancona

BACKGROUND Negli anni il sistema sanitario si è sempre più evoluto e configurato in base alle richieste e alle esigenze della popolazione. Le strutture di Long-term Care si trovano ad accogliere persone anziane e affette da plurime comorbidità. L'eterogeneità degli assistiti all'interno di queste strutture determina una difficile standardizzazione dei processi e dei percorsi di cura con conseguente aumento del rischio in termini di sicurezza per il paziente. La letteratura scientifica evidenzia strumenti utili nella prevenzione del deterioramento clinico e della standardizzazione della gravità di malattia basati principalmente sul monitoraggio dei parametri vitali al fine di prevenire l'evento avverso. Tra questi la scala NEWS (New Early Warning Score) rappresenta uno degli strumenti validati a livello internazionale adottati nella prevenzione del deterioramento clinico. I vari studi scientifici ne hanno dimostrato l'affidabilità nei setting acuti, l'applicazione in altri contesti non è stata ad oggi indagata.

OBIETTIVI verificare se l'utilizzo della scala NEWS è giustificabile anche all'interno di contesti strutture di degenza post-acuzie; investigare il comportamento dell'équipe in merito alle abitudini nella rilevazione dei parametri vitali, studiando oltre alla frequenza anche la condotta assunta qualora uno di questi riportasse uno stato di criticità.

METODI è stato condotto uno studio retrospettivo che ha analizzato la rilevazione dei parametri vitali dei degenti di una Long-term Care durante il primo semestre 2016. Sono stati calcolati i vari score NEWS (frequenza respiratoria, saturazione dell'ossigeno, ossigeno addizionale, temperatura corporea, pressione sistolica, frequenza cardiaca, stato di coscienza) allo scopo di intercettare le situazioni in cui la sua applicazione poteva essere predittiva sia di un evento avverso sia di una necessità di incremento della frequenza di rilevazione dei parametri vitali delle persone assistite.

RISULTATI Sono stati inclusi nello studio 79 individui: 42 di sesso maschile e 37 di sesso femminile. La rilevazione dei parametri vitali all'interno del setting indagato è avvenuta in media una volta al giorno. È stato registrato un totale di 2281 rilevazioni. Un valore NEWS è stato calcolato in 406 misurazioni (17.8%). L'incremento di monitoraggio si è associato a valori dello score NEWS elevati: OR=1.46 (I.C. 95% 1.15 - 1.86 p=0.000). È stata evidenziata una relazione statisticamente significativa tra il verificarsi di un evento avverso e valori di NEWS superiore 4: OR=1.81 (I.C. 95% 1.08 - 3.02 p=0.000), determinando inoltre una specificità del 82.54% (I.C. 95% 80.90 - 84.07 p=0.000). Nell'indagare ogni singolo parametro NEWS con valore uguale a 3 si è evidenziato un nesso tra questo e il verificarsi dell'evento avverso.

LIMITI Il limite principale di questo studio è rappresentato dalla frequenza di rilevazione dei parametri vitali. All'interno del setting studiato la rilevazione è avvenuta in media una volta al giorno. L'affidabilità dello score NEWS diventa maggiore con l'aumento della frequenza delle rilevazioni dei parametri vitali: è un validissimo indicatore del deterioramento clinico entro 4-6 ore dalla rilevazione e resta valido ma con meno sensibilità entro 12-24 ore. Un ulteriore limite è rappresentato dalla tipologia del disegno di studio applicato, che è di tipo osservazionale e il calcolo dello score NEWS che è avvenuto a posteriori. Inoltre aver studiato una popolazione di anziani ha permesso di valutare l'efficacia dell'utilizzo della scala NEWS in questo contesto, ma non si è analizzato come e se la scala dovrebbe essere modificata e adattata al fine di determinare maggiori indici di sensibilità e appropriatezza clinica in questo tipo di setting. Ciò meriterebbe attenzione nelle successive osservazioni.

CONCLUSIONI Lo score NEWS si è dimostrato uno strumento applicabile anche in contesti di Long-term Care seppur con alcune limitazioni. Dall'analisi dei dati si può concludere che lo strumento in questione, nel setting considerato, ha una buona affidabilità nel discriminare le persone non a rischio di deterioramento clinico, tuttavia è stata riscontrata una ridotta sensibilità, influenzata dal numero dei falsi negativi. Il suo utilizzo ha dimostrato di poter rappresentare un vantaggio nella prevenzione dell'evento avverso. In merito all'oggettivazione delle situazioni in cui risulterebbe opportuno incrementare la frequenza nella rilevazione dei parametri vitali, in questo studio è possibile dimostrare che gli infermieri sono stati in grado di comprendere quelle situazioni in cui l'incremento delle rilevazioni risultava utile nella prevenzione dell'evento avverso anche senza l'utilizzo della scala NEWS. Tuttavia lo studio ha anche evidenziato un aumento di rilevazioni in situazioni in cui non ce ne sarebbe stata necessità.

Indirizzo per la corrispondenza

Toccaceli Andrea, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - SOD Pneumologia
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: toccaceli1969@gmail.com

143. Implementazione di una Data Set infermieristico. Le diagnosi infermieristiche prevalenti in un setting pneumologico: analisi retrospettiva

Toccaceli Andrea¹, Vagnini Gianmarco², Lucertini Carla¹, Gioacchini Gloria¹, Dignani Lucia¹

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

BACKGROUND Le diagnosi infermieristiche (DI) sono un elemento distintivo per il presente e per il futuro della professione infermieristica, guidata dall'EBN da una parte, e dall'altra dai concetti emergenti di assistenza generativa, dove si focalizza l'attenzione sull'incontro sinergico di due mondi complementari, quello del professionista infermiere e quello della persona assistita. Basandosi sugli aspetti culturali decritti, è stato creato un percorso di approfondimento e riflessione che ha portato alla creazione di un modello di accertamento infermieristico basato sulla teoria di M. Gordon ed all'individuazione di un Data Set (DS) di DI considerate specifiche per un paziente pneumologico. È stato quindi creato un collegamento tra il modello di accertamento infermieristico costruito e le DI selezionate.

OBIETTIVI indagare le DI prevalenti in un setting Pneumologico, e l'esistenza della corrispondenza tra il contenuto dell'accertamento infermieristico e le diagnosi associate.

METODI sono stati osservate le cartelle infermieristiche di 204 pazienti ammessi presso l'unità operativa di Pneumologia degli Ospedali Riuniti di Ancona. Non sono stati considerati i pazienti ammessi in regime di day-hospital. Le variabili considerate sono: le DI contenute nel DS (n=52) e le domande (n=51) contenute nell'accertamento infermieristico. Gli strumenti utilizzati sono stati: il modello di accertamento infermieristico ed un data base di raccolta delle osservazioni effettuate appositamente costruito. I dati sono stati analizzati con il software e SPSS19.0 –IBM. Oltre agli strumenti di statistica descrittiva, è stato utilizzato il test U di Mann-Whitney per verificare l'esistenza di nessi di causalità tra le DI e le informazioni/domande contenute all'interno del modello di accertamento infermieristico.

RISULTATI Per ogni paziente sono stati realizzati più accertamenti nel corso del periodo di degenza (n=816). Le DI prevalenti sono risultate: "Protezione inefficace" (96,6%), "Insonnia" (83%), "Rischio di volume di liquidi insufficiente" (81%), "Insonnia" (83%), "Disturbato modello di sonno" (73,7%), "Comportamento relativo alla salute che può causare rischi" (65,7%), "Inefficace modello di respirazione" (61,3%), "Isolamento sociale" (57,8%), "Dentizione compromessa" (55,5%), "Intolleranza all'attività" (54,4%), "Tensione nel ruolo di caregiver" (49,5%), "Fatigue" (48%), "Rischio di sindrome da immobilizzazione" (39,2%), "Inefficace liberazione delle vie aeree" (37,3%), "Scambi gassosi compromessi" (32,8%), "Deficit della cura di sé: bagno" (31,9%), "Deficit nella cura di sé: uso del gabinetto" (31,5%), "Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico" (31%), "Stipsi" (31%), "Percezione sensoriale disturbata" (30,5%), "Mobilità compromessa" (30,4%), "Dolore acuto" (27,6%), "Rischio di cadute" (27,6%), "Mancanza di speranza" (25%), "Perfusione tissutale inefficace" (23%), "Rischio di glicemia instabile" (19,6%), "Rischio di infezione" (19,6%), "Eliminazione urinaria compromessa" (19,1%), "Rischio di integrità cutanea compromessa" (15,7%), I Modelli funzionali prevalenti sono: 1) Modello di Percezione e Gestione della Salute; 2) Modello Nutrizionale e Metabolico; 3) Modello di Eliminazione; 4) Modello Attività ed esercizio fisico; 5) Modello Riposo/Sonno; 6) Modello cognitivo-percettivo 7) Modello di percezione e concetto di sé e 8) Modello Ruoli e Relazioni. Il test di U di Mann-Whitney ha mostrato nel 95,06% dei casi una significatività statistica ($p < 0,005$) tra domande e DI attivate. Non è stato possibile confrontare i dati ottenuti con la letteratura attualmente disponibile in quanto non sono stati reperiti studi di analoga costruzione. Un unico studio brasiliano individuato ha analizzato le DI maggiormente ascrivibili a pazienti con disordini respiratori, individuando diagnosi prevalenti in accordo con alcune emerse dal presente studio: "Modello di sonno disturbato", "Intolleranza all'attività fisica", "Rischio di infezione", "Dolore acuto".

LIMITI ridotta numerosità campionaria, monocentricità dello studio.

CONCLUSIONI Lo studio ha permesso di individuare le DI prevalenti all'interno del DS individuato all'interno di un setting pneumologico, consentendo di orientare la pratica clinica (basandosi sulle indicazioni di efficacia proposte dalla tassonomia NANDA) sui problemi di salute emergenti e su una azione infermieristica appropriata. Inoltre è stata intercettata la presenza di una relazione di causa effetto tra lo strumento dell'accertamento infermieristico costruito secondo la teoria dei modelli funzionali di M. Gordon e le diagnosi ad esso associate. Questo ulteriore risultato conferma l'accuratezza dello strumento utilizzato per rilevare le condizioni assistenziali della persona assistita nel setting considerato e affetta da patologia pneumologica, base per la identificazione corretta di problemi di salute emergenti e successivamente correttamente definiti dalle DI associate.

Indirizzo per la corrispondenza

Toccaceli Andrea, Infermiere
Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - SOD Pneumologia
Via Conca, 71 - 60126 - Ancona
Email: toccaceli1969@gmail.com

144. Studio osservazionale del livello di conoscenze del personale ostetrico sulla diagnosi prenatale

Torbidoni Laura¹, Cecchi Alessandro²

¹Università Politecnica delle Marche, ²Ospedale Bartolomeo Eustachio San Severino Marche

BACKGROUND La definizione, approvata dall'OMS nel 1986 ed adottata dalla Confederazione Internazionale delle Ostetriche nel 1972 e dalla Federazione Internazionale dei Ginecologi-Ostetrici (FIGO) nel 1973, afferma che l'ostetrica deve essere in grado di fornire la supervisione, assistenza e consigli alla donna prima e durante la gravidanza, il parto, il puerperio; il suo lavoro include l'educazione prenatale e la pianificazione familiare. In questa ottica diventa centrale il ruolo dell'ostetrica anche nell'ambito della diagnosi prenatale. Diventa opportuno quindi che l'ostetrica sia in possesso delle conoscenze e degli strumenti necessari per poter fornire un adeguato supporto e accompagnamento delle coppie nella scelta di sottoporsi ai test di screening e diagnosi prenatale. NIPT (NON INVASIVE PRENATAL TEST) Una svolta fondamentale nella diagnosi prenatale non invasiva si ebbe nel 1997, quando YMD Lo descrisse per la prima volta la diagnosi del sesso fetale attraverso l'analisi del DNA libero presente nel plasma materno (cell free DNA, cfDNA), in un gruppo di donne in gravidanza con feto di sesso maschile. È stato dimostrato che a partire dal primo trimestre di gravidanza è presente nel circolo ematico materno DNA libero (cfDNA), che origina dalla lisi delle cellule materne e placentari. Il NIPT non è un test diagnostico, ma un test di screening che definisce la probabilità che il feto sia affetto da una delle principali trisomie autosomiche (trisomia 21, trisomia 18, trisomia 13) o da un'aneuploidia dei cromosomi sessuali (X, XXX, XXY, XYY).

OBIETTIVI Questo studio è finalizzato ad indagare il livello di conoscenze del personale ostetrico riguardo la diagnosi prenatale, in particolare sul Non Invasive Prenatal Test.

METODI È stato somministrato un questionario online a tutte le ostetriche di Italia, ottenendo 324 risposte totali. Il questionario è composto di venti domande a risposta multipla, in cui solo una risposta poteva essere ammessa. Tutte le domande dovevano essere obbligatoriamente risposte. Il questionario è stato esposto per cinque mesi, da Maggio 2016 a Settembre 2016. Le domande sono state scelte in base alla letteratura e a studi attuali sugli argomenti.

RISULTATI È stato analizzato l'andamento delle risposte corrette e sbagliate nei vari gruppi di domande. Circa i caratteri generali della diagnosi prenatale, è stata ottenuta una media percentuale di risposte corrette del 77.9%. Su cinque domande, una è stata risposta in modo errato dalla maggioranza del personale ostetrico; in particolare tale domanda chiede quale protocollo può essere applicato per ottenere una diagnosi di aneuploidie cromosomiche. Riguardo le domande circa la distinzione tra test diagnostici e di screening, è stata ottenuta una media di risposte corrette più alta, dell'89.65%. Tutte e quattro le domande sono state risposte in modo corretto dalla maggioranza delle ostetriche; da evidenziare come solo il 72.8% è stato in grado di definire su quali analisi si basa il triplo test. Passando all'ultimo gruppo di domande riguardanti il NIPT, sono state fatte domande di carattere generale e altre più specifiche e si è ottenuta una media di risposte corrette del 64.21%. Su undici domande, tre sono state risposte in modo errato. In particolare, non sono chiari alle ostetriche né la sensibilità del test nei confronti delle gravidanze gemellari, né la possibilità del test di determinare il fattore Rh fetale in madri Rh-negative. Inoltre, solo il 40.4% lo ha definito un test di screening, mentre la maggioranza lo ha definito un test diagnostico. Da evidenziare positivamente come il 62.7% delle ostetriche ha riconosciuto nel mosaicismismo placentare una causa di esiti falsi positivi del test.

LIMITI Il questionario è stato somministrato unicamente via online e non cartaceo, nonostante sia stata richiesta la massima sincerità nel rispondere alle varie domande. Inoltre, non è stato richiesto nessun dato anagrafico, poiché si voleva solo studiare il livello di conoscenza; l'età avrebbe potuto far notare eventuali differenze nelle conoscenze.

CONCLUSIONI Tale studio ha dimostrato discrete conoscenze circa i caratteri generali della diagnosi prenatale; ottima conoscenza riguardo la distinzione tra test diagnostici e di screening. Il livello più basso di conoscenze si è ottenuto nel NIPT; si può dire che complessivamente il personale ostetrico ha le conoscenze di base, ma alcuni aspetti sono poco chiari o sconosciuti e andrebbero quindi approfonditi. Tutto ciò si ripercuote sulla mancata visione di insieme del personale ostetrico su tutte le procedure di diagnosi prenatale e sulla difficoltà di gestione dei più giusti protocolli da applicare per ottenere la diagnosi di aneuploidie cromosomiche.

Indirizzo per la corrispondenza

Torbidoni Laura, Ostetrico
Università Politecnica delle Marche - Nessuna
P.zza Roma, 22 - 60121 - Ancona
Email: laura.torbidoni@libero.it

145. La Qualità del Contesto Lavorativo nell'ASUR Area Vasta 5 correlata al Modello Organizzativo Assistenziale

Traini Tiziana, Di Leo Michele, Troiani Silvano

Università Politecnica delle Marche sede di Ascoli Piceno

BACKGROUND Il benessere organizzativo può essere inteso come la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori. In letteratura c'è un ampio accordo nel ritenere che lo stato di benessere di un'organizzazione derivi da un insieme di parametri, tra i quali non può non essere considerato anche il cosiddetto "clima organizzativo", ovvero l'atmosfera prevalente che circonda l'organizzazione, il livello del morale e l'intensità dei sentimenti di appartenenza, di affezione e buona volontà che si riscontrano tra i dipendenti (Mullins, 2005).

OBIETTIVI L'endpoint primario dello studio è quello di valutare la soddisfazione del contesto lavorativo infermieristico nelle Unità Operative di Geriatria (dove viene applicato il modello assistenziale del Case Management), Emodialisi e Rianimazione (nelle quali vige il modello assistenziale "Primary Nursing") e Chirurgia (dove viene applicato il Modello Funzionale o "per compiti"), dell'ASUR Area Vasta 5.

METODI È stato condotto uno studio trasversale, descrittivo, non sperimentale tramite la somministrazione, agli Infermieri delle quattro unità operative dell'ASUR Area Vasta 5 (Chirurgia, Emodialisi, e Rianimazione del Presidio Ospedaliero "C. & G. Mazzoni" e Geriatria del Presidio Ospedaliero "Madonna del Soccorso"), del questionario PES- NWI©, validato a livello internazionale. Sono stati distribuiti 66 questionari dei quali, ne sono stati restituiti compilati 58.

RISULTATI Il campione analizzato è composto da 41 femmine e 17 maschi, cinquantasette dei quali di nazionalità italiana ed uno di nazionalità romena. Secondo quanto emerso dalle medie dei questionari raccolti, si è visto che gli infermieri sono soddisfatti delle circostanze interne alla propria unità operativa; infatti emerge il rapporto positivo con i medici, presenza di attività di supporto per poter dedicare del tempo agli utenti, buone quantità e qualità di personale infermieristico il quale opera attraverso modelli di assistenza infermieristica creando gruppi di lavoro e garantendo la continuità delle cure. Valutando le circostanze esterne all'unità operativa, si è notato che il personale infermieristico non viene coinvolto nelle attività gestionali e amministrative dell'ospedale; viene dichiarato di non avere opportunità di carriera in ambito assistenziale, di non avere la possibilità di prendere parte alle decisioni gestionali, ritengono che il responsabile infermieristico non abbia potere e autorità paragonabili a quelli di altri dirigenti dell'ospedale, che non vi sia possibilità di avanzamento di carriera di non essere ascoltati dall'amministrazione né quest'ultima risponda ai problemi dei dipendenti, né che vi sia un programma attivo di gestione della qualità. I fattori che hanno contribuito a generare la percezione di malcontento, sono gli item che presentano un valore soglia (cut off) sotto la media aritmetica di 2,50; sopra questo valore soglia, l'intervallo medio di valutazione, è stato considerato positivo.

LIMITI Una correlazione tra i vari modelli organizzativi in più strutture assistenziali, avrebbe sicuramente restituito un quadro più ampio riferibile alla qualità del contesto lavorativo e del benessere organizzativo assistenziale, consentendo di individuare degli indicatori predittivi appropriati, che esprimessero il grado di accordo degli infermieri alla consapevolezza del modello assistenziale adottato.

CONCLUSIONI Gli infermieri sono possessori di un'attività professionale che si evolve sempre più, con il progredire delle componenti assistenziali tecniche, relazionali ed educative, pertanto devono essere motivati, nel proprio agire quotidiano, in modo da poter salvaguardare il proprio stato di salute e garantire contestualmente, il benessere dell'utente. Al fine di migliorare il benessere delle unità operative coinvolte, l'azienda dovrebbe dare la possibilità ai professionisti di potersi aggiornare continuamente e favorire la messa in rete di tutte le abilità, in modo di promuovere anche la consulenza infermieristica, nell'ottica di impiegare trasversalmente tutte le competenze acquisite con la formazione specifica. Necessario procedere alla sostituzione degli Infermieri Coordinatori, mancanti in molte unità operative dell'ASUR Area Vasta 5. L'azienda dovrebbe investire maggiormente nella professione infermieristica, nel favorire e permettere la personalizzazione dell'assistenza, l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche e l'adozione di modelli assistenziali moderni. Dalla ricerca emerge che mancano programmi di inserimento degli infermieri neo-assunti, e che il personale infermieristico non è cambiato da anni. Quindi sarebbe auspicabile, che le dirigenze preposte, organizzassero delle mobilità tra unità operative, tali da consentire di cambiare setting assistenziale e sostenere l'engagement professionale.

Indirizzo per la corrispondenza

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

146. Strategie di intervento negli incidenti da annegamento

Traini Tiziana¹, Schinosi Valerio¹, Ceccarani Caterina Stefania², Troiani Silvano¹

¹Università Politecnica delle Marche sede di Ascoli Piceno, ²ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND Nei 53 Paesi della Regione Europea gli annegamenti rappresentano una delle cause principali della morte prematura di 27.000 persone (Sethi, 2013). Ogni ora di ogni giorno più di 40 persone perdono la vita per annegamento. Gran parte di questi incidenti si verifica nei Paesi a reddito basso e medio alto, ma i Paesi a più alto reddito non ne sono esenti, soprattutto per quanto riguarda la mortalità di bambini e giovani. Sono infatti molti gli interventi che possono essere attuati in modo efficace per prevenire questi incidenti. In letteratura, seppur con alcune differenze, l'annegamento è definito come la morte, avvenuta entro 24 ore dall'immersione (dei soli orifizi respiratori) e/o dalla sommersione (dell'intero corpo) in un liquido, risultante dall'asfissia successiva a ostruzione delle vie aeree determinata da laringospasmo e/o aspirazione di liquidi nei polmoni. L'annegamento è l'ottava causa di morte in bambini e adolescenti sotto i 20 anni. La mancanza di barriere nelle piscine e una sorveglianza non adeguata da parte di genitori e adulti rappresentano le principali cause degli annegamenti dei bambini. Altri fattori di rischio sono dovuti a scarsa abilità al nuoto e consapevolezza dei pericoli che possono essere associati all'acqua (comportamenti spavaldi soprattutto da parte di giovani maschi). Un aggiuntivo comportamento ad alto rischio riguarda il consumo di alcol prima o durante le attività di balneazione.

OBIETTIVI Diminuire la mortalità per annegamento in Italia del 50%, azzerare quella dei bambini nel triennio 2016-2018 e costruire una cultura della sicurezza in acqua.

METODI Migliorare la base di dati su annegamenti, annegamenti non fatali, incidenti da tuffi; migliorare le capacità di nuoto dei bambini e dei ragazzi e la consapevolezza dei rischi; coinvolgere scuole, uffici del turismo (tramite associazioni di categoria); elaborare un questionario da distribuire nelle scuole superiori per acquisire dati per effettuare stime sulla cultura della sicurezza in acqua, ecc. Le priorità d'intervento individuate sulla base delle evidenze epidemiologiche riguardano principalmente due categorie di persone e tre tipologie incidenti: • Bambini fino a 10 anni (Migliorare la sorveglianza da parte dei genitori e degli adulti; ISTALLARE barriere protettive per prevenire annegamenti nelle piscine private e condominiali; Educare alla sicurezza in acqua • Ragazzi: 10-18 anni (Migliorare i comportamenti individuali, con programmi di educazione scolastica ed informazione • Incidenti in mare (Educazione nelle scuole e abilità al nuoto) • Incidenti nei laghi e nei fiumi (sviluppare la cultura della sorveglianza) • Incidenti nelle piscine pubbliche e private (la sorveglianza dei genitori va sempre effettuata, anche se sono presenti i bagnini).

RISULTATI Circa il 95% degli incidenti si verifica durante la stagione estiva, nel 90% dei casi in acqua di mare, una buona percentuale delle vittime è di sesso maschile (68,7%). Questi elementi, combinati fra loro, hanno permesso di tracciare l'identikit della vittima di un incidente da annegamento: un turista, più spesso di sesso maschile, con un'età verosimilmente superiore ai 65 anni, che fa il bagno al mare. Studi effettuati in precedenza, hanno consentito infatti di stabilire che la percentuale di mortalità negli incidenti da annegamento è quasi del 30% e che il 90% circa dei decessi, interessa ancora una volta soggetti con un'età superiore ai 65 anni. Come diversi autori sostengono, l'elevata mortalità negli incidenti da annegamento, è da ricondurre principalmente ad un'eccessiva permanenza in acqua, alla presenza di patologie concomitanti tipiche dell'età avanzata e ad un ritardo/difetto nelle manovre rianimatorie.

LIMITI La sicurezza non sempre è considerata parte essenziale della qualità dei servizi di balneazione. Su queste basi sarebbe opportuno progettare un orientamento degli utenti a considerare eticamente e culturalmente insostenibile un trade-off che posponga la protezione della vita umana ad un vantaggio economico di breve periodo.

CONCLUSIONI Il costante miglioramento delle condizioni di sicurezza della balneazione è obiettivo da perseguire con determinazione, utilizzando criteri certi e condivisi, istituendo processi interattivi virtuosi e impiegando ogni strumento necessario e opportuno affinché occasioni di svago, salubrità e contatto con la natura non si trasformino in tragedie. Soprattutto lo richiede il numero delle morti per annegamento che emerge dalle statistiche nazionali e dai mezzi d'informazione: circa 400 con un tasso di mortalità in media attorno ai 6-7 morti per milione di abitanti/anno. L'Infermieristica potrebbe dare un valido contributo al dimensionamento del fenomeno degli annegamenti. La preparazione universitaria, le competenze specialistiche avanzate, l'etica professionale, possono validamente interfacciarsi nei confronti del mondo dello sport agonistico. La presenza degli Infermieri è sempre determinante laddove potrebbero esserci vite da salvare o complicità da gestire.

Indirizzo per la corrispondenza

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

147. Il disturbo post-traumatico da stress correlato ad un evento sismico

Traini Tiziana¹, Troiani Silvano¹, Bachetti Giacomo¹, Loria Massimo²

Università Politecnica delle Marche sede di Ascoli Piceno, ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND Il disturbo Post Traumatico da Stress si manifesta in conseguenza di un fattore, evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri, come, ad esempio, in caso di terremoto, caratterizzato da una vibrazione della crosta terrestre, provocato dallo spostamento improvviso di una massa rocciosa nel sottosuolo.

OBIETTIVI Consentire di elaborare l'esperienza traumatica attraverso una precoce assistenza psicologica.

METODI Secondo il modello psicomotorio, l'impatto degli eventi traumatici sulla mente umana, può essere compreso e curato solo se si riesce ad aiutare la persona a capire il significato profondo di ciò che ha vissuto, correlando l'esperienza traumatica attuale a quelle del passato. inerente i traumi infantili. Per comprendere il trauma, dunque, non basta considerare la forza del trauma esterno ma è fondamentale comprendere l'impatto che tale trauma ha sul soggetto. L'intervento proposto si è basato su alcuni concetti fondamentali: "relazione", "empatia", "ascolto" e "informazione". In Pronto Soccorso, data la brevità del tempo a disposizione per instaurare un contatto psicologico col paziente, si fa ricorso principalmente a empatia, intesa come capacità di cogliere i vissuti emozionali del paziente, evitando la fusionalità e mantenendo la differenziazione tra le persone, e accettazione incondizionata: atteggiamento attraverso cui l'infermiere trasmette un profondo e sincero interesse per il paziente come persona, non contaminato né da pregiudizi sulla persona (sesso, razza, età, ecc.), né da pregiudizi sulle idee e sui comportamenti del paziente. Sia l'atteggiamento empatico che quello di accettazione incondizionata vengono trasmessi al paziente tramite l'utilizzo di tecniche di comunicazione verbale, paraverbale e non verbale. In particolare, si fa ricorso a tecniche di ascolto attivo, di verbalizzazione empatica e di rispecchiamento dei sentimenti.

RISULTATI I dati epidemiologici dimostrano che non tutte le persone esposte al medesimo agente traumatizzante reagiscono nella stessa maniera, e solo alcune, una minoranza, sviluppano sintomi di rilevanza clinica. I risultati confermano l'esistenza di alcune variabili che sembrerebbero spesso presenti in pazienti affetti da DPTS: fattori genetici, familiarità, personalità, traumi pregressi, precedenti problemi comportamentali o psicologici, eventi di vita e, dopo l'episodio, supporto ricevuto e altri traumi subiti. Una precoce assistenza psicologica, permette all'individuo di elaborare l'esperienza traumatica; in assenza di elaborazione, l'individuo è condannato, quasi sempre, agli effetti deleteri del Post Traumatic Stress Disorder, che non si risolvono naturalmente, ma al contrario tendono a cronicizzarsi. Per il trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress sono state utilizzate le tecniche: dell'esposizione (utile per ridurre le situazioni di evitamento); del Ri-etichettamento delle sensazioni somatiche (favorisce una categorizzazione ed una più realistica adesione ad un modello dei sintomi di ansia come effetti della sindrome da stress); del Rilassamento e respirazione addominale (costituiscono uno strumento "sotto controllo" del paziente, per alleggerire la tensione e lo stress); della Ristrutturazione cognitiva (il soggetto può essere aiutato a riconoscere i propri pensieri automatici e spontanei che spesso sono intrusivi, rapidi ed istantanei); dell'EMDR (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari); dell' Homework (i cosiddetti "compiti per casa", da attuare tra una seduta e l'altra).

LIMITI In un contesto di emergenza, le dimensioni di spazio e di tempo non presentano carattere di un contesto di setting definito. Il limite più significativo riscontrato in Pronto Soccorso è stato quello di non avere a disposizione una stanza predisposta a sportello psicologico.

CONCLUSIONI Agli Infermieri sono richieste particolari competenze relazionali, educative e comunicative nell'applicazione del problem solving per la costruzione del processo di nursing. In questa situazione inusuale e drammatica, il processo di nursing si è avvalso del metodo deduttivo, che studiosi di tutto il mondo, hanno applicato ai 35 bisogni destinati all'individuo-uomo, alla famiglia, alla comunità, raggruppandoli in tre aree: • Bisogni di sopravvivenza (adattamento alla gestione dello stress, integrità sensoriale, sicurezza, protezione da paure eccessive, dall'ansia, dal disordine, oltre ai bisogni primari, quali mangiare, dormire, respirare, eliminare, introdurre i liquidi, ecc.) • Bisogni di vicinanza (accettazione di sé e degli altri, appartenenza, attenzione, apprezzamento, fiducia, ecc.) • Bisogni di libertà (autocontrollo, autodeterminazione, responsabilità, autonomia, autorealizzazione, concettualizzazione, razionalità, scelta, libertà dal dolore, territorialità, integrità spirituale, risoluzione di problemi, ecc.).

Indirizzo per la corrispondenza

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

148. Approccio olistico alla persona con diabete: l'esperienza della Scuola di Diabete

Troiani Silvano¹, Sorgi Claudio², Poli Cinzia¹, Traini Tiziana¹

¹Università Politecnica delle Marche sede di Ascoli Piceno, ²ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND Il diabete mellito è una malattia di grande rilievo sociale ed esercita un notevole impatto socio-economico sui vari sistemi nazionali per l'entità della sua diffusione e la gravità delle sue complicanze. Seppur sia difficile fornire delle stime precise del costo delle cure sanitarie per il diabete in Italia e nel Mondo, è indubbio come queste influiscano pesantemente sulle finanze dei vari sistemi sanitari nazionali. Secondo la Banca Mondiale, per fronteggiare il diabete nel mondo si spendono 400 miliardi di dollari l'anno. In Italia, ciascun paziente costa al Servizio sanitario nazionale 2.589 euro l'anno e le terapie costano al Sistema Sanitario Nazionale attorno al 9% del bilancio, ovvero circa 8,26 miliardi di euro ogni anno. La "Scuola di Diabete" è un progetto educativo formale innovativo rivolto a tutta la popolazione con approccio multidisciplinare e multi professionale con l'attivo coinvolgimento delle persone al fine di ottenere i risultati migliori. Il progetto è stato pensato per varie fasce di popolazione: diabetici, non diabetici (prevenzione primaria), persone a rischio di sviluppare la malattia diabetica, familiari di persone diabetiche e caregivers, con più di 18 anni. Il setting utilizzato è esterno all'ambiente ospedaliero, svolto in modalità itinerante, modificabile insieme all'orario delle sedute, per soddisfare le diverse esigenze della popolazione e per rafforzare l'importanza della prevenzione primaria (extra ospedaliera). Gli obiettivi della "Scuola di diabete" sono quelli di fornire gli strumenti e le conoscenze ai partecipanti per poter prevenire l'eventuale insorgenza del diabete di tipo 2 (attraverso un corretto stile di vita) e di migliorare l'aderenza ai vari trattamenti nei pazienti già affetti da tale patologia con continui rinforzi educativi. Il progetto prevede un percorso modulare, destinando un argomento ad ogni lezione: diabete e complicanze, piede diabetico, attività fisica, alimentazione, trattamento, ipoglicemia ed autocontrollo e motivazione, argomenti scelti e trattati in altri progetti educativi, con l'obiettivo di incrementare le conoscenze nella gestione del diabete. Ogni incontro prevede una parte di lezione teorica/frontale ed una parte pratica svolta con esercizi, giochi ed attività pratiche attinenti all'argomento trattato.

OBIETTIVI Valutare l'efficacia del progetto "Scuola di Diabete" attraverso dati oggettivi quali i valori dell'HbA1c in pazienti che affrontano il percorso scuola, rispetto ai pazienti che affrontano il normale percorso previsto per i diabetici nell'unità operativa diabetologia, attraverso la comparazione dei livelli di HbA1c prima e dopo l'intervento, sia nel gruppo sperimentale (partecipanti scuola) che nel gruppo controllo.

METODI Attraverso un prelievo ematico, ai partecipanti della Scuola di Diabete (U.O. Diabetologia Asur Marche Area Vasta 5) viene assegnato un valore di emoglobina glicata esattamente prima di iniziare il loro percorso di formazione e lo ripetono a 6 mesi di distanza. Criteri di inclusione: persone con età superiore a 18 anni, diabetici invitati a partecipare al percorso e volontari iscritti alla "Scuola di Diabete". Entrambe le categorie di partecipanti sono state selezionate in modalità randomizzata. L'anonimato è stato garantito attraverso l'assegnazione di un codice ai 100 partecipanti allo studio e i valori di emoglobina glicata sono stati regolarmente registrati e sono consultabili nel database MyStar del Centro Diabetologico dell'Asur Area Vasta 5 (P.O. "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno), collegato con gli altri centri dell'Asur Marche.

RISULTATI Dai risultati ottenuti si può affermare che entrambi i percorsi analizzati sono validi. Si può comunque notare come i partecipanti alla "Scuola di Diabete" abbiano migliorato i loro livelli di Hb glicata, rispetto al gruppo controllo. Questo miglioramento valida in maniera oggettiva l'efficacia del percorso, ma allo stesso modo, come un progetto che valuti costantemente i propri assistiti e li sproni e motivi ad un corretto stile di vita, porti al cambiamento più marcato dello stile di vita. La minima differenza statistica può essere dovuta al numero esiguo dei partecipanti allo studio, insufficiente per poter studiare l'ampiezza del fenomeno. Considerate le sole 6 edizioni della "scuola" (valutando che quasi il 50% dei partecipanti sono non diabetici), tale era il numero massimo di aderenti che potesse permettere anche una corretta randomizzazione. L'efficacia del percorso ospedaliero dell'Area Vasta 5, tende costantemente a migliorarsi nel seguire in maniera attenta e con molte attività di follow-up i pazienti diabetici.

LIMITI Follow up (6 mesi), eseguito a breve distanza di tempo.

CONCLUSIONI Sebbene i sei mesi di follow-up siano sufficienti per osservare i miglioramenti nei valori di HbA1c, il percorso "Scuola di diabete" può infondere più consapevolezza e persistenza delle conoscenze acquisite e dei cambiamenti dello stile di vita, se osservato in un tempo di follow-up di almeno due-tre anni.

Indirizzo per la corrispondenza

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

149. Adolescenti e fragilità

Troiani Silvano¹, Traini Tiziana¹, Luciani Daniele², Del Vais Giulia², Mercatili Maria Grazia²

¹Università Politecnica delle Marche sede di Ascoli Piceno, ²ASUR Marche Area Vasta 5 Ascoli Piceno

BACKGROUND Promuovere la salute rappresenta una rivoluzione filosofica e strategica nello sviluppo delle moderne politiche sanitarie aziendali, in grado di stimolare la partecipazione attiva del cittadino lungo il percorso del proprio empowerment. Nella moderna era digitale, risulta di fondamentale importanza progettare e realizzare una comunicazione telematica integrata, la cui efficacia è predisponente, soprattutto nel mondo degli adolescenti. L'adolescenza potrebbe essere considerata come un'efficace tappa nell'affrontare e prevenire problematiche inerenti la crescita, la dispersione scolastica, l'insuccesso, ma anche prevenzione delle situazioni di disagio e/o di rischio (droghe, devianze, ecc.), e di sofferenza (es. disturbi alimentari). L'utilizzo dei social network rivolti agli adolescenti per la prevenzione e promozione della salute, è stato promosso per la prima volta, nel 2012, dalla Regione Toscana. L'idea di sperimentare un percorso ritenuto di buona pratica promozionale della salute, anche nella nostra realtà, completamente anonimo e gratuito, è stato ritenuto valido al fine di intercettare eventuali problemi adolescenziali complessi, e di offrire supporto di auto-aiuto e counseling online (su argomenti quali le infezioni sessualmente trasmesse, la contraccezione, le sostanze, ecc), rivolto a ragazzi/e di età compresa fra 14-20 anni, frequentanti gli Istituti secondari di II grado afferenti al territorio dell'A.V. n 5 e gestito da peer educator. Il focus dell'intervento dei peer è quello di mettere virtualmente a disposizione dei richiedenti, le proprie competenze nelle tematiche di interesse e di offrire ascolto e/o di intercettazione di situazioni a rischio, per l'acquisizione in un momento di crisi, di errati stili di vita ed atteggiamenti che possono compromettere il futuro stato di salute.

OBIETTIVI L'educazione in questo contesto, propone di stimolare una partecipazione attiva dei cittadini alle scelte personali e sociali e quindi alla costruzione del loro empowerment. Questi stakeholders, sono da raggiungere nel modo più adeguato possibile. La massiccia diffusione della informazione, relazione e comunicazione via rete, offre molteplici e certe, dimensioni. La sfida è tradurre queste conoscenze in interventi, strategie programmi e politiche che possano aiutare a promuovere scelte sanitarie efficaci soprattutto nelle nuove generazioni.

METODI È stato costruito un gruppo formato da 4 studenti volontari del Corso di Laurea in Infermieristica dell'UNIVPM del Polo di Ascoli Piceno ed alcuni Professionisti di diverse professionalità (Medici e Psicologi) dell'Asur Marche Area Vasta n. 5. Il percorso formativo ha avuto la durata di circa 16 ore distribuite in 4 incontri, mediante formazione interattiva, esercitazioni, discussioni, visione di spot e materiale costruito dai peer stessi, nelle tematiche individuate. Il percorso si è concluso con la costruzione e l'attivazione di una pagina facebook e di un gruppo WhatsApp dedicati alla "peer education". Gli outcomes previsti sono: Valutazione del n. dei contatti pagina facebook, n. chat in entrata, n. visualizzazioni post pubblicati, n. incontri peer, n. incontri rete nazionale Youngle.

RISULTATI La collaborazione fra UNIVPM ed ASUR ha permesso di sviluppare sinergie professionali fra i protagonisti della formazione infermieristica, nel valorizzare e sviluppare nuove metodologie educative. Il progetto benché non sia ancora concluso, ha già fornito dati importanti riguardo gli interventi posti in essere. Risulta infatti efficace e funzionale lo strumento della chat per raccogliere i disagi degli adolescenti, come anche la possibilità offerta agli stessi, di poter liberamente ed anonimamente uscire dal proprio isolamento sociale. L'utilizzo di strategie comunicative tramite Facebook e WhatsApp, ha permesso un dialogo continuo tra operatori e ragazzi in una prospettiva di scambio, rinforzo e sostegno.

LIMITI Impossibilità a raggiungere gli adolescenti che non utilizzano la navigazione in rete, né i social network facebook e whatsapp. I risultati del progetto sono ancora parziali.

CONCLUSIONI L'adesione degli studenti infermieri (esclusa una unità che ha rinunciato dopo il primo incontro formativo), degli operatori e la loro collaborazione, costituiscono un riscontro positivo di grande sintonia di intenti e di gradimento sia per i "peer" che per gli "aderenti" (adolescenti). Anche se non vi sono risultati definitivi del percorso implementato, è importante sottolineare come la tecnologia rappresenta un interessante strumento per il dialogo tra i giovani e come i social network possono generare processi di riflessione sui comportamenti degli adolescenti e promozione della salute, ma non solo può infatti incrementare le azioni correttive favorendo l'apprendimento di interventi preventivi su tematiche di salute e devianze, quindi una forma efficace di comunicazione, offrendo una buona prospettiva di sostenibilità ed efficacia.

Indirizzo per la corrispondenza

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

150. L'accertamento infermieristico in emodialisi: studio osservazionale

Vigilante Carla, Dignani Lucia

AOU Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND La persona affetta da insufficienza renale cronica terminale affronta l'esperienza di un cambiamento radicale della propria vita: per la riduzione dell'efficienza fisica, le restrizioni alimentari, l'onere dei sintomi, le modifiche nei rapporti sociali, il legame indissolubile con la macchina di dialisi ed il personale sanitario. Mentre in passato il ruolo infermieristico nel contesto dialitico era prevalentemente tecnico, in tempi moderni il focus del nursing si sta muovendo verso l'umanizzazione delle cure, dove la dignità, il sostegno e il coinvolgimento dell'assistito e della sua famiglia occupano un ruolo fondamentale. L'erogazione di un'assistenza infermieristica appropriata dipende in modo cruciale dalla possibilità di accesso e dalla buona qualità delle informazioni relative all'assistito. In questo contesto la documentazione sanitaria riveste un ruolo di primaria importanza e in particolar modo l'accertamento infermieristico rappresenta il primo passo per una presa in carico della persona assistita che consideri tutti i suoi bisogni.

OBIETTIVI Gli obiettivi dello studio erano: evidenziare le principali aree di accertamento infermieristico in un setting dialitico; creare delle schede di accertamento infermieristico secondo modello Gordon.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo che ha coinvolto il personale infermieristico di setting dialitico di un ospedale marchigiano, secondo una modalità di convenienza. Per l'indagine è stato creato un questionario costruito ad hoc, costituito da due sezioni: una per la rilevazione delle variabili socio-demografiche del campione, l'altra tesa ad evidenziare possibili aree di accertamento basate sugli 11 modelli funzionali di M. Gordon. Quest'ultima sezione era composta da 178 items a cui doveva essere attribuito un punteggio su scala likert da 0 a 10 (0 = inappropriato, 10 = assolutamente appropriato), per indicare il livello di appropriatezza delle aree di accertamento individuate per l'assistito che accede in setting dialitico. L'indagine è stata condotta nel periodo maggio-giugno 2015. L'analisi dei dati è stata realizzata mediante Microsoft Excel.

RISULTATI Hanno partecipato allo studio il 74.2% degli infermieri indagati. Il campione era prevalentemente femminile (73,9 %), con un'età media di 47.1 (DS 8.7) anni, e un'esperienza media di servizio in Emodialisi di 17.1 (DS 9.1) anni. Rispetto al titolo abilitante, è emerso che il 60.9% del campione era in possesso del Diploma Regionale, il 4.3% del Diploma Universitario e il 34.8% della Laurea. Per quanto riguarda le aree di accertamento, il cut off è stato stabilito a posteriori, dopo la raccolta dati. Sono stati considerati tutti gli items a cui è stato attribuito un punteggio $\geq$ 8. Dei 178 items proposti, sono stati inclusi nell'accertamento 69 items. I punteggi più alti sono stati attribuiti agli items relativi ai seguenti modelli funzionali: nutrizionale-metabolico, poiché le restrizioni alimentari sono necessarie a preservare il rischio di sintomatologie acute; attività ed esercizio fisico, in quanto la persona affetta da insufficienza renale cronica terminale è solitamente soggetta ad una riduzione dell'efficienza fisica; percezione e concetto di sé, a causa della possibile alterazione dell'immagine corporea e della capacità di relazionarsi con gli altri. I 69 items sono stati poi inseriti all'interno delle schede di accertamento infermieristico.

LIMITI Il principale limite è rappresentato dall'aver condotto la ricerca considerando come campione solo gli infermieri di una Unità Operativa. Questo pone dei limiti alla validità esterna dello studio. Successive ricerche potrebbero impiegare campioni più ampi, al fine di evidenziare in modo più esaustivo gli items per l'accertamento infermieristico nel setting dialitico.

CONCLUSIONI La novità apportata da questo lavoro risiede nell'aver fatto emergere le aree di accertamento appropriate per la particolare tipologia di assistito, grazie al contributo di infermieri esperti nell'assistenza a persone sottoposte a trattamento dialitico. Il coinvolgimento diretto del gruppo infermieristico considerato ha sensibilizzato il personale sulla necessità di effettuare un corretto accertamento e quindi una corretta presa in carico della persona assistita.

Indirizzo per la corrispondenza

Vigilante Carla, Infermiere

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

Via Conca, 71 - 60126 - Ancona

Email: carlavigilante83@yahoo.it

151. La cartella infermieristica in emodialisi: analisi di una esperienza

Vigilante Carla, Dignani Lucia

AOU Ospedali Riuniti di Ancona

BACKGROUND La letteratura nazionale ed internazionale evidenzia l'importanza della documentazione infermieristica come elemento fondamentale per garantire la continuità assistenziale e la sicurezza delle persone assistite. Tuttavia, ci sono realtà assistenziali in cui la documentazione appare incompleta o assente, o dove presente, spesso risulta caratterizzata da soggettività, casualità e scarsa qualità. Queste carenze hanno il potenziale di determinare outcomes negativi sulla salute degli assistiti. L'erogazione di un'assistenza infermieristica corretta e appropriata dipende quindi in modo cruciale dalla possibilità di accesso e dalla buona qualità delle informazioni relative all'assistito. Inoltre, da un punto di vista legislativo, la documentazione rappresenta un requisito imprescindibile. Nell'UO di Emodialisi di un ospedale marchigiano, per far fronte alla necessità di uniformarsi alle direttive aziendali, e di elevare gli standard assistenziali a criteri di sicurezza e qualità, è stata elaborata una documentazione infermieristica appropriata per il setting dialitico. Tale cartella infermieristica è stata costruita in modo da considerare in modo olistico l'assistito, cogliendo gli aspetti tipici e le peculiarità della persona che viene sottoposta a trattamento dialitico. Alla luce di questo cambiamento, risulta interessante indagare gli effetti dell'introduzione del nuovo sistema documentale.

OBIETTIVI valutare la qualità della documentazione in un setting dialitico dopo inserimento di apposita cartella infermieristica.

METODI È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo. La raccolta dati è avvenuta a maggio 2016, e ha coinvolto tutte le cartelle infermieristiche oggetto di sperimentazione nell'U.O. di Emodialisi di un ospedale marchigiano, pari al 20% degli assistiti in trattamento. Per la rilevazione dei dati è stato costruito ad hoc un apposito strumento, formato da 16 check list, una per la valutazione di ogni scheda componente la cartella infermieristica. Ogni check list era composta da due sezioni: una per la valutazione dei requisiti generali richiesti per l'accreditamento, una per i requisiti della corretta compilazione della documentazione sanitaria. Ogni item prevedeva una risposta dicotomica ("conforme" – "non conforme"). L'analisi dei dati è stata condotta attraverso il database Microsoft Excel.

RISULTATI L'analisi descrittiva ha evidenziato le caratteristiche degli assistiti considerati nel campione. È emerso che per l'esecuzione della terapia dialitica sono utilizzati prevalentemente gli accessi venosi centrali (52,9%) mentre il 47,1% delle persone studiate accede alla terapia dialitica attraverso la puntura di una fistola artero-venosa; di questi, il 5,9% esegue la tecnica del Button. Gli assistiti presentano nel 12% dei casi lesioni da pressione, sono a rischio di caduta nel 58%, e necessitano di trasporto nel 71% dei casi. Per quanto riguarda la qualità della documentazione, è risultato che nonostante siano presenti tutti gli elementi che fanno rispondere la documentazione ai requisiti per l'accreditamento, sono presenti delle criticità legate alla modalità di compilazione da parte del personale infermieristico. La cartella infatti risulta incompleta nel 17.6% dei casi, scarsamente leggibile nel 17.6% dei casi, con annotazioni poco pertinenti nel 29.6 dei casi.

LIMITI I principali limiti dello studio sono rappresentati dalla ridotta numerosità campionaria e dall'utilizzo di uno strumento di valutazione appositamente creato.

CONCLUSIONI L'analisi della qualità della documentazione infermieristica oggetto di sperimentazione ha permesso di far emergere alcune criticità riguardanti la modalità di compilazione. Se in parte le carenze evidenziate possono essere attribuite all'aspetto grafico dello strumento documentale introdotto, in parte sembrano legate alla resistenza del personale a mettere in atto il cambiamento. Lo studio ha delineato la necessità di realizzare ulteriori momenti formativi col personale infermieristico e audit periodici per orientare l'approccio alla documentazione ad una maggiore qualità.

Indirizzo per la corrispondenza

Vigilante Carla, Infermiere

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

Via Conca, 71 - 60126 - Ancona

Email: carlavigilante83@yahoo.it

152. Attesa in pronto soccorso? La soluzione al Mauriziano la cerchiamo in “Toyota”

Vigna Iolanda, Villa Enrico, Mitola Barbara, Vallino Domenico, Di Benedetto Grazia, Cottino Aldo, Arione Roberto

AO Ordine Mauriziano di Torino

BACKGROUND Il Mauriziano è un ospedale, sito in area centrale di Torino, dotato di aree di alta specializzazione, supportate da un'area di assistenza di base. In generale il Presidio è organizzato secondo un modello assistenziale che prevede per l'attività di ricovero aree di degenza omogenee, identificando posti letto dipartimentali in area medica ed in area chirurgica destinati alle singole specialità, superando la logica organizzativa per reparti specialistici. L'ospedale è sede di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione di II livello (circa 60.000 passaggi/anno) con struttura suddivisa funzionalmente in due aree: - giallo-rossa: a maggiore intensità di assistenza, - verde-bianca: per i pazienti meno critici, che sono quelli più soggetti ad attese, anche lunghe, durante le quali necessitano di rivalutazione periodica. Il progetto, che vede coinvolto un team multidisciplinare e multiprofessionale (medici e infermieri del DEA, medici della Direzione Medica di Presidio e figure di formazione ingegneristica), ha preso in considerazione il percorso dei pazienti con codice verde e giallo e con dolore toracico o addominale.

OBIETTIVI Obiettivi del progetto erano: - valutare le tempistiche del PS (Pronto Soccorso), dall'arrivo al triage, dal triage alla visita d'ingresso, dalla richiesta alla effettuazione di consulenze e di permanenza totale. - valutare i percorsi interni al PS.

METODI Il progetto è iniziato ad aprile 2016, con la costituzione del gruppo di lavoro e la condivisione di metodologia e obiettivi, È seguita la rilevazione dei dati (maggio e giugno), la loro elaborazione e la presentazione al personale medico ed infermieristico del servizio (settembre), per la loro lettura ed interpretazione e per l'elaborazione di un progetto di miglioramento. Le diverse fasi sono state possibili sia grazie al software in uso nel presidio sia grazie alla collaborazione di uno studente del Politecnico, che ha svolto un periodo di tirocinio in ospedale. Un'ulteriore interessante elaborazione è stata la creazione di una spaghetti map, rappresentando esattamente gli spostamenti dei pazienti su una piantina del DEA per capire quali fossero le aree maggiormente affollate e trafficate.

RISULTATI Nel periodo considerato sono transitate in PS 3029 persone; di queste il 18% erano pazienti inclusi nell'indagine. I pazienti con tempo d'attesa maggiore sono risultati quelli arrivati nelle ore centrali della giornata e anche dopo, quando il flusso di ingressi cala, ma il numero di persone presenti è ancora rilevante, complici anche il cambio di turno del personale e la pausa pranzo. Il maggior afflusso in PS si ha dalle 8 alle 12 (1/3 delle persone di tutta la giornata). Analizzando il tempo d'attesa per la visita medica, per poco più del 26% dei codici gialli era entro 20 minuti dal triage e per circa il 35% dei pazienti con codice verde meno di un'ora e mezza. L'attesa per consulenze specialistiche è risultata inferiore a due ore dalla richiesta. Per quanto riguarda i flussi in dimissione, il picco si osserva nel pomeriggio. L'incidenza degli accessi e delle dimissioni nella settimana si distribuisce uniformemente, con un lieve calo, soprattutto per le dimissioni, nel week-end.

LIMITI I risultati ottenuti non sempre sono applicabili per limiti di personale e risorse. Dal punto di vista metodologico il maggiore limite è stato quello temporale relativo al periodo considerato. Si ipotizza la prosecuzione a breve del progetto, con il coinvolgimento di un altro studente del Politecnico.

CONCLUSIONI Sulla base delle analisi effettuate è stato proposto di modificare gli orari di presenza del personale, con anticipo dell'inizio di un turno sia medico sia infermieristico. Per quanto riguarda la spaghetti map, essendo la zona di maggior traffico circoscritta in una zona piuttosto limitata del PS, il layout attuale è risultato appropriato.

Indirizzo per la corrispondenza

Arione Roberto, Medico Chirurgo
Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino - Direzione Sanitaria
Via Magellano, 1 - 10128 - Torino
Email: rarione@mauriziano.it

153. Continuità assistenziale e percorsi di cura integrati ospedale-territorio per le bambine ed i bambini con speciali bisogni di salute: dal progetto SpenK dell'Emilia Romagna al progetto del Friuli Venezia Giulia

Zanello Elisa¹, Scannapieco Gianluigi¹, Ronfani Luca¹, Davi Franca¹, Rucci Paola², Faldella Giacomo³, Mariapia Fantini²

¹IRCCS materno infantile Burlo Garofolo di Trieste, ²Università di Bologna, ³Policlinico S. Orsola-Malpighi

BACKGROUND I bambini e adolescenti con bisogni speciali di salute rappresentano una piccola ma importante frazione della popolazione pediatrica, per gli alti costi per il sistema sanitario, il rischio di minore qualità delle cure, di bisogni sanitari non soddisfatti ed esiti di salute negativi. Il coordinamento delle cure e la continuità assistenziale sono elementi essenziali per un'adeguata presa in carico di questi pazienti. In Emilia Romagna, il progetto di ricerca "Special Needs Kids- SpenK" ha indagato le dimissioni protette e i percorsi integrati ospedale-territorio nella provincia di Bologna per neonati e bambini ad alta complessità assistenziale. Il progetto ha rilevato una certa variabilità di procedure implementate dalle aziende, che richiede maggiore standardizzazione dei percorsi e coordinamento degli attori coinvolti. Inoltre, ha individuato la continuità assistenziale e l'empowerment come elementi significativi nell'esperienza delle famiglie e la misurazione della continuità percepita come strumento utile per individuare aree di miglioramento. Ha anche riscontrato una certa variabilità nel ruolo giocato dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) per il coordinamento delle cure ed il potenziale nel prevenire l'uso inappropriato dei servizi. Infine, ha confermato un maggiore utilizzo di risorse e servizi sanitari, soprattutto ospedalieri, nei nati pretermine rispetto ad altre condizioni. In Friuli-Venezia Giulia (FVG), l'IRCCS materno-infantile Burlo Garofolo di Trieste sta avviando un progetto di ricerca, partendo da esperienze e risultati del Progetto SpenK, per indagare la continuità assistenziale per bambini e adolescenti con bisogni speciali di salute. Attualmente, infatti, l'IRCCS Burlo Garofolo sta implementando un sistema di "continuità assistenziale" che prevede l'attivazione di una rete di attori per i percorsi di cura integrati ospedale-territorio in tutta la regione, che coinvolge: PLS/Medici di Medicina Generale (MMG), Aziende per l'Assistenza Sanitaria (AAS) e altri servizi socio-sanitari del Sistema Sanitario Regionale (SSR).

OBIETTIVI Obiettivo principale è indagare la continuità assistenziale per bambini e adolescenti con bisogni speciali di salute residenti in FVG e assistiti dall'IRCCS Burlo Garofolo in collaborazione con servizi e professionisti del SSR, sulle orme di quanto fatto in Emilia Romagna. Obiettivi secondari sono: (1) rilevare le modalità operative adottate dalle diverse AAS per la continuità assistenziale, (2) evidenziare il ruolo svolto da Servizi Territoriali e PLS/MMG nel coordinamento delle cure, (3) rilevare il punto di vista delle famiglie su bisogni, continuità ed empowerment, (4) rilevare gli esiti di salute dei bambini a 12 mesi.

METODI Lo studio osservazionale prospettico area-based (regione) prevede il reclutamento per 12 mesi dei pazienti pediatrici dell'IRCCS Burlo Garofolo, residenti in regione, dimessi dall'IRCCS con una nuova attivazione o modifica di quella già in corso del servizio di "Continuità Assistenziale", da parte dell'Ufficio competente presso la Direzione Sanitaria dell'IRCCS, con un periodo di follow-up di 12 mesi per ognuno. Parallelamente si indagherà la tematica da tre prospettive: (1) organizzazione, con la costituzione di un board di coordinamento di stakeholder per l'identificazione e discussione dei modelli di continuità assistenziale in uso in regione, (2) professionisti e servizi, con la raccolta di informazioni attraverso l'adattamento di uno strumento sviluppato nell'ambito del progetto SpenK (adattamento SpenK-FP) sulle attività svolte per i pazienti nel periodo di follow-up, (3) famiglie, con il coinvolgimento in un percorso strutturato di focus group sull'empowerment rispetto alla gestione dei bisogni del bambino a domicilio e la somministrazione di una misura della continuità percepita validata nell'ambito del progetto SpenK (SpenK-Q).

RISULTATI Il primo risultato atteso di questo studio è la ricognizione dei diversi modelli organizzativi in essere in FVG per la continuità assistenziale per bambini e adolescenti con bisogni speciali di salute. Inoltre, si mira a ottenere una valutazione, da parte del personale sanitario e delle famiglie, della continuità delle cure erogate ed a rilevare gli esiti ad un anno dei pazienti inclusi.

LIMITI Il progetto del FVG parte dall'esperienza del progetto emiliano-romagnolo impegnandosi a superare alcuni limiti riscontrati, relativi alla scarsa partecipazione dei PLS/MMG allo studio e all'esclusione delle famiglie con difficoltà di comprensione della lingua italiana, e a rilevare informazioni sulle attività svolte dai professionisti del territorio coinvolti.

CONCLUSIONI Complessivamente, il lavoro svolto consentirà di individuare possibili criticità e opportunità di miglioramento in un'ottica di uguaglianza di accesso ed equità delle cure nel territorio regionale, per una categoria di pazienti "fragili" ed a rischio di frammentarietà delle cure ed esiti negativi di salute.

Indirizzo per la corrispondenza

Zanello Elisa, Psicologo
I.R.C.C.S. Materno Infantile Burlo Garofolo - Direzione Sanitaria
Via dell'Istria, 65/1 - 34137 - Trieste
Email: elisazanello@gmail.com