

# **2<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE®**

Dall'Evidence-based Practice  
alla Clinical Governance

*Bologna, 9 febbraio 2007*

**Abstract book**

## INDICE

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

1. **COME EDUCARE GLI STUDENTI DI MEDICINA ALL'EBM: L'ESPERIENZA MESSINESE**  
Arcoraci V, Buemi M, Carducci Arsenio A, Caputi A, Catania A, Cucinotta D, Fimiani V, Fries W, Guarneri F, **Magazzù G**, Oreto G, Pagliaro L, Raimondo G, Spina E, Squadrito G, Vermiglio F, Vita G, Vita GS
2. ADOZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA NELLE PEDIATRIE OSPEDALIERE IN PUGLIA  
Aquilino A, Marseglia C, Avorio F, Foschino Barbaro MG, Lippolis R
3. **UN PERCORSO FORMATIVO BASATO SULLE EVIDENZE PER I FUTURI SPECIALISTI IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA**  
Barbadoro P, **Fiacchini D**, Biondi M, Di Stanislao F
4. STRATEGIE ADOTTATE DALLE FARMACIE OSPEDALIERE DELL'ASL 14 – VCO PIEMONTE PER MINIMIZZARE GLI ERRORI DI TERAPIA  
Buzzi M, Allegri P, Cassani F, Pingitore A, Rodenghi B
5. **ESPERIENZA DI UN PERCORSO FORMATIVO DI EVIDENCE BASED PRACTICE IN AMBITO SANITARIO**  
Calabro A, **Monacelli E**, Morcellini R, Patoia L, Rocchi R
6. **PRESENTAZIONE E STATO DELL'ARTE DEL PROGETTO DIAMANTE: UN MODELLO PER L'INSEGNAMENTO DELL'EBCP**  
Chiari P, **Mosci D**
7. **PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL TRAUMA CRANICO LIEVE E MODERATO NELL'OSPEDALE SPOKE**  
**Ciucci G**, Rasi F, Pazzaglia M, Querzani P, Cuscini M, Begliardi Ghidini C, Baccarini F, Missiroli P, Minguzzi T, Zauli T, Servadei F
8. **DIDATTICA INTERATTIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA DIAGNOSTICA BASATA SULLE EVIDENZE NEI CORSI DI LAUREA SANITARI MAGISTRALI: VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' E DI UTILITA'.**  
Conti A, **Conti AA**, Gensini GF
9. DIDATTICA DELLA "STORIA DELLA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE" NELLA FACOLTA' MEDICA FIORENTINA: UN MODELLO CHE METTE IN RELAZIONE L'EVIDENZA STORICA CON GLI ELEMENTI METODOLOGICI DELLA SANITA' ATTUALE.  
Conti AA, Gensini GF
10. **PROGETTO DI CONDUZIONE DI QUATTO AUDIT CLINICI STRUTTURATI IN UN DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA**  
**Descovich C**, Cinelli P, Gennari E, Giordano I, Guidetti A, Annicchiarico M
11. **L'ERRORE NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA: QUALI DIFESE?**  
**Gabutti G**, Curti M.
12. **IL CODICE DI AUTOREGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON L'INDUSTRIA: UN PERCORSO DI FORMAZIONE**  
**Gangemi M**, Siracusano MF
13. **PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE CLINICA DEI CVC.**  
**Mascella F**, Mazzufero F, Carbonari L, Pezzetti P, Ibrahim R, Fioretti C, Pomponio G
14. ESPERIENZA DI IMPLEMENTAZIONE DEL GOVERNO CLINICO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO S. ORSOLA MALPIGHI DI BOLOGNA  
Modena L
15. **ECCE: LE MIGLIORI PROVE DI EFFICACIA IN UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE A DISTANZA NAZIONALE**  
**Moja L**, Moschetti I, Manfrini R, Deligant C, Dri P, Compagnoni A, Cinquini M, Sala V, Addis A, Liberati A

16. **LA VALUTAZIONE DELLA SVIP (SCHEDA INFORMATIZZATA DI VALUTAZIONE PLURIDIMENSIONALE) ATTRAVERSO DOCDAT UNO STRUMENTO VALIDATO PER LA DEFINIZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATABASE IN MEDICINA**  
Montanari U, Garufi GP, Mercuri M, Quadrelli D, Donato G, Patti AL, Berti F
17. **ASSISTENZA FARMACEUTICA, EVIDENZE SCIENTIFICHE E RIDUZIONE DEI COSTI**  
Musicco F
18. **VALUTAZIONE DI EFFICACIA A SEI MESI DI UN CORSO DI FORMAZIONE BASATO SULLE LINEE GUIDA**  
Nati G, Calzini V, Fiorillo A, Sabatini M, Schipani A, Grasso G
19. **L'EFFICACIA DELL'EDUCAZIONE NEL PAZIENTE DISFAGICO POST-STROKE: STUDIO QUASI SPERIMENTALE PRAGMATICO.**  
Palese A, Rapetti G, Casano N, Romito D
20. **PROGETTO PER LA PROMOZIONE DELLA FUNZIONE DI RICERCA E INNOVAZIONE TRA LE ATTIVITÀ ORDINARIE, SISTEMATICHE E CONTINUATIVE DELL'AZIENDA USL DI RIMINI**  
Panzini I, Santini L, Montalti M, Ferrari S, Boccaforno N, Zanzani G, Lovecchio S
21. **EDUCAZIONE TERAPEUTICA IN DIABETOLOGIA**  
Pelizzola D, Zampini MA, Frezzati E
22. **DALLE LINEE GUIDA AI PIANI DI CURA: GESTIRE UNA UO DI SALUTE MENTALE**  
Pellegrino F
23. **LA CULTURA DELLE EVIDENZE: UN PROGETTO FORMATIVO PER LA MEDICINA DI LABORATORIO**  
Pezzati P, Colotti A, Setti L, Messeri G
24. **IPOSTESI DI ISTITUZIONE DI UNA UNITÀ ORGANIZZATIVA INTERDIPARTIMENTALE DI METODOLOGIA CLINICA**  
Romano E, Barbieri S, Bologna F, Stefani R, Virgillito A, Conti A
25. **LIVELLI MULTIDIMENSIONALI DI ANALISI PER LE DECISIONI IN MEDICINA: EBM E POSSIBILI BIAS COGNITIVE NELLA VALUTAZIONE DELL'INTRODUZIONE DEI NUOVI FARMACI**  
Rubba F, Cuccaro P, Della Vecchia A, Quagliata L, Scafarto MV, Triassi M, Trevisan M, Panico S
26. **IL GOVERNO DELLA DOMANDA IN RADIOLOGIA TORACICA**  
Stasi G
27. **EVIDENCE BASED PRACTICE: UN' ESPERIENZA DI DISSEMINAZIONE**  
Tattini L, Dreoni P, Fusco I, Puliti M, Sergi A, Livatino L, Arcangeli A, Sarti C, Bellomo F
28. **PROGETTO A.R.P.A. - APPROPRIATEZZA E RAZIONALIZZAZIONE DELLE PRESCRIZIONI ATTRAVERSO L'AUTOANALISI**  
Tibaldo C, Mirandola M, Andretta M
29. **GOOD INFORMATION IS THE BEST MEDICINE ...AND BEST NURSING: COME RAGGIUNGERE L'INFORMAZIONE APPROPRIATA A SUPPORTO DELLA EBM/EBN**  
Vidale C, Pilotto L, Schincariol P, Miglio G, Lirutti M, Deangeli R
30. **RECENSIONE DELLE LINEE-GUIDA DI ENDOCRINOLOGIA CLINICA**  
Zini M

## 1. COME EDUCARE GLI STUDENTI DI MEDICINA ALL'EBM: L'ESPERIENZA MESSINESE

Arcoraci V, Buemi M, Carducci Arsenio A, Caputi A, Catania A, Cucinotta D, Fimiani V, Fries W, Guarneri F, Magazzù G, Oreto G, Pagliaro L, Raimondo G, Spina E, Squadrito G, Vermiglio F, Vita G, Vita GS

Facoltà di Medicina e Chirurgia – Università di Messina

**BACKGROUND** Non sono stati sviluppati, tranne qualche eccezione, dei corsi istituzionali di EBM nelle scuole di specializzazione e soprattutto durante il corso di laurea. La resa di differenti metodi di corsi di EBM in altri paesi è stata oggetto di trials randomizzati applicati a specializzandi, mentre sono incerti e mal definiti i risultati di studi eseguiti tra gli studenti.

**OBIETTIVI** Il corso laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Messina ha avviato, da 2 anni, un corso di Evidence Based Medicine rivolto agli studenti del V anno, nell'ambito del Corso integrato di Farmacologia e Tossicologia con gli obiettivi 1) di cominciare a diffondere, le conoscenze di base della pratica dell'EBM in un'esperienza pilota sviluppata il I anno e 2) di valutare, nel II anno, la resa di un corso, strutturato e modulato sulla base della prima esperienza.

**METODI** Il corso si articola in lezioni frontali, esercitazioni pratiche e lavoro in piccoli gruppi seguiti da tutor. Durante le lezioni frontali, 5 di 2 ore nel corso della prima settimana, agli studenti vengono illustrati i concetti base dell'EBM e la loro applicazione alla pratica clinica, vengono forniti alcuni fondamenti di epidemiologia clinica, della formulazione di quesiti clinici focalizzati a problemi (di terapia, diagnosi, prognosi e etiologia), della ricerca elettronica della letteratura secondaria e primaria, e della valutazione critica della stessa. Conclusa questa fase preliminare, gli studenti vengono suddivisi in piccoli gruppi, ai quali, a discrezione dei tutors, viene affidato un quesito cui rispondere ricercando le evidenze sia nella letteratura secondaria che primaria, "a casa", discutendo l'applicabilità dei risultati nel corso di 4-6 incontri programmati, con stesura di una tesina. Al fine di poter applicare un sistema di valutazione obiettivo della resa del corso, a uno dei piccoli gruppi, oltre a far seguire un percorso basato sul metodo suddetto, sono stati assegnati 2 scenari, 1 di terapia e 1 di diagnosi. In particolare, in due delle 4 sessioni di 2 ore previste sono state riviste, per quesiti di terapia, le misure di differenza, con il calcolo manuale dell'NNT e l'interpretazione dei limiti di confidenza, e, per il quesito di diagnosi, il calcolo manuale del LR positivo e negativo, e del calcolo della probabilità post test con l'utilizzo del nomogramma di Fagan. Queste sessioni sono state basate sulle "Users' Guides to Medical Literature" di Jama e sul "Primer on calculating NNTs" e sul "Likelihood ratio explained", per quesiti di terapia e diagnosi, rispettivamente, tratto dal Bandolier "Evidence based thinking about health care". I compiti sono stati svolti dai singoli studenti interagendo per e-mail con il tutor. E' stato richiesto poi a questo gruppo di studenti, suddiviso in 2 gruppi, uno per il quesito di diagnosi e l'altro per quello di terapia, di valutare criticamente i risultati ottenuti riguardo alla validità e applicabilità a pazienti in contesti clinici diversi. I risultati sono stati espressi in 2 tesine, e in modo da poter applicare il Fresno test of EBM competence e utilizzare, per successivi studi randomizzati su studenti, un test scritto di abilità EBM come misura di outcome primario.

**RISULTATI** I risultati ottenuti indicano, dopo il corso, una sufficiente conoscenza delle conoscenze EBM da parte di tutti gli studenti e la possibilità di utilizzare il Fresno score per la valutazione singola e di gruppi di studenti.

**CONCLUSIONI** Il corso così come è articolato consente di acquisire sufficienti abilità EBM da parte di studenti del V anno. Sarà critico valutare come queste saranno implementate nella pratica clinica e influenzeranno "le capacità decisionali". L'avvio nel VI anno di corsi integrati centrati su problemi, le cui soluzioni derivino, oltre che dal libro di testo, dalla pratica dell'EBM, potrebbe consentire un'adeguata implementazione delle abilità EBM acquisite.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Professore	CAP	98124
Cognome e nome	Magazzù Giuseppe	Città	Messina
Istituzione	Università di Messina	Telefono	0902213160/75
Indirizzo	Dip. di Pediatria, Pad. NI, Policlinico – Via Consolare Valeria 1	Fax	0902212806
		E-mail	<a href="mailto:magazzug@unime.it">magazzug@unime.it</a>

## 2. ADOZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA NELLE PEDIATRIE OSPEDALIERE IN PUGLIA

Aquilino A\*, Marseglia C^, Avorio F\*, Foschino Barbaro MG°, Lippolis R°

<sup>^</sup>Ufficio Qualità, Accreditemento Azienda Ospedaliera Policlinico Bari, <sup>\*</sup>Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia; <sup>°</sup>Servizio di Psicologia Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" Bari

**BACKGROUND** L'Agenzia Regionale Sanitaria (AReS) Puglia con delibera n. 125 del 25 novembre 2004, in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 14 del D.L.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni ha adottato un Programma Regionale di Umanizzazione delle Pediatrie Ospedaliere, nonché la Carta dei Diritti del Bambino. Obiettivo del Programma Regionale è quello di sostenere le buone pratiche e l'omogenea diffusione di un'assistenza pediatrica rispettosa dei bisogni psicofisici peculiari dell'infanzia e dell'adolescenza. Per la promozione di "Ospedale a misura di Bambino", l'Agenzia Regionale Sanitaria ha individuato, tra le azioni strategiche prioritarie, l'adozione della cartella infermieristica pediatrica. La scelta di tale obiettivo è stata guidata dalla considerazione di promuovere un processo di adeguamento dei sistemi di raccolta e trasmissione delle informazioni inerenti l'assistenza infermieristica pediatrica a standard organizzativi adeguati alla specificità della domanda di salute e dei correlati bisogni assistenziali.

**OBIETTIVI** Il progetto "Adozione della cartella infermieristica pediatrica" denominato "Progetto CIP" che ha coinvolto n.45 Unità Operative Pediatriche della Regione con un referente infermieristico per U.O. si pone come obiettivi specifici la definizione e la diffusione di un modello unitario di cartella infermieristica; l'abolizione di tutti i fogli non organizzati di consegna infermieristica; l'informazione e formazione degli operatori coinvolti sulla logica di fondo e le modalità di compilazione e l'introduzione della diagnosi infermieristica.

In aggiunta all'originaria e fondamentale funzione di supporto informativo dell'attività clinica - il processo di diagnosi e cura per il medico, l'assistenza infermieristica per l'infermiere - la cartella acquista valore come fonte documentaria indispensabile per il conseguimento di alcuni *obiettivi strategici in materia di gestione, personalizzazione e miglioramento della qualità dei servizi*.

Si deve comunque ribadire la *natura strumentale della cartella infermieristica* in considerazione del suo essere supporto e non sostanza dei modelli concettuali di riferimento; pertanto, la sua concezione ed il suo utilizzo devono seguire e non sostituire la più generale riflessione sulla natura dell'attività.

In sintesi, qualsiasi argomento a favore della cartella infermieristica come strumento informativo risulterebbe inconsistente in assenza di:

- un'identificazione dei problemi di salute;
- un costante approfondimento del contenuto della relazione infermiere/bambino/famiglia;
- la condivisione di codici linguistici comuni;
- l'adozione di *modelli concettuali dell'assistenza infermieristica*;
- l'individuazione di indicatori specifici dell'area pediatrica;
- l'individuazione di elementi di criticità nella gestione puntuale dell'esercizio professionale.

**METODI** Partendo dal concetto che la cartella è uno strumento di supporto al processo assistenziale, nella sua strutturazione devono essere tenuti in considerazione due requisiti principali:

- deve fare riferimento a uno o più modelli teorici espliciti e condivisi;
- deve comprendere tutte le fasi del processo: accertamento, pianificazione dell'assistenza, attuazione degli interventi e valutazione.

Attività e tempi di attuazione

### Fase preliminare (gennaio 2005 - marzo 2006)

- Mappatura delle realtà sanitarie da coinvolgere
- Indagine conoscitiva sui sistemi/modelli di documentazione infermieristica pediatrica
- Analisi dei dati raccolti
- Diffusione dei risultati
- Costituzione di un gruppo di lavoro regionale
- Identificazione dei requisiti strutturali e processuali della cartella infermieristica
- Elaborazione della cartella infermieristica pediatrica di base
- Strutturazione di un programma operativo

### Fase attuativa (aprile 2006 - luglio 2007)

- Pianificazione delle strategie operative
- Adozione della Cartella infermieristica
- Monitoraggio del grado di applicabilità della cartella
- Elaborazione e diffusione della "Guida alla formulazione della diagnosi infermieristica"
- Valutazione del grado di qualità della struttura interna della cartella
- Pianificazione delle attività formative per il personale sanitario e i partner del progetto
- valutazione qualità percepita

Elaborazione del “Manuale d'uso” della cartella piano annuale di formazione/aggiornamento per gli operatori dell'area pediatrica con riunioni tematiche a cadenza semestrale.

#### ATTIVITÀ REALIZZATE

Indagine conoscitiva sui sistemi/modelli di documentazione infermieristica pediatrica attraverso un “questionario” di rilevazione della documentazione infermieristica in uso nelle realtà pediatriche della Puglia.

*Progettazione ed adozione della cartella infermieristica pediatrica di base*, conforme alle premesse espresse. Gli esperti psicologi del gruppo di lavoro, ripercorrendo i significati e i toni emotivi che l'esperienza dell'ospedalizzazione evoca e sottolineando le possibili involuzioni nello sviluppo raggiunto, hanno curato due sezioni, “**l'adattamento al contesto del ricovero**” e “**eventuali stress familiari/personali**”, di modo che gli operatori sanitari favoriscano un buon adattamento alla malattia e all'ospedalizzazione, attraverso una relazione terapeutica centrata sull'ascolto del bambino e dei suoi familiari.

la strutturazione della “Guida alla formulazione della diagnosi infermieristica” .

due monitoraggi del grado di applicabilità della documentazione sanitaria con l'utilizzo di questionari strutturati per valutare il **grado di soddisfazione della Guida e la qualità della struttura della cartella secondo le norme ISO 9000**.

**RISULTATI** Dalla indagine è stato evidenziato come l'adozione della “Cartella infermieristica pediatrica nella Regione Puglia” non ha ancora riscosso una totale adesione e si presenta a “macchia di leopardo”.

Dalla valutazione del 1° questionario, strutturato in quattro sezioni in riferimento alle fasi del processo assistenziale e con domande relative ad alcuni aspetti legali e di tutela della privacy, è emerso che in solo n. 11 U.O. si utilizzava la cartella infermieristica; di queste n. 3 U.O. utilizzano la cartella integrata.

Tutte le Unità Operative che utilizzano la cartella, questa è su supporto cartaceo, in quanto molte U.O. non hanno ancora le attrezzature informatiche.

I dati identificativi e della fase di accertamento infermieristico, sono presenti con una percentuale notevolmente significativa.

*Mentre, la definizione di diagnosi infermieristica e degli obiettivi assistenziali nel 64% dei casi non sono presenti nella cartella. Ciò a conferma che il concetto di diagnosi infermieristica è ancora poco recepito nel nostro paese, mentre altrove è largamente diffuso; di particolare rilievo è per esempio il sistema di classificazione sviluppato dalla NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), tuttora in fase di elaborazione e periodicamente aggiornato.*

La scheda di rilevazione del dolore non è presente nel 73% delle cartelle, alcuni dati stimano che più dell'80% dei ricoveri, in ambiente ospedaliero pediatrico, siano dovuti a patologie che comportano anche dolore: in più del 50% dei casi compare come sintomo della patologia di base; nel 100% è iatrogeno, nel caso di progressione della patologia è presente nell'80% dei bambini.

Fondamentale è anche una valutazione finale, assente nel 73% dei casi, che precede la dimissione o il trasferimento ad altra unità di cura e rappresenta lo strumento per realizzare la continuità assistenziale con le strutture (ospedaliere o territoriali) che prenderanno successivamente in carico il paziente.

**CONCLUSIONI** La produzione e l'utilizzo di *cartelle infermieristiche* nella pratica sanitaria italiana non costituisce di per sé un fatto nuovo. Da anni, infatti, strumenti informativi e di documentazione dell'assistenza infermieristica appartengono al *patrimonio culturale della professione* e sono oggetto di un ampio dibattito scientifico.

Oggi l'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del *nursing* come disciplina autonoma fa sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona o a formulare le diagnosi infermieristiche, ad ipotizzarne un percorso di risoluzione e, quindi, ad avvertire la necessità di uno strumento nuovo e più completo.

Tuttavia, l'analisi dei dati dei questionari evidenzia che nella realtà regionale gli infermieri hanno difficoltà nella formulazione della diagnosi infermieristica perché ancora non acquisita nella pratica assistenziale.

L'adozione della cartella infermieristica risulta invece, accettata dalla maggioranza, la sua struttura interna consente di documentare le diverse fasi del processo di assistenza infermieristica, e migliora la comunicazione tra gli operatori, anche se emerge la necessità di acquisire maggiori informazioni sulle responsabilità legate alla compilazione, gestione e conservazione della stessa.

La sistematicità degli incontri della rete dei referenti consentirà, nel corso della realizzazione del progetto di stabilire tempi e mete future per la programmazione delle attività:

Incontri formativi specifici sul concetto di diagnosi infermieristica;

Definizione di un “Manuale all'uso” che accompagnerà la Cartella Infermieristica Pediatrica;

Costruzione attraverso i DRG presenti con maggior frequenza di un formulario contenente le diagnosi infermieristiche pediatriche afferenti.

Come già precisato, gli interventi infermieristici sono da ritenersi strettamente integrativi e continuativi con gli altri professionisti. E' opportuno sottolineare però che il percorso verso una piena interdisciplinarietà, centrata

sull'assistito, deve passare necessariamente dal concreto riconoscimento del contributo specifico ed originale di ciascun professionista.

Consapevole della complessità di questo processo il gruppo di lavoro ritiene che l'integrazione tra le professionalità, rappresenti lo strumento operativo per realizzare concretamente risposte assistenziali idonee ai bisogni di salute dei bambini e delle loro famiglie. Primi fra tutti, i professionisti della sanità (pediatri, specialisti, infermieri e psicologi) sono chiamati ad integrare linguaggi e saperi per garantire il difficile compito di accogliere, curare e tutelare i bambini nella faticosa stagione della sofferenza.

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

Titolo	Dott.	CAP	70124
Cognome e nome	Aquilino Ambrogio	Città	Bari
Istituzione	Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia	Telefono	0805403214
Indirizzo	Via Tommaso Storelli, 6 -	Fax	0805403411
		E-mail	a.aquilino@arespuglia.it

### 3. UN PERCORSO FORMATIVO BASATO SULLE EVIDENZE PER I FUTURI SPECIALISTI IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Barbadoro P\*, Fiacchini D\*\*, Biondi M\*\*, Di Stanislao F\*\*\*

\* *Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche*

\*\* *Specialista in formazione, Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche*

\*\*\* *Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche*

**BACKGROUND** Nella pratica professionale, il Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva è necessariamente chiamato a confrontarsi con l'Evidence Based practice. Le logiche del Governo Clinico che hanno nell'utilizzo delle evidenze il loro fondamento metodologico, si stanno ampiamente diffondendo nelle Direzioni Sanitarie e nei Distretti e l'Evidence Based Public Health (EBPH) è la nuova frontiera dell'agire nei Dipartimenti di Prevenzione. Dall'Anno Accademico 2002-2003, la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Politecnica delle Marche ha attivato un percorso formativo che conducesse lo Specializzando attraverso i principi generali della ricerca e valutazione delle evidenze scientifiche, sino all'approfondimento delle più innovative metodologie basate sulle prove di efficacia (Evidence Based Prevention, Evidence Based Health Care, Evidence Based Public Health) e lo mettesse nelle condizioni di utilizzarle nella progettazione e realizzazione di interventi di Sanità Pubblica.

**OBIETTIVI** L'obiettivo di questa presentazione è quello di illustrare il percorso formativo utilizzato nella realizzazione del progetto pedagogico.

**METODI** Il piano formativo generale prevede che nei quattro anni di corso i discenti siano impegnati in moduli formativi, ovvero aree di lavoro entro le quali gli allievi hanno sperimentato l'acquisizione di nuove conoscenze attraverso la definizione di obiettivi e l'identificazione di problemi (Problem Based Learning) che rappresentano occasione motivante e stimolo intellettuale. Il lavoro in piccoli gruppi, la partecipazione a lezioni formali, atelier metodologici, stage ed internati pongono il discente a valutare le proprie capacità, individuando gli obiettivi di apprendimento responsabilizzandolo fino al raggiungimento delle conoscenze ed abilità necessarie.

I cinque moduli individuati sono: 1. Leggere i bisogni socio-sanitari di una comunità; 2. Identificare e controllare i rischi di una comunità; 3. Leggere ed analizzare il sistema dell'offerta sanitaria; 4. Gestire l'offerta sanitaria; 5. Valutare e programmare i servizi sanitari.

A supporto dei moduli formativi sono state attivate oltre 30 discipline formali. Fra queste almeno 5 discipline, articolate nei quattro anni di corso, segnano un percorso formativo coerente con le finalità dichiarate dal presente contributo: Metodologia epidemiologica di base; Metodologia statistica di base; Tecniche epidemiologiche avanzate; Tecniche statistiche avanzate; Medicina Basata sulle Evidenze.

**RISULTATI** Tra i primi risultati, la produzione di revisioni sistematiche della letteratura (realizzate in occasione della stesura di tesi di diploma) allo scopo di individuare le migliori evidenze scientifiche sugli interventi di provata efficacia per le seguenti tematiche di Sanità Pubblica: promozione dell'attività fisica; riduzione del rischio cardiovascolare; promozione di una corretta alimentazione; promozione dell'adesione allo screening per il cancro colon-rettale; prevenzione delle lesioni da incidente stradale; promozione delle vaccinazioni raccomandate in Italia; riduzione del consumo e dell'esposizione al fumo di tabacco; prevenzione dell'abuso di alcool.

**CONCLUSIONI** L'esperienza formativa in questione, da poco intrapresa, è destinata a rafforzarsi nel prossimo futuro. I risultati ottenuti dalla nostra Scuola rappresentano, fino ad ora, i primi frutti di un percorso formativo che mostrerà pienamente la sua utilità quando potrà concretizzarsi in attività Evidence Based espletate nella pratica professionale da Specialisti competenti ed esperti in materia.

L'applicazione di una metodologia di continua ricerca, valutazione ed analisi delle evidenze, costituisce, inoltre, una strategia vincente nella costruzione della forma mentis di operatori che devono necessariamente perdere l'ancoraggio rispetto alle certezze immutabili tipiche del nozionismo deterministico, proiettandosi verso la continua acquisizione, life-long di competenze.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dottore in Medicina e Chirurgia	CAP	60019
Cognome e nome	Fiacchini Daniel	Città	Senigallia
Istituzione	Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche	Telefono	3282360546
Indirizzo	Via Podesti 155/A	Fax	---
		E-mail	danielzone2000@yahoo.it

#### 4. STRATEGIE ADOTTATE DALLE FARMACIE OSPEDALIERE DELL'ASL 14 – VCO PIEMONTE PER MINIMIZZARE GLI ERRORI DI TERAPIA

Buzzi M, Allegrì P, Cassani F, Pingitore A, Rodenghi B

Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera

**OBIETTIVI** L'obiettivo primario posto dal Piano Sanitario 2003-2005 di garantire la qualità dell'assistenza, l'avvio a livello aziendale nell'ambito della gestione del Risk Management di una sorveglianza e monitoraggio degli errori nelle varie fasi di diagnosi e cure ha stimolato le Farmacie Ospedaliere a rivedere la gestione interna dei farmaci ed a proporsi come promotrice di interventi presso i reparti finalizzati alla gestione del rischio da errore terapeutico.

**METODI** Un miglioramento introdotto in Farmacia nella fase distributiva per avere la certezza che il farmaco distribuito corrisponda a quello richiesto, è stata messa in atto leggendo contestualmente sulla confezione prelevata per la consegna il codice a barre e riscontrando la corrispondenza a computer non appena terminata la distribuzione con un controllo incrociato tra i fogli di richiesta e stampa dello scaricato a centro di costo.

La Farmacia ha provveduto inoltre alla mappatura di tutti i farmaci presenti in PTA (circa 810 farmaci) ed alla individuazione dei farmaci che possono indurre più facilmente all'errore identificando:

farmaci con dosaggio diverso e confezione simile (42 farmaci)

farmaci generici che presentano confezioni simili (39 farmaci)

farmaci generici che presentano nomi simili (3 farmaci)

farmaci che possono dare gravi effetti collaterali

soluzioni elettrolitiche concentrate, ponendo particolare attenzione alle soluzioni contenenti potassio

E' stato evidenziato con un segno convenzionale di allerta – bollino rosso- lo spazio sullo scaffale dove viene stoccato il farmaco ad alto livello di attenzione. E' stato attuato dalla Farmacia un programma di informazione – formazione per i reparti e servizi sul modo di gestire l'armadio di reparto ove deve essere riportato lo stesso schema di segnalazione attraverso il bollino rosso dei farmaci a rischio di errore. Anche in reparto le soluzioni elettrolitiche concentrate devono essere stoccate separatamente.

E' stato predisposto un modulo "prevenzione rischio – gestione farmaci" che permettesse all'operatore sanitario di segnalare al farmacista non solo un errore commesso, ma anche una situazione di potenziale errore. Attualmente sono pervenute alla Farmacia 8 segnalazioni.

**RISULTATI** L'apposizione dei bollini rossi ha costretto gli operatori a porre più attenzione nello stoccaggio dei farmaci in reparto. Come conseguenza dell' introduzione del modulo "prevenzione rischio – gestione farmaci", in reparto gli operatori segnalano i problemi effettivi e potenziali richiedendo l'intervento del farmacista per la risoluzione degli stessi. Leggendo contemporaneamente alla distribuzione il codice a barre sulla confezione del farmaco, viene evitata la possibilità di confusione tra farmaco richiesto e consegnato.

**CONCLUSIONI** E' stato iniziato un percorso di cui già oggi intravediamo possibili migliorie, un lavoro di squadra che speriamo aiuti ad identificare soluzioni valide per i molti problemi che sono legati alla somministrazione dei farmaci.

Il lavoro ci ha gratificato anche nel momento in cui il Ministero della Salute ha emanato le raccomandazioni sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio, poiché avevamo già preso in esame il problema provvedendo ad identificare con il bollino rosso le soluzioni concentrate di potassio e a conservarle separatamente.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	DR.SSA	CAP	28922
Cognome e nome	BUZZI MONICA	Città	VERBANIA
Istituzione	ASL 14 – VCO PIEMONTE	Telefono	0323 541508
Indirizzo	Via crocetta, 1	Fax	0323 541358
		E-mail	monica.buzzi@libero.it

## 5. ESPERIENZA DI UN PERCORSO FORMATIVO DI EVIDENCE BASED PRACTICE IN AMBITO SANITARIO

**Calabro A, Monacelli E, Morcellini R, Patoia L, Rocchi R**

*Direzione Formazione, Qualità, U.R.P.-Azienda Ospedaliera di Perugia*

**BACKGROUND** Nel 2001 abbiamo attivato attraverso la Regione Umbria il progetto ministeriale dal titolo "Verifica e promozione della diffusione dell'approccio noto come assistenza sanitaria basata sulle evidenze nella Regione dell'Umbria". Scopo del progetto è promuovere la diffusione e l'applicazione di una pratica assistenziale basata sulle evidenze scientifiche. Nell'ambito di tale progetto è stato sviluppato, tra le altre attività, un percorso formativo denominato "Evidence Based Medicine" rivolto a infermieri, fisioterapisti, dietiste, ortottisti, logopedisti, ostetriche dipendenti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. L'obiettivo generale è quello di fornire gli strumenti culturali di base per un approccio ad una pratica sanitaria evidence based.

La didattica è caratterizzata sostanzialmente da: lezioni frontali e soprattutto da esercitazioni pratiche con tutoraggio; corpo docenti, mantenuto stabile negli anni, che condivide e discute periodicamente la metodologia più appropriata; presenza in tutte le lezioni ed esercitazioni di uno stesso coordinatore didattico al fine di garantire continuità e coerenza. Sono state realizzate diverse edizioni annuali del corso. Al termine di ciascuna viene effettuata una valutazione dell'apprendimento tramite l'utilizzo di tre indicatori specifici. Dal 2003 al 2006 si è osservato in media un miglioramento globale del 35% di tutti gli indicatori ed è stato progressivo nel tempo.

**OBIETTIVI** Valutare se tale metodologia didattica possa migliorare l'acquisizione di strumenti evidence based practice.

**METODI** Il corpo docenti è formato da un'equipe multidisciplinare. Ciascun evento formativo si svolge in 8 giornate con l'acquisizione di circa 45 crediti formativi. A fine corso, gruppi di 2-4 partecipanti elaborano reports su tematiche assistenziali. Per valutare l'apprendimento negli anni, sono stati estratti tre campioni di reports per un totale di 45 su 110 totali.

### **Obiettivi misurati(outcomes):**

I reports sono stati valutati qualitativamente utilizzando i seguenti indicatori:

- 1) **correttezza nella formulazione del quesito clinico;**
- 2) **coerenza della ricerca bibliografica;**
- 3) **corretta interpretazione dei risultati.**

Ciascun indicatore, a seconda dell'inquadramento della problematica affrontata, è stato misurato da un giudizio compreso tra "scarso" ed "eccellente" passando per stime intermedie quali "mediocre", "soddisfacente" e "buono". Tre docenti hanno valutato ciascun report in maniera indipendente e successivamente ne hanno discusso fino ad arrivare ad un accordo.

**RISULTATI** Nell'arco di 4 anni sono stati completati 14 corsi cui hanno partecipato 242 dipendenti aziendali. Di seguito i risultati della valutazione di tre campioni di reports.

### **Primo indicatore** (quesito clinico):

campione del 2003 (21 reports) 25% "scarso" e "mediocre", 75% "soddisfacente", "buono", "eccellente".  
Campione del 2004 (14 reports) 20% "scarso" e "mediocre", 80% "soddisfacente", "buono", "eccellente".  
Campione del 2006 (10 reports) 0% "scarso" e "mediocre", 100% "soddisfacente", "buono", "eccellente".

### **Secondo indicatore** (ricerca bibliografica):

campione del 2003 (21 reports) 29% "scarso" e "mediocre", 71% "soddisfacente", "buono", "eccellente".  
Campione del 2004 (14 reports) 15% "scarso" e "mediocre", 85% "soddisfacente", "buono", "eccellente".  
Campione del 2006 (10 reports) 0% "scarso" e "mediocre", 100% "soddisfacente", "buono", "eccellente".

### **Terzo indicatore** (interpretazione dei risultati):

campione del 2003 (21 reports) 71% "scarso" e "mediocre", 29% "soddisfacente", "buono", "eccellente".  
Campione del 2004 (14 reports) 29% "scarso" e "mediocre", 71% "soddisfacente", "buono", "eccellente".  
Campione del 2006 (10 reports) 20% "scarso" e "mediocre", 80% "soddisfacente", "buono", "eccellente".

**CONCLUSIONI** Nei quattro anni di svolgimento dei corsi teorico-pratici EBM si è osservato un progressivo miglioramento nell'acquisizione dei concetti e strumenti di assistenza evidence based. Poiché non è stata condotta una valutazione formale del grado di conoscenze pre-corso, non è possibile interpretare con sicurezza il dato, infatti non è noto se la preparazione dei partecipanti sia rimasta analoga negli anni. Tuttavia, poiché non c'erano fattori di selezione differenziali nell'arruolamento dei discenti, è possibile ipotizzare che la metodologia didattica progressivamente evoluta, abbia influito sostanzialmente in questo miglioramento.

Questa prima indagine, nonostante la caratteristica qualitativa degli indicatori utilizzati, potrebbe significare che una didattica basata sulla continua comunicazione e collaborazione tra i docenti e sulla costante presenza di un coordinatore, possa migliorare l'apprendimento di concetti e strumenti a volte complessi come quelli inerenti la evidence based-practice. Nel futuro sarebbe opportuno identificare delle misure quantitative, standardizzate e validate, al fine di valutare in maniera più appropriata l'apprendimento.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dott.ssa	CAP	06128
Cognome e nome	Monacelli Elena	Città	Perugia
Istituzione	Direzione Formazione, Qualità, U.R.P.- Az. Ospedaliera di Perugia	Telefono	075 578 6122
Indirizzo	Via Cotani n.21	Fax	075 578 6135
	Perugia	E-mail	elena.monacelli@ospedale.perugia.it

## 6. PRESENTAZIONE E STATO DELL'ARTE DEL PROGETTO DIAMANTE: UN MODELLO PER L'INSEGNAMENTO DELL'EBCP

Chiari P, Mosci D

Centro Studi EBN Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna

**BACKGROUND** Il Centro Studi EBN del Policlinico S. Orsola Malpighi è promotore e sede di formazione sull'EBCP dal 1999. Nella sua attività ha realizzato moltissimi corsi e formato numerosi professionisti sanitari, sia all'interno che all'esterno dell'azienda. Fino al 2005 i contenuti dei corsi base erano standardizzati, prevedendo un excursus sugli argomenti "classici" dell'EBCP. Questa modalità ha evidenziato alcune criticità, legate in particolare alla flessione registrata tra la fine del 2004 e del 2005 del grado di partecipazione e di performance in fase esercitativa dei partecipanti.

**OBIETTIVI** Al fine di realizzare interventi formativi più mirati, è stato creato un modello di insegnamento per la trasmissione dei contenuti della metodologia dell'EBCP e della ricerca clinica, il modello diamante. Esso è calibrato in quattro differenti livelli, in grado di rispondere a diverse esigenze formative: quella di coloro che necessitano di acquisire gli strumenti per comprendere il significato di "evidenze" che sono già state selezionate e valutate criticamente da altri (corso base), quella di coloro che necessitano di acquisire i metodi per ricercare e valutare criticamente la letteratura scientifica (livello intermedio), quella di coloro che necessitano di acquisire gli strumenti per la produzione di letteratura secondaria (livello avanzato) ed infine quella di coloro che richiedono strumenti per la progettazione e conduzione di progetti di ricerca quantitativa e qualitativa, nonché per l'insegnamento dell'EBCP (livello esperto) .

**METODI** La realizzazione del modello è iniziata nel 2006 ed ha previsto la progettazione di corsi diversificati di livello base ed intermedio, avanzato ed esperto, realizzati sia con il sistema ECM che con la modalità dell'alta formazione universitaria.

**RISULTATI** A partire dall'inizio del 2006, sono stati realizzati tre corsi EBCP di livello base ed intermedio, due corsi avanzati, un corso esperto sulla metodologia della ricerca quantitativa ed un corso esperto per formatori EBN. L'applicazione del modello non è ancora completa, in quanto devono avere ancora luogo i corsi di livello avanzato per la produzione di revisioni sistematiche e per l'implementazione del cambiamento, la cui realizzazione avverrà entro il 2008 e la realizzazione di corsi sulla ricerca qualitativa, che avranno luogo a partire da settembre 2007.

**CONCLUSIONI** Benché il modello non sia stato ancora completamente applicato, la diversificazione dell'offerta formativa, e la creazione di un percorso formativo di complessità ed approfondimento crescente, offre la possibilità di diffondere la metodologia EBCP in modo più efficiente, nonché la possibilità di offrire ai professionisti interessati un vero percorso di empowerment e la creazione di una rete di collaboratori a livello nazionale per la ricerca, valutazione e produzione di evidenze scientifiche in ambito assistenziale infermieristico, ostetrico e riabilitativo.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo		CAP	40138
Cognome e nome	Mosci Daniela	Città	Bologna
Istituzione	Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi	Telefono	051-6361461
Indirizzo	Via Albertoni 15	Fax	051-6361375
		E-mail	

<b>7.PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL TRAUMA CRANICO LIEVE E MODERATO NELL'OSPEDALE SPOKE</b>
<b>Ciucci G, Rasi F, Pazzaglia M*, Querzani P, Cuscini M*, Begliardi Ghidini C*, Baccarini F**, Missirolì P***, Minguzzi T****, Zauli T*****, Servadei F<sup>§</sup></b>
U.O. di Neurologia, U.O. di Malattie Infettive*****, Dipartimento Medico Internistico 2° U.O. di Pronto Soccorso e Med. D'Urgenza*, U.O. di Anestesia Rianimazione**, Dipartimento di Emergenza-Urgenza U.O. di Radiologia****, Dipartimento Immagini Direzione Medica Ospedaliera*** Ospedale "S. Maria delle Croci", Ravenna, AUSL-RA U.O. di Neurotraumatologia <sup>§</sup> , Dipartimento di Emergenza ed Urgenza, Ospedale "Bufalini", AUSL di Cesena

**BACKGROUND** Il trauma cranico nell'ambito dell'AUSL-RA è gestito secondo le modalità concordate in "Area Vasta Romagna", che riconosce come Centro Hub l'Ospedale "Bufalini" di Cesena e Centri Spoke gli altri Ospedali della Romagna.

La comunicazione con il Centro Spoke di Cesena avviene mediante teleconsulto: dopo contatto telefonico con Neurochirurgo di Guardia della NCH, si procede all'invio delle immagini della TC cerebrale urgente e di FAX con descrizione piuttosto standardizzata del caso in oggetto.

Poiché la gestione risulta complessa si rende necessario un percorso diagnostico-terapeutico del paziente osservato in urgenza.

**OBIETTIVI** Scopo è delineare e valutare il percorso diagnostico-terapeutico per i traumatizzati cranici lievi e moderati dell'adulto (età ≥18 anni).

**METODI** E' stata scelta la Linea Guida (LG) di riferimento nell'ambito del un gruppo multidisciplinare della Romagna (Medici dell'Urgenza, Neurochirurghi, Neurologi, Neuroradiologi, Radiologi), cioè:

"Head Injury: triage, assessment, investigation and early management of head injury in infants, children and adults"; National Collaborating Centre for Acute Care Guideline (commissioned by the National Institute for Clinical Excellence, NICE), June 2003.

Il Gruppo Multidisciplinare ha ritenuto di integrare la LG con studi clinici eseguiti in ambito locale, oltre che con alcune segnalazioni recenti di letteratura internazionale.

La valutazione del percorso diagnostico-terapeutico avviene sui casi trattati all'Ospedale "S. Maria delle Croci" di Ravenna, attraverso l'esecuzione di un'audit clinico dei pazienti ricoverati nel Centro Spoke durante il 2006.

**RISULTATI** Il percorso diagnostico-terapeutico si rivela ben predisposto e viene seguito nella maggioranza dei casi.

Ambiti di miglioramento sono i tempi di esecuzione degli accertamenti diagnostici, la documentazione del reale monitoraggio clinico durante la degenza ed il miglioramento dell'utilizzo della terapia medica.

Pochi casi sono stati trasferiti in NCH durante l'osservazione in Ospedale Spoke, mentre è più frequente il ritorno dopo pochi giorni dalla NCH di casi inizialmente trasferiti al Centro Hub.

Non si sono verificati casi di ematoma extradurale acuto erroneamente ricoverati nel Centro Spoke.

La presenza di una consulenza NCH nel Centro Spoke è utile per ridurre l'utilizzo improprio del teleconsulto.

**CONCLUSIONI** Il teleconsulto è uno strumento utile nella gestione del trauma cranico lieve e moderato, ma è necessario migliorare l'osservazione clinica del paziente traumatizzato ricoverato nel Centro Spoke.

La carenza di evidenze robuste per il traumatizzato moderato ulteriormente rende estremamente auspicabile un'accurata ed esperta valutazione clinica nel Centro Spoke.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo			
Cognome e nome	Gabriele Ciucci	Città Ravenna	CAP 48100
Istituzione	U.O. di Neurologia, Ospedale "S. Maria delle Croci", AUSL RA	Telefono	0544-285340
Indirizzo	Viale Randi, 5	Fax	0544-285531
	Ravenna	E-mail	gabriele.ciucci@libero.it

## 8. DIDATTICA INTERATTIVA DELLA PREVENZIONE E DELLA DIAGNOSTICA BASATA SULLE EVIDENZE NEI CORSI DI LAUREA SANITARI MAGISTRALI: VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' E DI UTILITA'.

§\*Conti A, \*<sup>o</sup>^Conti AA, \*<sup>o</sup>^Gensini GF

§Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università degli Studi di Firenze.

\*Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove, Firenze.

°Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze.

^Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS Firenze.

**BACKGROUND** Mentre la Terapia Basata sulle Evidenze si sta diffondendo nel contesto didattico delle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane, la disseminazione dell'insegnamento della Prevenzione Basata sulle Evidenze (PBE) e della Diagnostica Basata sulle Evidenze (DBE) è ancora limitata.

**OBIETTIVI E METODI** Al fine di implementare la didattica della PBE e della DBE nei Corsi di Laurea Magistrali in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione e delle Tecniche Diagnostiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze, è stato progettato e sperimentato un ciclo formativo interattivo volto al miglioramento delle conoscenze, delle capacità e delle competenze degli studenti di questi Corsi di Laurea. Il ciclo formativo, articolato in 12 ore di lezioni frontali, in 12 ore di seminari interattivi ed in 6 ore di ricerca elettronica guidata delle evidenze sanitarie in Internet, oltre che in attività di auto-apprendimento domiciliare, è stato svolto in una sede decentrata (Empoli) dell'Ateneo fiorentino. Esso è stato somministrato a 44 studenti universitari (età media $\pm$ DS 44,3 $\pm$ 5,2 anni), operatori sanitari già attivi in servizi territoriali.

**RISULTATI** La valutazione globale della reazione dei discenti, in termini di soddisfazione, e dell'efficacia dell'insegnamento e dell'apprendimento, in termini di conoscenze, abilità e competenze acquisite dagli studenti, ha dimostrato che tutte queste dimensioni erano significativamente superiori alla soglia del 75% attesa a priori ( $p < 0,01$ ).

**CONCLUSIONI** La sperimentazione didattica fiorentina relativa alla didattica della PBE e della DBE ha dimostrato che il loro insegnamento è fattibile, è soggettivamente percepito come utile ed è oggettivamente di ausilio nella attività professionale degli operatori sanitari. Quest'ultimo punto è da sottolineare in particolare dal momento che gli studenti coinvolti nella sperimentazione sono già professionalmente attivi da tempo, e molti di loro hanno ruoli decisionali di rilievo nel panorama sanitario regionale ed extra-regionale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dottore	CAP	50134
Cognome e nome	Andrea Alberto Conti	Città	Firenze
Istituzione	Dipartimento Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze.	Telefono	055/417928
Indirizzo	Viale Morgagni 85	Fax	055/4379384
		E-mail	aa.conti@dac.unifi.it

## 9. DIDATTICA DELLA “STORIA DELLA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE” NELLA FACOLTA’ MEDICA FIORENTINA: UN MODELLO CHE METTE IN RELAZIONE L’EVIDENZA STORICA CON GLI ELEMENTI METODOLOGICI DELLA SANITA’ ATTUALE.

\*<sup>o</sup>^Conti AA, \*<sup>o</sup>^Gensini GF

\*Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Università degli Studi di Firenze.

°Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS Firenze.

^Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove, Firenze.

**BACKGROUND** La didattica della Storia della Medicina è oggi considerata uno degli elementi metodologici di base del core curriculum dei corsi di laurea dell’area sanitaria; tuttavia, gli studenti talvolta riferiscono di percepire tale insegnamento come non sufficientemente legato alla attualità biomedica. Al fine di rendere viva e dinamica la didattica delle Scienze Umane, nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Firenze è stato progettato e sperimentato un modello didattico innovativo teso a mettere in relazione le migliori evidenze storiche con gli elementi metodologici del mondo sanitario attuale (“Storia della Medicina Basata sulle Evidenze”, “Evidence Based History of Medicine”).

**OBIETTIVI E METODI** Un ciclo formativo di “Evidence Based History of Medicine” è stato pertanto somministrato agli studenti di due sedi decentrate dell’Università di Firenze (corso di laurea in infermieristica, sede di San Giovanni Valdarno, e corso di laurea in fisioterapia, sede di Empoli). Il ciclo formativo è stato disegnato per discutere in modo specifico lo sviluppo storico di alcuni temi cardine della sanità attuale, tra cui la Medicina Basata sulle Evidenze e le Linee Guida Assistenziali, e per presentare le evidenze storiche più rigorose che sono alla base delle conquiste metodologiche attuali nei campi della medicina, della infermieristica e della fisioterapia.

**RISULTATI** Sono state rilevate la soddisfazione generale degli studenti coinvolti (16 infermieri e 16 fisioterapisti), la loro preparazione teorica specifica e la loro competenza storico-sanitaria, che si sono dimostrate significativamente maggiori rispetto alla soglia del 75% attesa a priori ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONI** Un ciclo formativo di “Evidence Based History of Medicine” rappresenta uno strumento didattico soggettivamente apprezzato ed oggettivamente efficace nel fare acquisire agli studenti dell’area sanitaria evidenze storiche controllate e competenze metodologiche specifiche.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dottore	CAP	50134
Cognome e nome	Andrea Alberto Conti	Città	Firenze
Istituzione	Dipartimento Area Critica Medico Chirurgica, Università di Firenze.	Telefono	055/417928
Indirizzo	Viale Morgagni 85	Fax	055/4379384
		E-mail	aa.conti@dac.unifi.it

## 10. PROGETTO DI CONDUZIONE DI QUATTRO AUDIT CLINICI STRUTTURATI IN UN DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

**Descovich C, Cinelli P, Gennari E, Giordano I, Guidetti A, Annicchiarico M**

*Azienda USL di Bologna – Dipartimento Emergenza-Urgenza*

Nel 2005 presso il Dipartimento di Emergenza-Urgenza della ex Azienda USL Bologna Nord sono stati strutturati e condotti Audit Clinici Strutturati su quattro topic inerenti temi ad alta criticità per una realtà professionale come l’Emergenza-Urgenza che nel nostro caso includeva anche attività di emergenza territoriale: le Sindromi Coronariche Acute, i Traumi, l’Arresto Cardio-Respiratorio e la Lombalgia Acuta Atraumatica. Per ogni singolo topic erano già state strutturate e rese operative procedure clinico-assistenziali basate su raccomandazioni di linee guida internazionali (American Heart Association-American College of Cardiology “STEMI Guidelines”, “Advanced Cardiac Life Support”, Italian Resuscitation Council “Pre-Hospital Trauma Care”) o come adattamento locale di Linee Guida (“Linea Guida per la Diagnosi e Terapia della Lombalgia Acuta Atraumatica” – Progetto Aziendale di Governo Clinico).

L’obiettivo era quello di misurare le performance professionali e trarre così conclusioni sul piano clinico-assistenziale come grado di adesione alle raccomandazioni. A posteriori abbiamo poi sviluppato una analisi critica dello scarso grado di partecipazione e di adesione dei professionisti coinvolti in questo progetto di Governo Clinico.

Il percorso ha visto la sua pianificazione, condivisione con i professionisti coinvolti e svolgimento in dodici mesi. La raccolta dati, eseguita su schede cartacee dedicate e trasferite in un database centrale, è stata eseguita su iniziali tre mesi, poi estesa ad altri tre.

Se per i temi prettamente clinico-assistenziali i risultati ottenuti sono stati soddisfacenti mostrandoci un livello di performance professionali per i topic in esame di buona qualità, il basso grado di adesione e partecipazione dei professionisti al progetto ha mostrato tutti i limiti di questo tipo di strumenti di Governo Clinico.

Come già mostrato in letteratura, l’Audit è un percorso che porta ricadute sulla pratica clinica una volta identificate le barriere locali e implementate strategie per abbatterle che facciano leva su fattori facilitanti identificati precocemente. Questo percorso, come anche il nostro progetto ha messo in evidenza, necessita di energie e tempi adeguati, risorse che dovrebbero prevedere percorsi e mezzi dedicati al di fuori delle attività prettamente assistenziali. D’altronde risulta altrettanto inefficace delegare totalmente le Amministrazioni il compito di portare avanti progetti di Governo Clinico: il professionista deve accollarsi l’onere di misurarsi ma deve averne le possibilità e i giusti incentivi. Inoltre alla base della riuscita di questi progetti è la condivisione da parte di tutti i professionisti coinvolti di un linguaggio comune riassumibile nella EBM (ancor meglio sarebbe la EBHC).

In un periodo di risorse limitate l’obiettivo dovrebbe quindi essere quello di identificare professionisti dedicati all’assistenza da impegnare anche in attività di Governo Clinico come “facilitatori” contemplando per tutto il sistema l’adozione di strategie motivazionali strutturate.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dirigente Medico - Dipartimento di Emergenza Urgenza AUSL Bologna	CAP	40136
Cognome e nome	Descovich Carlo	Città	Bologna
Istituzione	Azienda USL di Bologna	Telefono	051/6478275
Indirizzo	Ospedale Maggiore	Fax	051/6478662
	Largo Nigrisoli, 2 – Bologna	E-mail	<a href="mailto:cdescov@tin.it">cdescov@tin.it</a>

## 11. L'ERRORE NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA: QUALI DIFESE?

**Gabutti G, Curti M**

*Biblioteca Servizio Documentazione Scientifica, Direzione Scientifica IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo – p.le Golgi, 27100 Pavia*

**BACKGROUND** Rendere consapevole l'utente dell'esistenza di letteratura scientifica non valida è un dovere di chi fornisce documentazione. Le ritrattazioni, le correzioni, i commenti, ecc., pubblicati dopo i rispettivi articoli originali vanno segnalati a chi di solito è sicuro di consultare materiale onesto e affidabile. Il problema della presenza di letteratura errata non va sottovalutato perché è un fatto presente in maniera tutt'altro che marginale. Inoltre, l'errore genera errore: il dato errato, se non corretto o se non correttamente segnalato, rischia di venire perpetuato e posto alla base di nuove ricerche, con spreco di fondi e di risorse, o di nuove applicazioni in campo diagnostico e clinico, con il rischio di risultati insoddisfacenti o non corrispondenti alle aspettative.

### OBIETTIVI

- 1) Favorire la presa di coscienza della presenza di letteratura errata anche nelle banche dati ritenute più affidabili (PubMed).
- 2) Rendere l'utente consapevole della presenza di un fisiologico periodo di latenza tra la pubblicazione dell'informazione errata in banca dati e l'inserimento della sua ritrattazione nella medesima banca dati.
- 3) Fornire indicazioni metodologiche per rilevare errori e ritrattazioni.

### METODI

- 1) elaborazione di una strategia di ricerca che consenta di rilevare errori scientifici e relative ritrattazioni su PubMed.
- 2) Effettuazione esemplificativa di tale ricerca in un determinato range di anni.
- 3) Verifica e misurazione dei tempi necessari per la pubblicazione delle correzioni e delle ritrattazioni.

**RISULTATI** Nella short presentation verrà illustrata la metodologia utilizzata e le varianti possibili applicabili dai singoli ricercatori. Verranno discussi, inoltre, i dati statistici rilevati dall'analisi sopradescritta.

**CONCLUSIONI** L'utente che ricerca e trova letteratura scientifica deve essere consapevole che in ogni caso non può avere la certezza assoluta di una verifica completa e immediata sui contenuti e che la responsabilità ultima resta sempre e soltanto sua.

La consapevolezza del problema, l'uso del senso critico e dei notevoli seppur migliorabili mezzi di controllo sopra descritti, possono aiutarlo, però a procurarsi un'informazione più corretta e indurlo a condurre una continua e approfondita revisione. Tale comportamento è ancora più necessario se si pensa che la documentazione scientifica non viene reperita solo attraverso la consultazione di banche dati sul web (in PubMed, per esempio, i record vengono periodicamente aggiornati) ma è anche costituita da documenti "statici", cioè pubblicati e mai più revisionati: lavori passati di mano in mano, reperiti da bibliografie cartacee, conservati da anni in archivio, chiesti a biblioteche e/o a fornitori commerciali.

### References:

- 1) National Library of Medicine; National Institutes of Health. Errata, retraction, duplicate publication, comment, update and patient summary policy for MEDLINE. <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/errata.html>
- 2) Budd JM, Sievert M, Schultz TR, Scoville C. Effects of article retraction on citation and practice in medicine. *Bull Med Libr Assoc* 1999; 87: 437-443
- 3) Budd JM, Sievert M, Schultz TR. Phenomena of retraction: reasons for retraction and citations to publications. *JAMA* 1998; 280: 296-297
- 4) Friedman PJ. Correcting the literature following fraudulent publication. *JAMA* 1990; 263: 1416-1419.
- 5) Pfeifer MP, Snodgrass GL. The continued use of retracted, invalid scientific literature. *JAMA* 1990; 263: 1420-1423.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dott.ssa	CAP	27100
Cognome e nome	Gabutti Gabriella	Città	Pavia
Istituzione	Direzione Scientifica IRCCS Fondazione Policlinico san Matteo	Telefono	0382503561
Indirizzo	p.le Golgi	Fax	0382502507
		E-mail	gabuttig@smatteo.pv.it

## 12. IL CODICE DI AUTOREGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON L'INDUSTRIA: UN PERCORSO DI FORMAZIONE

Gangemi M, Siracusano MF

Associazione Culturale Pediatri

**BACKGROUND** Il conflitto di interessi è quella condizione in cui il giudizio professionale, riguardante un interesse primario del paziente, viene influenzato da un interesse estraneo al compito del medico e cioè un vantaggio economico o personale. Esso non può essere eliminato, ma si deve operare affinché non condizioni il processo decisionale del medico. Perché ciò avvenga le norme che lo affrontano devono essere condivise e applicate da tutti.

**OBIETTIVO** Lo scopo è di indurre i soci dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) alla consapevolezza del problema del conflitto di interessi e del condizionamento del processo dell'informazione scientifica e della sua diffusione sulla decisione clinica del medico e di far aderire all'applicazione di un "Codice di autoregolamentazione" attraverso un percorso di formazione che induca il cambiamento dei comportamenti dei pediatri nei confronti dell'industria.

**METODI** Il primo momento del percorso è stato di decidere, nel 1997, che l'ACP dovesse elaborare un "Codice di autoregolamentazione", inteso come impegno dell'Associazione e dei propri iscritti, con due obiettivi: il primo, di offrire una garanzia di qualità a tutela dell'utente, del medico stesso e dei suoi colleghi; il secondo, di promuovere una collaborazione con l'industria improntata a trasparenza e indipendenza. Il secondo momento del percorso è stato di indurre l'approvazione e l'accettazione del Codice avviando una consultazione e collaborazione con i gruppi locali di soci per la proposta di modifiche. Nel 1999 il Codice è stato approvato nella versione definitiva. Il suo obiettivo è di indurre anche tra i pediatri un cambiamento di comportamento visto che l'atteggiamento tra loro più comune è di ritenere di poter garantire la propria sostanziale indipendenza nonostante i propri rapporti con l'industria, a fronte di una ampia letteratura che al contrario evidenzia l'inevitabile influenza, anche indiretta e subliminale dell'attività promozionale svolta da parte dell'industria.

**RISULTATI** Il successivo momento è stata la divulgazione di questo impegno attraverso la comunicazione a riviste. Per raggiungere l'obiettivo del cambiamento si è scelto che l'adesione al Codice da parte dei pediatri dovesse avvenire attraverso la conoscenza e la formazione e non l'applicazione di sanzioni o censure in caso di comportamenti chiaramente contrastanti con le norme statuite. L'ACP si è impegnata a monitorare l'applicazione e a fare una valutazione degli effetti. Gli strumenti per il raggiungimento degli obiettivi sono differenziati su due livelli. A livello nazionale l'Associazione si è impegnata a divulgare informazioni sul contenuto e sul rispetto delle Convenzioni, dei codici e delle leggi nazionali e internazionali da parte dell'industria, e a fornire documentazione prodotta da Enti e Associazioni nazionali e internazionali. Si è impegnata perché tutte le iniziative nazionali (organizzazione di congressi, corsi di formazione, ricerca) fossero svolte senza contributi dell'industria. Quaderni acp, la rivista dell'associazione ha affrontato la formazione dei pediatri con due modalità: la prima, incrementando le conoscenze dei lettori sull'argomento attraverso la pubblicazione della letteratura orientata all'argomento e di ogni iniziativa (come la formazione del gruppo No Grazie, pago io, ispirato a No free lunch, fondato da tre soci ACP e di cui fanno parte alcuni soci) o denuncia; la seconda, incrementando la capacità di lettura critica dei suoi lettori attraverso la rubrica Scenari, metodo di soluzione di casi clinici attraverso la ricerca della letteratura EBM e analizzata secondo le indicazioni del Critically Appraise Topic (CAT). La redazione della rivista ha prodotto un corso di formazione e di approfondimento su Scenari della durata di un anno per soci appartenenti a tutti i gruppi, che a loro volta dovrebbero diffondere nelle sedi locali la conoscenza e l'applicazione del metodo. Il Direttivo dell'Associazione e la Redazione hanno deciso di produrre la rivista a partire dal 1° numero del 2007 senza contributo delle inserzioni pubblicitarie. Già due Congressi Nazionali sono stati organizzati senza nessun contributo da parte dell'industria del farmaco o del parafarmaco. Il secondo livello, l'adesione cioè dei singoli soci alle norme dettate dal Codice, pone ancora problemi di adesione, di applicazione degli impegni e la valutazione e il monitoraggio di questi restano tuttora più problematici.

**CONCLUSIONI** Se possiamo sicuramente affermare che il percorso di formazione effettuato ha determinato un impegno nell'affrontare il conflitto di interessi da parte dell'ACP che è esclusivo tra le associazioni di pediatri e di medici in Italia, con il raggiungimento di alcuni obiettivi, la stessa affermazione non può essere fatta per le iniziative dei gruppi locali o dei singoli soci, almeno finché non sarà fatta una valutazione formale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo		CAP	
Cognome e nome	Siracusano Maria Francesca	Città	Messina
Istituzione	Pediatra di famiglia	Telefono	090-57801
Indirizzo	Via Bocetta	Fax	090-44096
	Messina	E-mail	marsirac@tin.it

### 13. PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE CLINICA DEI CVC.

Mascella F<sup>1</sup>, Mazzufero F<sup>2</sup>, Carbonari L<sup>3</sup>, Pezzetti P<sup>3</sup>, Ibrahim R<sup>3</sup>, Fioretti C<sup>4</sup>, Pomponio G<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento scienze mediche e chirurgiche, Ospedali Riuniti, Ancona

<sup>2</sup> Clinica Ematologia, Ospedali Riuniti Ancona

<sup>3</sup> U.O. Chirurgia Vascolare, Ospedali Riuniti di Ancona

<sup>4</sup> U.O. Medicina Generale, Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Fra le cause più frequenti di sviluppo di infezioni nosocomiali nel paziente ospedalizzato sicuramente rivestono un ruolo predominante quelle derivanti dal posizionamento di Cateteri intravascolari. Queste complicanze sono causa di incremento della mortalità, morbilità e dei costi di Ospedalizzazione. Occorre pertanto progettare misure specifiche per frenare la loro insorgenza, e proprio in questo ambito si inserisce il presente progetto di miglioramento della qualità.

**OBIETTIVI** Gli obiettivi principali del progetto:

1. Miglioramento delle performance conoscenze relative alla gestione dei Cateteri venosi centrali (CVC)
2. Riduzione del numero di infezioni correlate ai CVC
3. Valutazione di efficacia di due diverse strategie di implementazione

**METODI** Il progetto di miglioramento della qualità si è svolto presso l'Ospedale Regionale "Ospedali Riuniti" di Ancona, coinvolgendo tutte le U.O di area medica che utilizzavano routinariamente i CVC nell'assistenza ai propri pazienti. Queste U.O sono state suddivise casualmente in due gruppi ognuno dei quali riceveva una diversa strategia di implementazione.

#### *Gruppo di lavoro*

E' stato costituito un gruppo di lavoro costituito da 10 individui che coprivano le seguenti competenze: Esperti in metodologia, Chirurgia Vascolare, Anestesia e Rianimazione, Infermieri professionali.

#### *Selezione dei partecipanti*

Sono stati arruolati nello studio tutti gli infermieri che prestavano servizio nei reparti reclutati nella sperimentazione

#### *Individuazione del documento di riferimento*

E' stato costruito un documento aziendale di riferimento adottando una metodologia basata sulle evidenze scientifiche.

#### *Intervento di implementazione utilizzato*

Il gruppo intervento ha ricevuto una strategia di implementazione strutturata in due momenti separati: 1. Audit and feedback + 2. Outreach visit + Consegna di reminder

Il gruppo controllo ha ricevuto unicamente l'intervento di implementazione di audit and feedback.

#### *Indicatori utilizzati nella sperimentazione*

1. Percentuale di risposte esatte ad un questionario di 30 domande costruite su scenari simulati somministrato al tempo 0 e al termine della sperimentazione riformulato.
2. Infezioni correlate ai CVC: numero di infezioni registrate ad intervalli trimestrali, iniziando al rilevazione cinque mesi prima del progetto di miglioramento e proseguendo fino alla fine.

**RISULTATI** Sono stati reclutati nella sperimentazione 15 reparti di area medica dell'Ospedale Regionale di Ancona, il numero complessivo di infermieri che operavano in queste U.O al momento della sperimentazione era di 208, oltre il 92% (182) degli infermieri reclutati hanno completato la sperimentazione.

Al termine della sperimentazione è emerso in entrambi i gruppi un miglioramento complessivo delle conoscenze relative alla gestione clinica dei CVC, individuando però una differenza statisticamente significativa, in favore del gruppo intervento (risposte esatte 78,67% vs 69,96%;  $P < 0,05$ ).

Il numero di infezioni/CVC day è risultato simile fra i due gruppi considerati nel periodo precedente l'inizio della sperimentazione (12,15 intervento vs 15,39 controllo;  $P > 0,05$ ). Il numero di complessivo di infezioni/CVC day si è ridotto in maniera significativa dopo l'intervento di Audit and feedback in entrambi i gruppi (27,54 infezioni/cvc day vs 8,7 infezioni/cvc day;  $P < 0,05$ ). Nei trimestri successivi si è assistito, però, ad un progressivo incremento del numero delle infezioni/CVC day che si è progressivamente rialzato raggiungendo al termine del progetto valori vicini a quelli registrati prima della sperimentazione (27,5 infezioni/cvc day vs 19,3 infezioni/cvc day;  $P > 0,05$ ).

**CONCLUSIONI** I risultati del nostro studio permettono di trarre alcune interessanti informazioni sull'efficacia delle tecniche strategie di implementazione utilizzate. Nella realtà clinica considerata l'intervento di implementazione di Audit and Feedback è risultato piuttosto efficace nel modificare i comportamenti riuscendo, almeno nel medio periodo, a ridurre il numero di infezioni correlate al catetere. Tale risultato non può certo essere sottovalutato e pone questo tipo di intervento fra quelli preferibili quando si disegnano progetti di miglioramento della qualità, anche quando si opera in contesti con scarse disponibilità finanziarie.

Non va però trascurato il fatto che, allontanandoci progressivamente dal momento in cui tale intervento è stato applicato, il numero di infezioni progressivamente è ritornato a salire; descrivendo in tal modo una tendenza al graduale ripristino delle modalità di comportamento (abituale) adottate preliminarmente al progetto di miglioramento. Tendenza questa che non è stata modificata dall'intervento di rinforzo applicato al gruppo intervento.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo		CAP	60020
Cognome e nome	Mascella Fabio, Giovanni Pomponio	Città	Ancona
Istituzione	Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche, sezione Clinica medica, Ospedali Riuniti Ancona	Telefono	333-1686788
Indirizzo	Via Conca 1 (Torrette di Ancona)	Fax	071/5964225
		E-mail	fabiomascella@hotmail.com; <a href="mailto:g.pomponio@ao-umbertoprime.marche.it">g.pomponio@ao-umbertoprime.marche.it</a>

## 14. ESPERIENZA DI IMPLEMENTAZIONE DEL GOVERNO CLINICO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO S. ORSOLA MALPIGHI DI BOLOGNA

Modena L

Centro Studi EBN Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna

**BACKGROUND** La legge regionale n° 29 del 23 dicembre 2004<sup>1</sup> definisce il governo clinico come la dimensione attraverso la quale le professioni cliniche promuovono, nell'ambito dei servizi, le iniziative di cambiamento necessarie a garantire il mantenimento di una qualità dell'assistenza in linea con gli standard professionali ed adeguano gli stessi alle condizioni organizzative e cliniche che mutano in base alle innovazioni tecnologiche ed organizzative. Essa inoltre individua nel Collegio di direzione l'organo aziendale con "compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e della attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori" (art 3, comma 3). "...governo clinico come la politica di un sistema sanitario che utilizza sistematicamente gli strumenti e le metodologie disponibili per favorire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e, soprattutto, ridisegna le relazioni fra clinici, manager e politici in modo da offrire ai responsabili dell'assistenza, medici e non, l'opportunità di contribuire allo sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie. Non il "governo sui clinici", quindi, né il "governo dei clinici", ma piuttosto il "governo con i clinici".<sup>2</sup> La finalità è di sviluppare strumenti e metodologie che possano trovare applicazione nel contesto delle organizzazioni sanitarie con lo scopo di favorire un'attenzione sistematica e continuativa alla qualità dell'assistenza, con particolare riferimento alla valutazione dell'appropriatezza clinica ed organizzative e degli esiti clinici.

**OBIETTIVI** L'Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi ha inteso corrispondere alle richieste della normativa e degli indirizzi indicati dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia Romagna, adeguando la propria organizzazione ed il sistema delle relazioni ai principi ed ai contenuti esplicitati da tali istituzioni.

**METODI** Per raggiungere tale finalità ha inserito negli obiettivi di budget-2007 il consolidamento della rete dipartimentale del Governo Clinico, ne ha individuato finalità e figure di riferimento, di queste ultime poi ha delineato le funzioni e le aree di intervento.

**RISULTATI** La rete aziendale dei referenti del governo clinico, in collaborazione con gli uffici di direzione aziendali (sanitaria, infermieristica, amministrativa), con i direttori e gli organi di dipartimento, con i responsabili del Centro Studi EBN, EBM e del settore qualità, seguendo le raccomandazioni delle Linee guida aziendali di budget 2007 ha individuato, nell'ambito dei singoli dipartimenti, le aree su cui porre il fuoco nel 2007, formulando gli obiettivi da perseguire, e di questi gli indicatori ed i risultati attesi .

**CONCLUSIONI** Poiché l'istituzione della rete dei referenti per il governo clinico è molto recente non è attualmente possibile valutare la ricaduta che avrà sulla qualità dell'assistenza. Certamente va rilevato lo sforzo di implementare un processo di verifica della qualità clinico-assistenziale basata su prove di efficacia da affiancare al monitoraggio della qualità percepita dall'utente, attuato tramite i questionari di soddisfazione.

<sup>1</sup> "NORME GENERALI SULL'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE" - Bollettino Ufficiale n. 178 del 28 dicembre 2004

<sup>2</sup> R. Grilli, F. Taroni (2004): Governo clinico - governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza  
Il Pensiero scientifico Editore

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Logopedista	CAP	40138
Cognome e nome	Modena Luciana	Città	Bologna
Istituzione	AOU S. Orsola Malpighi di Bologna	Telefono	051-6361226
Indirizzo	Via Albertoni 15	Fax	051-6361375
	Bologna	E-mail	luciana.modena@aosp.bo.it

**15. ECCE: LE MIGLIORI PROVE DI EFFICACIA IN UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE A DISTANZA NAZIONALE****Moja L<sup>1</sup>, Moschetti I<sup>1</sup>, Manfrini R<sup>2</sup>, Deligant C<sup>2</sup>, Dri P<sup>2</sup>, Compagnoni A<sup>3</sup>, Cinquini M<sup>3</sup>, Sala V<sup>1</sup>, Addis A, Liberati A<sup>1</sup>**<sup>1</sup> *Italian Cochrane Centre, Istituto Mario Negri, Milano*<sup>2</sup> *Zadig Editore, Milano*<sup>3</sup> *Dipartimento di Oncologia, Istituto Mario Negri, Milano*<sup>4</sup> *Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Roma*

**OBIETTIVO** Descrivere un programma di formazione a distanza che adotta una metodologia evidence-based in Italia.

**METODI** Iniziative di formazione permanente sviluppate dal Centro Cochrane Italiano in collaborazione con il Ministero della Salute (Agenzia Italiana del Farmaco).

**RISULTATI** Nel 2001 il Ministro della Salute ha lanciato un programma nazionale di sostegno dell'informazione indipendente. Il programma prevedeva la traduzione e distribuzione gratuita ai professionisti sanitari di Clinical Evidence (CE). Nel periodo 2003-2006 la distribuzione ha toccato tutti i medici italiani (300.000) e, dal 2006, è disponibile la quarta edizione online. L'implementazione prevedeva lo sviluppo di un programma di formazione a distanza (FAD) all'interno del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), basato sui contenuti di CE, dal nome ECCE, anch'esso gratuito. I medici hanno accesso a CE online e ai relativi casi clinici. Affrontando e superando il caso clinico il medico ottiene i crediti ECM. Nel corso dei primi due anni in cui ECCE era disponibile online per tutti i medici italiani, si sono iscritti più di 26.800 medici, di cui 4.300 di medicina generale (19%), e sono stati erogati 550.000 crediti. Due indagini valutative hanno misurato il giudizio dei medici riguardo a CE ed ECCE attraverso indagini questionario e focus group; i commenti positivi superavano i commenti negativi o neutrali. ECCE si inserisce bene nel contesto della pratica clinica. Alcuni medici hanno ipotizzato che ECCE possa esercitare una attrazione come metodo per ottenere crediti formativi piuttosto che come strumento di trasferimento delle informazioni. Oggi ECCE costituisce l'intervento al centro di un trial randomizzato (ICEKUBE) per stimarne, in condizioni controllate, l'efficacia formativa. Recentemente, sulla base della esperienza maturata attraverso ECCE, un programma di formazione similare è stato reso disponibile anche per le professioni infermieristiche (Infad). Ad oggi sono più di 57.000 gli infermieri iscritti e 1.160.000 i crediti erogati.

**CONCLUSIONI** La distribuzione gratuita e l'implementazione di CE attraverso un programma di FAD ai medici italiani è stata accolta positivamente dalla comunità medico-scientifica, confermando la preferenza verso un'informazione basata sulle reali problematiche cliniche e sul ruolo chiave che deve essere assunto dall'Autorità Sanitaria per una corretta implementazione dell'informazione indipendente. Questa esperienza è oggi replicata in altre professioni sanitarie con un analogo successo.

**Indirizzo per la corrispondenza**

Titolo	Dott.	CAP	20157
Cognome e nome	Moja Lorenzo	Città	Milano
Istituzione	Centro Cochrane Italiano Istituto Mario Negri	Telefono	02 39014327 - 517
Indirizzo	Via Eritrea 62	Fax	02 3559048
	20157 Milano	E-mail	moja@marionegri.it

**16. LA VALUTAZIONE DELLA SVIP (SCHEDA INFORMATIZZATA DI VALUTAZIONE PLURIDIMENSIONALE) ATTRAVERSO DOCDAT UNO STRUMENTO VALIDATO PER LA DEFINIZIONE DELLA QUALITÀ DEI DATABASE IN MEDICINA**

**Montanari U, Garufi GP, Mercuri M, Quadrelli D, Donato G, Patti AL, Berti F**

Cooperativa sociale "Medicina del Territorio" (Medi.Ter)

**BACKGROUND** L'assistenza domiciliare della società HCL (*Heath Care Litorale*) utilizza la SVIP, uno strumento informatico per il reclutamento, la stadiazione, valutazione del bisogno assistenziale e l'elaborazione di profili dell'autonomia nonché la registrazione di dati utilizzabili per generare casistica ed indicatori.

**OBIETTIVO** Nell'ambito dell'attività formativa per gli operatori è emersa la necessità di valutare questa scheda informatizzata con criteri standardizzati e riconosciuti a livello internazionale, al fine di individuare quanto i dati inseriti, utilizzati ed elaborati rispondessero a criteri di omogeneità, riproducibilità e verificabilità.

	Variabile	1	2	3	4
A	Quanto la popolazione elegibile è rappresentativa dell'intero territorio		2		
B	Completezza nel reclutamento delle popolazione elegibile		2		
C	Variabili incluse nel database			3	
D	Completezza dei dati				4
E	Formato con cui sono raccolti i dati continui				4
F	Uso di definizioni esplicite per le variabili				4
G	Uso di regole esplicite per decidere come registrare le variabili				4
H	Affidabilità della codifica di condizioni e interventi	1			
I	Indipendenza nell'osservazione dell' <i>outcome</i> principale			3	
J	Livello di validazione dei dati		2		

**METODI** Abbiamo analizzato le singole pagine ed singoli dati immessi nella SVIP utilizzando *DocDat*, uno strumento a disposizione di tutti

- uso diretto per via telematica all'URL <http://www.lshtm.ac.uk/docdat/page.php?t=index>,
- scaricabile e stampabile in formato testo all'URL <http://www.lshtm.ac.uk/docdat/page.php?t=definitions>.

Questo strumento non entra in merito alla struttura informatica del SW, ma fornisce una serie di elementi per una analisi utilizzando dieci *items* con un punteggio variabile da uno a quattro. A punteggio maggiore corrisponde maggiore omogeneità, vericabilità e riproducibilità dei dati immessi (cioè qualità del database): pertanto il punteggio minimo per un SW sarebbe 10 ed il punteggio massimo sarebbe 40. Sempre sul sito sono censite alcune centinaia di database medici, divisi per settori, per i quali sono espressi i punteggi complessivi e dettagliati.

**RISULTATI** Rimandando al sito indicato ed al manuale per una migliore comprensione della definizione dei dieci *items* e dei criteri per l'attribuzione dei punteggi, i risultati ottenuti dal gruppo di lavoro che ha applicato tale strumento alla SVIP sono stati un punteggio complessivo di 29 ed i seguenti punteggi singoli:

**CONCLUSIONI**

- La SVIP rappresenta un SW gestionale di qualità medio-alta, anche comparato a quelli attualmente censiti nel sito *Doc Dat*.
- Sussistono in ogni caso alcuni margini di miglioramento; ma, mentre gli *items* A e B possono migliorare solo attraverso una sua utilizzazione più estesa senza prevedere particolari interventi sulla struttura del sistema, poco o nulla è attualmente previsto riguardo la codifica degli eventi (*item* H) e potrebbe essere prevista un'implementazione in tal senso, facilitata dalla modularità del sistema; per quanto concerne la validazione di dati (*item* J), invece, il lavoro da svolgere dovrà essere in primo luogo formativo nei confronti di operatori, gestori e sviluppatori.
- La valutazione della SVIP con i criteri del *DocDat* ha prodotto e potrà produrre dei miglioramenti del SW.
- Tutti i Data Base Biomedici dovrebbero essere sottoposti a criteri di qualità validati

**Indirizzo per la corrispondenza**

Titolo		CAP	00050
Cognome e nome	Ugo Montanari	Città	Passoscuro (RM)
Istituzione	Cooperativa Medi.Ter	Telefono	330 779601
Indirizzo	Via Valledoria 45	Fax	1782211015
		E-mail	montanari@mediter.org

## 17. ASSISTENZA FARMACEUTICA, EVIDENZE SCIENTIFICHE E RIDUZIONE DEI COSTI

**Musicco F**

*Istituti Fisioterapici Ospitalieri Regina Elena San Gallicano, Roma*

**BACKGROUND** Le analisi di minimizzazione dei costi, che si fanno laddove un intervento fornisce un beneficio clinico sicuramente non inferiore al riferimento a costi inferiori, sono di particolare importanza nella assistenza farmaceutica. Certamente questa tipologia d'analisi permette la riduzione dei così detti "sprechi" in sanità. Interventi sulla prescrizione di farmaci particolarmente costosi, quali albumina e eritropoietina possono rientrare in questa categoria. La metodologia da utilizzare è quella basata sulla EBM (Evidence Based Medicine) che individua gli usi appropriati dei farmaci in base alle evidenze scientifiche.

**OBIETTIVI** Ottimizzare l'uso dei farmaci albumina umana e eritropoietina 10.000 ui e verificare gli esiti economici dal punto di vista del SSN e dell'Ospedale

**METODI** Presso la Farmacia degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma sono stati analizzati i consumi a valore di alcuni farmaci ad alto costo (albumina 36,20 euro a flacone) e eritropoietina (71,78 euro a fiala), che incidono pesantemente nei budget dei reparti di chirurgia e medicina oncologica. Si è valutato l'impatto sui consumi e sui costi di un progetto che mirava ad ottenere una prescrizione all'interno di indicazioni previste dalle autorizzazioni di immissione in commercio e delle evidenze scientifiche a supporto. È stata effettuata una revisione della letteratura scientifica basata sulle evidenze scientifiche riguardo gli usi clinici dell'albumina umana, ed è stato predisposto un apposito modulo di richiesta personalizzata in farmacia che definiva le indicazioni di prima scelta e quelle di terza scelta dopo colloidali e cristalloidi. Per l'eritropoietina 10.000 u.i., è stato preparato un modulo di prescrizione che richiama le indicazioni di immissione in commercio. I suddetti moduli e revisioni della letteratura sono stati discussi dalla Commissione Ospedaliera per il Prontuario Terapeutico Aziendale ed approvati per l'utilizzo e la divulgazione rispettivamente nel maggio del 2003 e nell'ottobre del 2002.

**RISULTATI** Il consumo di albumina umana è passato da una media di 1.223 fiale al mese (media ultimi quattro mesi prima dell'applicazione della nuova modalità di richiesta) a 310 fiale al mese (media primi 6 mesi dopo l'applicazione della nuova modalità di richiesta). Riguardo l'eritropoietina si è passati invece da una media di 81,5 fiale al mese a 38,6 fiale al mese. Il valore degli acquisti è passato nel caso dell'albumina da 39.000 euro al mese a 8.346 euro al mese e nel caso della eritropoietina da 4.884 euro al mese a 2.244 euro al mese. I risparmi quindi sono stati rispettivamente del 79,09% e del 54,04%.

**CONCLUSIONI** Gli strumenti che la EBM propone quali le Commissioni per i Prontuari Terapeutici Aziendali, per l'Appropriatezza Prescrittiva possono ottenere rilevanti benefici economici applicando le analisi di minimizzazione dei costi, laddove interventi terapeutici farmacologici con farmaci ad alto costo sono verificati secondo le indicazioni d'immissione in commercio e le evidenze scientifiche disponibili. Il farmacista e il servizio di farmacia possono fornire un contributo fondamentale per identificare gli ambiti d'interesse e proporre interventi nell'ambito di commissioni, linee guida e revisioni della letteratura multidisciplinari.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dr.	CAP	00143
Cognome e nome	Musicco Felice	Città	Roma
Istituzione	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Telefono	0652662047
Indirizzo	Via Chianesi 50	Fax	0652665037
		E-mail	musicco@ifo.it

## 18. VALUTAZIONE DI EFFICACIA A SEI MESI DI UN CORSO DI FORMAZIONE BASATO SULLE LINEE GUIDA

Nati G, Calzini V, Fiorillo A, Sabatini M, Schipani A, Grasso G

Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio

Da molti anni il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica è un argomento di studio. In ambito ECM, in Italia, non vengono implementati strumenti di valutazione a distanza dell'efficacia formativa.

### OBIETTIVI:

1. Verificare sul campo l'efficacia a sei mesi di un corso di formazione basato sulle migliori linee guida a disposizione al momento
2. Verificare l'applicabilità di uno strumento di valutazione delle performances acquisite e mantenute a distanza di tempo

**METODI:** Considerando le dislipidemie come un problema di largo impatto per il nostro SSN, abbiamo effettuato una valutazione di qualità delle migliori Linee Guida sulla materia utilizzando lo strumento AGREE. E' stata scelta la Linea Guida " *Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)* " (aggiornata al 2004), che è stata adattata localmente tramite un processo condiviso utilizzando un metodo Delphi modificato; il corso è stato sviluppato sulla discussione degli statements principali, ed è stata distribuita una guida tascabile.

E' stato predisposto un set di indicatori di performance, principalmente orientato alla raccolta ed alla registrazione dei dati clinici relativi ai fattori di rischio necessari per il calcolo del rischio cardiovascolare. Sono stati utilizzati due criteri principali: un confronto sei mesi prima - sei mesi dopo il corso e la copertura percentuale degli assistiti.

Non tutti i partecipanti utilizzavano software in grado di poter estrarre i dati: sono state utilizzate queries solo per Millewin, Koinè, Medico 2000, Phronesis.

**RISULTATI:** I dati basali mostravano una bassissima tendenza a registrare dati anamnestici ed obiettivi, mentre i dati di laboratorio erano registrati con maggior frequenza. La valutazione a sei mesi dimostra un significativo incremento della registrazione dei dati, che si mantiene nel tempo, ma la copertura dei pazienti non sembra raggiungere livelli accettabili. I dati basali mostrano grande variabilità nelle percentuali di registrazione; la risposta migliore si ha nei medici nel terzo quartile di performance prima del corso.

**CONCLUSIONI:** Il corso si è mostrato efficace nel modificare le performances dei discenti, ma i risultati dopo sei mesi mostrano ancora una scarsa copertura percentuale sulla popolazione dei pazienti.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dr	CAP	00197
Cognome e nome	Nati Giulio	Città	ROMA
Istituzione	Centro di Formazione in Medicina Generale	Telefono	06/3220930 335/1410911
Indirizzo	V G. Schiaparelli 11	Fax	06/3242337
		E-mail	giulionati@alice.it

**19. L'EFFICACIA DELL'EDUCAZIONE NEL PAZIENTE DISFAGICO POST-STROKE: studio quasi sperimentale pragmatico.**

**Palese A, Rapetti G, Casano N, Romito D**

*Università degli Studi di Udine*

**BACKGROUND** La disfagia rappresenta uno dei sintomi più importanti del paziente con ictus. Si stima che (Schindler 2001) il 40% dei pazienti deceduti con ictus sia affetto da disfagia. E' indispensabile che gli infermieri, sappiano conoscere i fattori di rischio e i primi segni di disfagia, e sappiano applicare le migliori evidenze nella gestione del problema, somministrando un'opportuna alimentazione, insegnare le giuste tecniche di deglutizione

**OBIETTIVI**

a) valutare l'evoluzione della disfagia nel paziente post-ictus nella fase acuta; b) di valutare la quantità di liquidi introdotta per via orale attraverso l'uso di bevande gelificate e addensate; c) valutare quanto, l'applicazione delle migliori evidenze nella gestione della disfagia, migliori gli esiti nei primi sette giorni post stroke rispetto a quanto accade con una gestione di routine.

**MATERIALI E METODI** È stato realizzato un trial clinico pragmatico durato 6 mesi (maggio-novembre 2006). Sono stati selezionati 40 pazienti con disfagia ai liquidi insorta all'esordio dell'ictus. in grado di comunicare, vigili, orientati e collaboranti. Il primo gruppo di pazienti (esposti) sono stati educati intensivamente e gestiti sulla base delle Linee guida per la gestione della disfagia; il secondo gruppo (controlli) sono stati gestiti come di routine, con un approccio educativo non sistematico e limitato nel tempo. Il primo giorno e per ciascuno dei successivi sette giorni, i pazienti inclusi sono stati accertati nella disfagia (con scala funzionale per la valutazione della gravità della disfagia nell'ictus in fase acuta) e valutati nella quantità di liquidi assunti attraverso griglie di rilevazione. L'analisi dei dati è stata elaborata attraverso il Sistema SPSS (versione 12). Sono state ricercate frequenze, percentuali e valori di posizione centrale; sono stati utilizzati il Chi Quadrato, Test di T a due campioni indipendenti accettando una significatività statistica  $p < 0.05$ . E' stato adottato anche un modello di regressione multivariata per le variabili significative all'univariata.

**RISULTATI** I pazienti avevano un'età media di 75.3 anni (range 50-90; DS 9.4), le donne erano 22 e gli uomini 18. La gravità della disfagia al momento della presa in carico per 15 pazienti era lieve, per 23 medio- lieve; solo 2 avevano una disfagia media e nessuno aveva una disfagia grave. I pazienti trattati hanno ricevuto un intervento educativo durato mediamente 64.5 minuti (range 30– 130 minuti; DS 27.6). Il gruppo di controllo ha ricevuto 7 interventi educativi/ciascuno per un complessivo di 70 minuti (1,16 ore). Tutti i pazienti esposti al trattamento (19/20) sono migliorati, ovvero al termine dell'osservazione non avevano più la disfagia o la loro disfagia era di gravità inferiore a quella osservata nel primo giorno; diversamente, nei controlli, solo 3 pazienti sono migliorati (3/20) mentre 17 (17/20) hanno mantenuto una gravità della disfagia invariata se non addirittura peggiorata. Tale differenza e' statisticamente significativa (Chi Quadrato 25.89;  $p < 0.000$ ). Quando i pazienti sono gestiti con una presa in carico a valenza educativa che dura  $\geq 350$  minuti nei primi 7 giorni dell'episodio ischemico od emorragico, hanno una probabilità superiore di migliorare la loro disfagia rispetto a coloro che sono gestiti con una quantità di tempo dedicato inferiore (OR 29.75 IC 95% 3.01-7.20). Tale miglioramento, invece, non è associato al genere maschile dei pazienti (OR 0.30; IC 95% 0.06-1.31) al tipo di lesione destra o sinistra (OR 0.73 IC 95% 0.16-3.27), ischemica o emorragica (OR 0.35 IC 95% 0.04-2.73) e alla presenza di una disfagia lieve al primo giorno di osservazione (OR 0.72 IC 95% 0.16-3.18). Il miglioramento non è associato neppure all'età  $\leq$  ai 75 anni (OR 1.67 IC 95% 0.38-7.41). I pazienti che hanno ricevuto un trattamento educativo hanno maggiore probabilità di non avere disfagia al settimo giorno rispetto a coloro che non hanno ricevuto trattamenti (10; 50%, vs 0; 0%, Chi- quadrato 13.3  $p < 0.000$ ).

**CONCLUSIONI** La carenza di risorse infermieristiche determina anche l'impossibilità di applicare le migliori evidenze disponibili che raccomandano una elevata intensità assistenziale.

**Indirizzo per la corrispondenza**

Titolo	Prof.	CAP	33100
Cognome e nome	Alvisa Palese	Città	Udine
Istituzione	Università di Udine	Telefono	3338276621
Indirizzo	Corso di laurea in Infermieristica	Fax	0432 590926
	Viale ungheria 18	E-mail	alvisa.palese@uniud.it

**20. PROGETTO PER LA PROMOZIONE DELLA FUNZIONE DI RICERCA E INNOVAZIONE TRA LE ATTIVITA' ORDINARIE, SISTEMATICHE E CONTINUATIVE DELL'AZIENDA USL DI RIMINI****Panzini I, Santini L, Montalti M, Ferrari S, Boccaforno N, Zanzani G, Lovecchio S***Azienda USL di Rimini, Italia*

**BACKGROUND** negli ultimi anni l'organizzazione e lo sviluppo della ricerca clinica in Italia ha subito lenti ma importanti cambiamenti, sia dal punto di vista organizzativo che strutturale. E' importante che chi si occupa di ricerca si senta sponsor attivo dell'ipotesi che è oggetto della ricerca, in modo da rendere la ricerca espressione legittima di una assistenza responsabile e da proporre i risultati ottenuti come un'opzione che aggiunge un'opportunità in più alla loro prospettiva di salute e cura.

**OBIETTIVI** si è deciso di pianificare un'indagine sul grado di coinvolgimento degli operatori sanitari aziendali con lo scopo di creare una rete di operatori sanitari che si occupino di ricerca e che lavorino in modo integrato. Si parte dalla considerazione che una affidabile garanzia di qualità della ricerca deriva dal grado di coinvolgimento reale ed autonomo degli attori operativi della sperimentazione.

**METODI** sono stati coinvolti nella ricerca gli operatori sanitari che lavorano presso le U.O. maggiormente coinvolte in progetti di ricerca (Cardiologia, Malattie Infettive, Oncologia, Pediatria, Terapia Antalgica). Agli operatori sanitari è stato somministrato un questionario che mira ad indagare il grado di coinvolgimento ed interesse in materia di ricerca. Qualora l'operatore sanitario si sia dichiarato interessato è stato inserito in un gruppo da coinvolgere in progetti di ricerca e formazione.

**RISULTATI** sono stati intervistati 150 operatori, di cui 91 medici, 40 infermieri e 19 altre figure professionali, con un'età ed anni di servizio medi rispettivamente di 39 e 14 anni. Il 44% degli intervistati non ha mai partecipato a corsi di formazione sulla metodologia della ricerca, il 65,3% dichiara di sentirsi coinvolto nei progetti di ricerca ai quali la sua U.O. partecipa, solo il 44% degli operatori è venuto a conoscenza dei risultati delle ricerche svolte. In tutto il 70,7% degli intervistati desiderano essere maggiormente coinvolti in futuro in attività formative e di ricerca.

**CONCLUSIONI** il progetto presentato ha portato ad una maggiore consapevolezza delle problematiche inerenti alla ricerca clinica presso l'Azienda Sanitaria, ha inoltre permesso la costituzione di un gruppo di lavoro che partirà nel 2007 con un importante progetto formativo.

**Indirizzo per la corrispondenza**

Titolo		CAP	47900
Cognome e nome	Panzini Ilaria	Città	Rimini
Istituzione	Staff Direzione Generale Azienda USL Rimini	Telefono	0541-707813
Indirizzo	Via Coriano 38	Fax	0541-707751
		E-mail	ipanzini@auslrn.net

## 21. EDUCAZIONE TERAPEUTICA IN DIABETOLOGIA

**Pelizzola D, Zampini MA, Frezzati E**

*Coordinamento Diabetologico Azienda USL di Ferrara*

L'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2, soprattutto legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia". Stime e proiezioni sul periodo 1994-2025 indicano la triplicazione a livello mondiale dei casi di diabete mellito tipo 2.

I dati riportati dalla letteratura internazionale indicano che il diabete mellito è una patologia ad elevato costo socio- sanitario e che si possono realizzare risparmi significativi per il Servizio Sanitario, riducendo soprattutto i costi causati dalle complicanze del diabete, attraverso un trattamento attento ed efficace della malattia. Purtroppo nonostante gli sforzi profusi, solo la metà dei diabetici in trattamento ottiene un controllo glicemico soddisfacente.

Numerosi studi, evidenziano l'importanza dei fattori comportamentali, sociali e psicologici nell'autogestione della malattia da parte del paziente. Alcuni studi hanno dimostrato che educare all'autogestione centrata sul paziente e non solo sulla malattia migliora gli esiti finali dell'assistenza.

Educazione Terapeutica è un processo formativo orientato ai portatori di malattia, svolto da professionisti con specifica formazione, con l'obiettivo di accrescere le conoscenze al fine di promuovere autonomia nella gestione della malattia in relazione alle attività quotidiane (empowerment). La delega di responsabilità al paziente oltre a migliorare monitoraggio e controllo di malattia favorisce lo sviluppo della motivazione al perseguimento degli obiettivi terapeutici. L'O.M.S. ha definito che l'Educazione Terapeutica:

- dovrebbe consentire ai pazienti di acquisire e conservare le capacità e le competenze che li aiutino a vivere in maniera ottimale la vita quotidiana con la malattia;
- è un processo continuo, integrato nel corso di tutte le cure;
- è centrata sul paziente: l'educazione implica delle attività organizzate di sensibilizzazione, di informazione, di apprendimento e di sostegno psicologico;
- ha l'obiettivo di aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia ed il trattamento, a cooperare con i curanti, a vivere in maniera più sana, mantenere o migliorare la qualità di vita.

Numerose evidenze scientifiche supportano l'applicazione della Educazione Terapeutica in diabetologia, quali il progetto D.A.W.N. (Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs), studio congiunto a livello internazionale iniziato nel 2001 in collaborazione con la Federazione Internazionale del Diabete (IDF).

Da circa due anni il Coordinamento Diabetologico Azienda USL di Ferrara ha promosso lo sviluppo di eventi di educazione terapeutica nelle sedi degli Ambulatori Diabetologici, costituendo livelli di competenza multiprofessionale specifici nell'ambito del team diabetologico (medico diabetologo, infermiere, dietista) che hanno condotto a tangibili risultati in termini di migliorato controllo metabolico nel gruppo di diabetici trattati.

L'esperienza positiva è in fase di sviluppo sia per quanto riguarda le metodologie educative e di valutazione di output rispetto ad un progressivo arruolamento di operatori sanitari per l'addestramento.

Esperienza innovativa riguarda lo sviluppo di esperienze di Educazione orientata ai diabetici in gestione integrata con i Medici di Medicina Generale, individuando le modalità graduate, rispetto ad un target commisurato con il livello di complessità della patologia e con obiettivi specifici prevalentemente orientati alla prevenzione delle complicanze.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dott.	CAP	44034
Cognome e nome	Pelizzola Dario	Città	Copparo
Istituzione	Azienda USL di Ferrara	Telefono	0532879858
Indirizzo	Via Roma, 18	Fax	0532879856
	44034 Copparo Ferrara	E-mail	pld@unife.it

## 22. DALLE LINEE GUIDA AI PIANI DI CURA: GESTIRE UNA UO DI SALUTE MENTALE

Pellegrino F

Dipartimento Salute Mentale, ASL Salerno 1 – Costa d'Amalfi

**BACKGROUND** Il processo di aziendalizzazione del SSN ha comportato un riassetto organizzativo del capitale umano disponibile, una politica attenta di investimenti in strutture e strumenti, una maggiore consapevolezza nell'allocazione delle risorse in risposta alle esigenze della popolazione e nel rispetto dei LEA.

**OBIETTIVI** Valutare la possibilità di formulare *piani di cura* personalizzati capaci di mediare tra le linee guida e la loro applicazione nella pratica clinica; ciò nell'ambito della salute mentale ove le variabili extracliniche (ad esempio sociali ed assistenziali) sono difficili da valutare e gestire.

**METODO** Il lavoro si propone di formulare un percorso di valutazione dei bisogni assistenziali, di codificazione degli utenti afferenti all'Unità Operativa di Salute Mentale, di allocazione delle risorse, di valutazione degli esiti. Partendo da precisi riferimenti normativi (codificazione patologie, Livelli Essenziali di Assistenza) e dalle indicazioni delle letteratura internazionale (linee guida) ci si è proposti di tracciare un percorso teso a realizzare, nel corso degli anni, un numero progressivamente maggiore di piani di cura personalizzati, in rapporto all'utenza in carico alla UOSM. Ciò può essere di valido aiuto per la valutazione della appropriatezza clinica, organizzativa e temporale.

**RISULTATI** La gestione complessiva di una Unità Operativa di Salute Mentale è particolarmente complessa ed articolata, in quanto la patologia mentale richiede, oltre agli interventi strettamente clinici, valutazioni extracliniche mirate alla definizione e soddisfazione, laddove possibile, di esigenze familiari, sociali, lavorative. La mera appropriatezza dell'intervento non si risolve infatti nella definizione di un piano di cura lineare (farmacologico, psicoterapeutico, riabilitativo), quanto nella creazione di una rete di interventi che nell'insieme possano consentire al paziente una condizione di vita qualitativamente soddisfacente. I risultati conseguiti ad oggi hanno consentito un assetto della gestione clinica del paziente, della creazione di un Centro Diurno e della implementazione di attività tese alla gestione di patologie emergenti come i disturbi del comportamento alimentare ed i disturbi comportamentali secondari a quadri demenziali (Unità Valutazione Alzheimer).

Dal punto di vista clinico, attesa un'utenza media annua di circa 1000 unità, l'utenza in carico annua – riferita al 2005 - è pari a 460 utenti - di cui 133 affetti da disturbo schizofrenico - che per la peculiare gravità del quadro clinico necessitano di un attento e costante monitoraggio. In un anno vengono effettuati mediamente 7000 interventi; per gli utenti in carico viene attuato un protocollo relativo alla definizione di un piano di cura che prevede: definizione clinica del disturbo, elaborazione di un programma terapeutico che comprende interventi farmacologici, psicoterapeutici (individuali/familiari) e/o psicoeducazionali. Nel 2005 42 utenti sono stati inseriti in un programma riabilitativo presso l'annesso Centro Diurno.

**CONCLUSIONI** La progressiva definizione di piani di cura personalizzati è l'obiettivo principale dell'attività dell'UOSM. Allo stato è ben definito il percorso clinico con un monitoraggio, per gli utenti in carico, relativo al trattamento farmacologico, che consente un confronto con le linee guida e una concreta valutazione dell'indice di efficacia (effetto terapeutico/effetti collaterali).

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dottor	CAP	84010
Cognome e nome	Pellegrino Ferdinando	Città	Ravello
Istituzione	Dipartimento Salute Mentale ASL SA 1 – Costa d'Amalfi	Telefono	089871081
Indirizzo	Loc. Castiglione	Fax	089871081
		E-mail	ferdinandopellegrino1@tin.it

## 23. LA CULTURA DELLE EVIDENZE: UN PROGETTO FORMATIVO PER LA MEDICINA DI LABORATORIO

**Pezzati P\*, Colotti A<sup>§</sup>, Setti L<sup>§</sup>, Messeri G\***

\*DAI Laboratorio Azienda ospedaliero-Universitaria Careggi Firenze

<sup>§</sup>DAI Area Politiche del personale, Formazione e sviluppo professionale -U.O.Formazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi-Firenze

**BACKGROUND** La Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi –Firenze (AOUC) ha intrapreso all'inizio del 2005 un cambiamento organizzativo che ha visto il coinvolgimento di tutte le strutture preposte alle attività di cura e diagnosi. Sono stati creati Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) nel cui ambito sono confluite discipline affini ed è stato previsto lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali.

Il presente progetto formativo si colloca nell'ambito delle attività di aggiornamento del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) Laboratorio, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC).

Il progetto nasce come risposta al bisogno di miglioramento della qualità delle prestazioni del DAI e della appropriatezza della richiesta, nonché come momento di formazione propedeutico all'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

La metodologia della Evidence Based Medicine, nella sua accezione di Evidence Based Laboratory Medicine (EBLM), appare attualmente come uno strumento indispensabile perché i professionisti possano rispondere a questo processo di riorganizzazione aziendale, infatti un'attenta valutazione, da parte del professionista, delle evidenze disponibili è il primo requisito per poter rispondere alle richieste di prestazioni in termini di qualità ed appropriatezza.

L'analisi del background ha conseguentemente portato alla rilevazione dei macroobiettivi.

**OBIETTIVI** Al fine della costruzione dei percorsi assistenziali le attività da implementare sono:

- creazione di una cultura e un linguaggio trasversali al DAI
- condivisione di obiettivi a lungo termine
- disseminazione delle informazioni relative al corretto uso del test diagnostico nell'ambito delle strutture locali, stante la necessità di un uso razionale delle risorse

Il soddisfacimento dei macroobiettivi implica che la formazione veda il coinvolgimento di tutti i dirigenti del DAI Laboratorio realizzata tramite due edizioni del percorso di formazione. Viene considerato soddisfacente il raggiungimento di un numero di dirigenti formati pari al 90% del totale.

### **Obiettivi formativi**

In luce di queste necessità proprie del DAI Laboratorio, sono stati individuati, in collaborazione con la U.O. Formazione gli obiettivi formativi, sviluppando successivamente un percorso formativo di "alfabetizzazione" EBLM.

Gli obiettivi individuati sono l'acquisizione di :

1. concetto di evidenza
2. capacità di utilizzazione delle misure di associazione statistica nel contesto del processo diagnostico e prognostico
3. capacità di valutazione critica dei modelli di studio di ricerca
4. abilità di ricerca della letteratura in database specifici e dedicati
5. abilità di lettura e interpretazione della letteratura secondaria con particolare attenzione alle revisioni sistematiche con metanalisi e alle linee guida.

**METODOLOGIA** La metodologia si articola su quattro diverse tipologie di interventi (moduli).

### **Primo modulo**

corso teorico-pratico di formazione di base:

-lezioni frontali ed esercitazioni pratiche.

Gestione della formazione affidata a docenti dell'AOUC e professionisti aderenti a gruppi di lavoro EBLM SIBioC ed AMCLI (20-25 ore).

### **Secondo Modulo**

-corso teorico pratico di formazione avanzata

-lezioni frontali ed esercitazioni pratiche

Gestione della formazione affidata a docenti Cochrane Italia ( 8 ore).

### **Terzo modulo**

-gruppi di studio dedicati alla lettura critica di linee guida EBLM.

I gruppi si avvalgono della metodologia peer to peer e della condivisione dei risultati con il tutor ( tre incontri di tre ore).

### **Quarto modulo**

Corso teorico pratico di presentazione e di introduzione al progetto ECCE (percorso di formazione a distanza basato sulle evidenze scientifiche promosso dal Ministero della Salute e dalla Cochrane Italia ed accreditato ECM).

Gestione della formazione affidata a due tutor (tre ore).

### Modulo di supporto

Creazione in collaborazione con il Centro Elaborazione Dati (CED) dell'AOUC, di pagine web (intranet) destinate a contenere il materiale del corso e materiale di approfondimento, nonché links a siti utili in ambito EBLM.

### Valutazione

- } gradimento del corso (questionario di valutazione della qualità percepita)
- } verifica di apprendimento della fase teorica di base (questionario ed esercitazioni pratiche). Gli obiettivi sono valutati tramite questionario di apprendimento a domande multiple con punteggio minimo di almeno l'80% e con risoluzione di problemi diagnostici simulati.
- } focus group di valutazione della fruibilità del progetto ECCE e impostazione delle possibili ricadute nel contesto operativo con sviluppo di un progetto per la condivisione delle soluzioni e procedure operative.

**CONCLUSIONI** Con questo progetto ci siamo proposti in una prima fase di dare strumenti alla dirigenza del DAI Laboratorio per familiarizzare con la metodologia EBM (modulo 1-3).

In una seconda fase (modulo 4) abbiamo avviato il percorso di autoformazione EBM avvalendosi del progetto ECCE.

Lo scopo del progetto è quindi il trasferimento delle nozioni EBM acquisite nella pratica quotidiana e l'implementazione dei percorsi assistenziali diagnostico terapeutici sembra offrire tale opportunità.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dottoressa	CAP	50139
Cognome e nome	Paola Pezzati, Agnese Colotti	Città	Firenze
Istituzione	Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi	Telefono	348/6538104
Indirizzo	Viale Pieraccini n.30	Fax	055/7947393
		E-mail	<a href="mailto:pezzatip@ao-careggi.toscana.it">pezzatip@ao-careggi.toscana.it</a> <a href="mailto:colottia@ao-careggi.toscana.it">colottia@ao-careggi.toscana.it</a>

<b>24. IPOTESI DI ISTITUZIONE DI UNA UNITA' ORGANIZZATIVA INTERDIPARTIMENTALE DI METODOLOGIA CLINICA</b>
<b>Romano E, Barbieri S, Bologna F, Stefani R, Virgillito A, Conti A</b>
ASL 5 "Spezzino" - La Spezia

**BACKGROUND** Il confronto permanente tra Clinici e Manager riveste un ruolo strategico nell'organizzazione sanitaria. Le scelte gestionali devono valutare l'impatto sui problemi assistenziali e le scelte assistenziali devono tenere conto dei problemi gestionali. Per creare un ambiente favorevole alla buona pratica clinica occorre ridefinire il ruolo e la responsabilità dei Medici nelle decisioni che riguardano il malato **anche** sul piano organizzativo. Un utilizzo efficiente delle risorse conduce a prestazioni efficaci solo attraverso precisi strumenti che includono la programmazione delle attività, le scelte di convenienza economica, il controllo dei costi *controllabili* e la verifica dei risultati. Il Dipartimento è il luogo dove si raggiunge l'equilibrio tra lo sviluppo delle conoscenze e l'organizzazione delle competenze e pertanto costituisce l'ambito privilegiato dove poter contestualizzare le attività di Clinical Governance.

**OBIETTIVI** Nella relazione si illustra una linea progettuale che sviluppa gli strumenti organizzativi della Clinical Governance attraverso l'istituzione di una Unità Organizzativa Interdipartimentale di Metodologia Clinica, posta in staff alla Direzione Generale. L'obiettivo complessivo è rappresentato dall'attivazione di Processi Gestionali Organizzativi all'interno dei Dipartimenti Assistenziali attraverso l'istituzione di Gruppi Gestionali Dipartimentali e successivamente dell'Unità Organizzativa.

**METODI** Istituzione di un "Gruppo Operativo Gestionale" in un Dipartimento pilota, formato da 1 Medico e 1 Infermiere Referente per ogni singola Struttura Complessa. Esportazione del Modello negli altri Dipartimenti dell'Azienda e sua progressiva implementazione attraverso la formazione di Gruppi Gestionali Dipartimentali. Istituzione dell'Unità Organizzativa Interdipartimentale di Metodologia Clinica, in staff alla Direzione Generale, formata dai Referenti dei singoli Dipartimenti (2 medici e 1 infermiere per Dipartimento) e da un Coordinatore.

**RISULTATI ATTESI** Dopo l'attribuzione di responsabilità precise secondo obiettivi condivisi, vengono stabiliti i seguenti step, con i relativi indicatori: esecuzione di check-up organizzativi; identificazione di obiettivi strategici relativi alle singole Strutture Complesse, privilegiando gli aspetti comuni del Dipartimento; individuazione dei nodi critici dell'organizzazione, principalmente in relazione ai costi e all'appropriatezza delle prestazioni; revisione delle procedure operative, dando priorità ai problemi comuni, attraverso la produzione di protocolli condivisi; ricerca di strategie volte al miglioramento degli indicatori di attività dei Servizi (numero dei ricoveri ordinari e oltre soglia, tempo di degenza media, tasso di occupazione, tasso e intervallo di rotazione, tasso di operabilità, punti DRG, prestazioni ambulatoriali etc.); creazione di strumenti utili al miglioramento del raccordo fra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale; attivazione di audit nelle SS.CC e nei Dipartimenti; promozione di soluzioni multidisciplinari nella gestione di problemi clinici complessi; aggiornamento permanente e analisi critica della documentazione scientifica, volta alla ricerca dell'evidenza clinica come contributo al raggiungimento dell'efficacia pratica; produzione e diffusione di protocolli clinici condivisi inseriti nelle realtà locali; governo della domanda e contenimento della spesa attraverso strategie di corretta informazione alla popolazione e ai medici di medicina generale; ottimizzazione dell'offerta e contenimento delle liste di attesa; collaborazione con l'Ufficio Qualità.

**CONCLUSIONI** Il progetto illustra il piano operativo complessivo con la definizione dei tempi delle diverse fasi, l'identificazione dei soggetti coinvolti, la strategia di comunicazione e le possibili criticità di attuazione. Il processo di introduzione delle innovazioni è teso al raggiungimento di una funzione organizzativa permanente della Rete Gestionale Interdipartimentale allo scopo di tradurre in pratica le soluzioni proposte, adeguandole alle situazioni presenti.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo		CAP	19121
Cognome e nome	Romano Elisa	Città	La Spezia
Istituzione	Il Divisione di Medicina, ASL 5 "Spezzino"	Telefono	3282289015
Indirizzo	Via Manin n. 17 - La Spezia	Fax	
		E-mail	elisaromano@virgilio.it

## 25. LIVELLI MULTIDIMENSIONALI DI ANALISI PER LE DECISIONI IN MEDICINA: EBM E POSSIBILI BIAS COGNITIVE NELLA VALUTAZIONE DELL'INTRODUZIONE DEI NUOVI FARMACI

Rubba F\*, Cuccaro P\*, Della Vecchia A\*, Quagliata L<sup>§</sup>, Scafarto MV<sup>§</sup>, Triassi M\*, Trevisan M<sup>§§</sup>, Panico S\*\*

\*Dipartimento Scienze Mediche Preventive

\*\*Dipartimento Medicina Clinica Sperimentale

§ Direzione Sanitaria AOU Università Federico II Napoli

§§ Social and Preventive Medicine Department, Buffalo University, NY

**BACKGROUND** Nell'ambito del Governo della spesa farmaceutica l'implementazione dell'EBM nella misura in cui limiti l'uso di strategie terapeutiche di non comprovata efficacia si inquadra nelle metodiche che possono contribuire all'economicità e all'efficacia. Di recente il decision making fondato sull'EBM ha scoperto una serie di limiti: l'incompletezza della letteratura scientifica, la modalità di presentazione dei dati, le bias di pubblicazione, la tendenza a non pubblicare i risultati negativi. La stessa ricerca indipendente è nel contesto attuale difficoltosa: piccoli studi o studi osservazionali possono non dare stime di risultato robuste.

Inoltre la comunicazione del rischio, ossia di una stima di probabilità sia essa semplice o condizionale può in un insieme ridondante di informazioni (*innumeracy*) generare una serie di incomprensioni che derivano anche dalle euristiche del pensiero umano, così come le hanno descritte Kahneman e Tversky. I modelli di utilizzo che si fondano sulle prove della letteratura scientifica trovano maggiore coerenza negli approcci cognitivi propri della Razionalità limitata, per cui si prendono decisioni sulla scorta dei migliori elementi presenti seppure incompleti, secondo il principio che HA Simon definì di "satisficing".

**OBIETTIVI** Lo studio, attualmente sperimentato nella Commissione Farmaci della AOU Federico II, si è posto l'obiettivo di aggiungere all'utilizzo della metodologia EBM per sintetizzare le prove della letteratura scientifica, l'analisi di alcune bias cognitive che influiscono sulla percezione del rischio.

**METODI** Gli errori cognitivi valutati sono: il focus sul Rischio Relativo ossia l'accento dato solo alla variazione dell'effetto, l'effetto Framing ossia la cornice di riferimento, l'effetto del Comparator, ossia l'influenza di uno o più comparator, l'Euristica degli affetti. La valutazione dei nuovi farmaci è attuata attraverso revisioni sistematiche che mettono a confronto la qualità degli studi, l'indicatore è il suo comparator, con elaborazione di stime, vale a dire di rischi relativi e odds ratio cumulativi sugli studi ritenuti idonei e comparabili. Sono anche prese in considerazione elementi di analisi dei costi e la prevalenza d'uso. Il risultato del procedimento di valutazione è costituito da griglie di valutazione riassuntive per una commissione multidisciplinare.

**RISULTATI** Si presentano i dati di due differenti cornici di riferimento, quella dei farmaci oncologici (bevacizumab) e quella degli antimicrobici (ertapenem).

Dalle sole revisioni per il bevacizumab il guadagno di sopravvivenza non risultava sempre significativo; per l'ertapenem si registrava una equivalenza con gli altri regimi. La frame di analisi dà conto di una minore severità di giudizio tra gli oncologici piuttosto che tra gli antimicrobici. Il bevacizumab viene prescritto nonostante non vi sia sempre confermata una probabilità pregnante a favore dell'allungamento della sopravvivenza ( $P=0,16$  riportato in uno studio), probabilmente perché la "response rate" in caso di tumori maligni ha un valore forte, tanto da far apparire quasi giustificabile prendere una decisione contro evidenza (effetto anche della cosiddetta euristica degli affetti). L'effetto dei molteplici comparator ha potuto influenzare l'analisi dell'ertapenem, rendendo meno d'impatto l'efficacia del nuovo farmaco. La metanalisi sugli studi presentati nella revisione con il calcolo di RR per l'ertapenem e di OR per il bevacizumab con il calcolo degli intervalli di confidenza al 95%, è stata eseguita con un calcolatore validato dal ceveas, per valutare i seguenti end point:

- **Sopravvivenza bevacizumab/fluorouracile/leucovorina vs fluorouracile/leucovorina**  
(95% CI per l'OR 0,33 – 1,2)
- **Mesi liberi da malattia bevaciz mab/fluorouracile/leucovorina vs fluorouracile/leucovorina**  
(95% CI per l'OR 0,22 – 0,96)
- **Eradicazione infezione ertapenem 1g vs ceftriaxone 1g in polmoniti nosocomiali**  
(95% CI per il RR 0,5 – 1,98)
- **Eradicazione infezione ertapenem 1g vs tazobactam /piperacillina in infezioni del sito chirurgico**  
(95% CI per il RR 0,43 – 1,2).

**CONCLUSIONI** Il ragionamento statistico fondato sulla EBM dà ragione all'Euristica degli affetti nel caso del bevacizumab, dacché un non sempre significativo effetto a favore dell'aumento della sopravvivenza globale è compensato da un effetto complessivo protettivo a favore di alcuni mesi di "salute" in più. Nel caso dell'ertapenem, l'EBM ha permesso di focalizzare l'analisi rispetto ai due comparator. Benché equivalente, nel

caso della infezione del sito chirurgico l'ertapenem ha un costo più vantaggioso e la possibilità di monosomministrazione rispetto al regime tazobactam/ piperacillina. La ricerca cognitiva sulla decisione medica si è dimostrata complementare alla medicina basata sulle prove e il dibattito di idee cui si presta, soprattutto laddove associato ad un confronto multidisciplinare, favorisce il ragionamento statistico e la molteplicità dei punti di vista .

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

Titolo	Dr	CAP	80138
Cognome e nome	Rubba Fabiana	Città	Napoli
Istituzione	AOU Federico II	Telefono	0817462675
Indirizzo	Via Costantinopoli 3	Fax	0817462675
		E-mail	fabiana.rubba@unina.it

## 26. IL GOVERNO DELLA DOMANDA IN RADIOLOGIA TORACICA

### Stasi G

UO Radiologia – Ospedale Bellaria – AUSL di Bologna

I radiologi, da sempre, avvertono la necessità di adempiere a due compiti professionali fondamentali: incrementare l'affidabilità delle proprie diagnosi e a migliorare la qualità delle immagini prodotte.

Il governo della domanda rappresenta, per l'universo radiologico, un argomento originale ed alquanto enigmatico, per due ragioni, l'una dovuta alla scarsa confidenza con l'evoluzione dei criteri di ricognizione del fabbisogno di prestazioni radiologiche e l'altra attribuibile ad una vera e propria circostanza contraddittoria che mette in luce, da una parte l'impegno professionale teso a stabilire, in modo rigoroso, quasi dogmatico, le indicazioni appropriate allo studio mediante *Imaging*, delle diverse condizioni morbose e, dall'altra, l'esistenza di una quota più o meno cospicua di inappropriata prescrizione e di consumismo diagnostico.

Lo scopo della relazione è duplice: effettuare un'analisi del processo di formazione della domanda, utilizzando criteri ispirati ad una logica assistenziale e ad un'altra di marketing e proporre criteri condivisi di ridefinizione delle indicazioni dell'*Imaging* diagnostico, tenendo conto delle risultanze delle evidenze scientifiche e dell'evoluzione tecnologica.

I risultati saranno tanto più fruttuosi, in termini di riduzione del rischio radiogeno e del consumismo, quanto maggiore sarà la capacità di divulgazione del metodo della rivisitazione periodica delle indicazioni, alla luce della implementazione di nuove tecnologie, coinvolgendo la coppia radiologo-prescrivente..

E' possibile concludere riportando un'affermazione apparentemente scontata ancorché non ancora realizzata nella pratica clinica quotidiana, che, cioè, soltanto l'uso sistematico delle linee-guida e il ricorso alle metanalisi costituiscono l'unico modello di comportamento prescrittivo responsabile ed appropriato che dovrebbe essere adottato dai prescrittori e accettato dai radiologi

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Prof.	CAP	40100
Cognome e nome	Stasi Giovanni	Città	BOLOGNA
Istituzione	UO RADIOLOGIA OSPEDALE BELLARIA	Telefono	335 353563
Indirizzo	VIA ALTURA 3	Fax	051 6225736
		E-mail	GIOVANNI.STASI@AUSL.BO.IT

## 27. EVIDENCE BASED PRACTICE: UN' ESPERIENZA DI DISSEMINAZIONE

**Tattini L\*, Dreoni P\*, Fusco I\*, Puliti M\*, Sergi A\*, Livatino L\*\*, Arcangeli A^, Sarti C§, Bellomo F\*\*\*.**

\*Gruppo EBM Azienda USL 4 Prato

\*\* U.O. Formazione Azienda USL 4 Prato

^ Diabetologia Azienda USL 4 Prato

§ U.O. Sistema Qualità e Relazioni Esterne Azienda USL 4 Prato

\*\*\* Direttore Sanitario Azienda USL 4

**BACKGROUND** Nel biennio 2003-04 presso l'ASL 4 di Prato è stato selezionato un gruppo multiprofessionale di operatori sanitari che hanno preso parte ad un percorso formativo su temi inerenti l'EBM e la Clinical Governance organizzato dal GIMBE.

Obiettivo generale: fornire agli operatori sanitari gli elementi essenziali di conoscenza e competenza per gestire gli aspetti della terapia alimentare come un processo governato da indicatori ed allocazioni di risorse.

Obiettivi specifici

Mostrare gli strumenti per la ricerca e valutazione di linee guida

Individuare le principali raccomandazioni nutrizionali

Fornire gli strumenti per l'adattamento di linee guida

Costruire il Processo Assistenziale della Nutrizione

Definire i Fattori di qualità nel Processo assistenziale della nutrizione

Attivare un sistema di disseminazione del percorso diagnostico terapeutico prodotto, all'interno delle 6 aziende coinvolte (si forniranno ai partecipanti gli strumenti per realizzare un sistema a "cascata" per la diffusione dei PDTA, e quindi con ricaduta sulla performance assistenziale della Aziende coinvolte)

Costruire un sistema di valutazione e manutenzione del Processo Assistenziale sviluppato.

**OBIETTIVI** Impiegare la professionalità acquisita dagli operatori del gruppo per disseminare l'EBP all'interno dell'area Vasta Centro.

**METODI** Percorso formativo secondo la metodologia FAIAU, articolato in 5 giornate, con tecniche attive e valutazione dei lavori di gruppo attraverso il monitoraggio dei 7 fattori del Team Building (lavoro di gruppo, gruppo di lavoro, F.Quaglino). Ripetuto in due edizioni a distanza di 4 mesi. Valutazione del corso con Scala Likertiana su 4 livelli : 1=Insufficiente, 2=Sufficiente, 4=Buono, 5=Ottimo.

**RISULTATI** l'85% dei partecipanti al corso si colloca nel 3° e 4° percentile per quanto riguarda la valutazione del corso sui contenuti e loro applicabilità; il 94% si colloca nel 3° e 4° percentile per la valutazione dei metodi didattici. Per quanto riguarda l'efficacia nel miglioramento della preparazione specifica di ciascun partecipante 6/41 hanno risposto 2 (Sufficiente), 24/41 4 (Buono) e 11/41 5 (Ottimo).

La valutazione globale del corso è stata: per il 7% Sufficiente, il 56% Buona e il 37% Ottima.

Il questionario di Apprendimento ha determinato un tasso di risposte corrette del 95%.

A distanza di un mese dalla fine dei corsi i tre gruppi di lavoro hanno presentato 3 progetti di implementazione di raccomandazioni da Linee Guida su Diabete tipo II, Nefropatia e Malnutrizione Ospedaliera.

**CONCLUSIONI** L'esperienza di disseminazione ha avuto un buon livello di gradimento ed ha portato alla realizzazione di 3 progetti applicativi. Resta da verificare la reale ricaduta sulla performance assistenziale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo		CAP	59100
Cognome e nome	Tattini Laura	Città	Prato
Istituzione	Direzione Sanitaria Ospedale Misericordia e Dolce, Azienda USL 4 Prato	Telefono	0574/434752
Indirizzo	p.zza Ospedale 5	Fax	0574/434260
		E-mail	ltattini@usl4.toscana.it

## 28. PROGETTO A.R.P.A. - APPROPRIATEZZA E RAZIONALIZZAZIONE DELLE PRESCRIZIONI ATTRAVERSO L'AUTOANALISI

Tibaldo C, Mirandola M, Andretta M

Servizio Farmaceutico ULSS 20 Verona

**INTRODUZIONE** La sostenibilità economica del SSN rappresenta un vincolo consistente per le scelte di Politica Sanitaria. L'approccio più diffuso per affrontare il problema riguarda le valutazioni di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse. In tale contesto si è sviluppata la logica dei Patti Aziendali con i MMG.

Nel Patto 2006-2008 per le 3 ASL della provincia di Verona è stato inserito il progetto ARPA. Il principale obiettivo del progetto è la riduzione della quota di scarsa appropriatezza nelle prescrizioni farmaceutiche del MMG mediante l'analisi della reportistica inviata dal Servizio Farmaceutico.

### MATERIALI E METODI

- Formazione gruppi di 10-15 MMG.
- Analisi del report delle prescrizioni farmaceutiche individuale, di gruppo e dell'ASL.
- Studio della letteratura selezionata dal Servizio Farmaceutico su antipertensivi, antiulcera, antibiotici e statine.
- Individuazione dei punti di scarsa appropriatezza nella prescrizione.
- Definizione di indicatori di razionalizzazione della prescrizione farmaceutica.

**RISULTATI** I MMG hanno definito degli indicatori per ciascuna area di patologia.

Ipertensione arteriosa

– Ridurre al di sotto del 6% la quota di nuovi ipertesi che iniziano la terapia con sartani sul totale dei nuovi trattati con antipertensivi.

– Ridurre di almeno il 15% la quota di trattati con sartani sul totale dei trattati con antipertensivi nei casi in cui tale quota sia superiore al 15%.

– Misurare la pressione agli assistibili non trattati con antipertensivi.

Malattie gastroesofagee

– Ridurre al di sotto del 40% la quota di trattati con IPP ad alto costo sul totale dei trattati con IPP.

– Raggiungere una quota di trattati con lansoprazolo superiore al 40% sul totale dei trattati con IPP.

Trattamento delle infezioni

– Raggiungere una quota di trattati con amoxicillina superiore al 50% sul totale dei trattati con antibiotici.

Dislipidemie

– Raggiungere una quota di trattati in terapia continuativa con statine superiore al 65% del totale dei trattati.

Inoltre, almeno il 20% della spesa farmaceutica deve essere rappresentato da farmaci equivalenti.

In base all'andamento delle prescrizioni farmaceutiche nel 2005, il raggiungimento degli obiettivi da parte di tutti i MMG della provincia di Verona porterà per il 2006 ad un risparmio di 2.700.000 €, pari a circa il 2% della spesa farmaceutica complessiva.

**CONCLUSIONI** L'autoanalisi delle prescrizioni farmaceutiche da parte del MMG permette di valutare adeguatamente l'attività prescrittiva, individuando la quota di inappropriata, e di programmare degli interventi correttivi.

Rendere più razionale la prescrizione non significa ridurla; ciononostante, spesso il risparmio è un gradito effetto collaterale.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo		CAP	
Cognome e nome	Andretta Margherita	Città	
Istituzione		Telefono	045 8076065
Indirizzo		Fax	045 8011693
		E-mail	margherita.andretta@ulss20.verona.it

## 29. GOOD INFORMATION IS THE BEST MEDICINE ...AND BEST NURSING: COME RAGGIUNGERE L'INFORMAZIONE APPROPRIATA A SUPPORTO DELLA EBM/EBN

Vidale C\*, Pilotto L\*\*, Schincariol P\*, Miglio G\*, Lirutti M\*, Deangeli R\*

\*Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine, \*\*Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli

**BACKGROUND** L' Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia (da agosto 2006 confluita nell' Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine) ha ritenuto opportuno, fin dal 2002, di intraprendere un percorso di formazione nell'ambito della metodologia clinica e ricerca con l'obiettivo di fornire ai dipendenti di tutte le professioni sanitarie, le basi indispensabili per effettuare ricerche bibliografiche in campo biomedico secondo i principi EBM - EBN. Le banche dati accessibili dalla Azienda sono: MEDLINE-PubMed, Cochrane, ACP Journal Club, CINAHL, POEMs. Sulla base dell'esperienza dei primi anni si è arrivati alla formulazione dei corsi con il formato attuale che si focalizza nel mettere il partecipante nelle condizioni, con il supporto dell'ufficio Documentazione Biomedica, di effettuare ricerche semplici per far fronte alle necessità contingenti della SOS di appartenenza o anche condurre brevi sessioni di lavoro sull'argomento.

**OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO** Al termine del ciclo di corsi formativi i partecipanti sono in grado di: scegliere le fonti migliori da utilizzare per effettuare una ricerca bibliografica, interrogare i database in modo efficiente ed efficace, affinare le tecniche di ricerca, selezionare l'informazione reperita, valutare le risorse più appropriate per la soluzione delle necessità contingenti.

**METODI** Alla fine del 2004 sono state coinvolte le diverse strutture aziendali, in particolare quelle infermieristiche, per valutare i bisogni del personale sanitario. Alla luce di quanto emerso la risposta al bisogno di formazione è stata strutturata in cicli di tre corsi (sei ore di lezione per corso) strutturati ciascuno su due moduli. Il programma dei corsi è stato studiato in forma progressiva per utilizzare le conoscenze acquisite durante il corso precedente.

Il primo corso introduce la metodologia della ricerca bibliografica in internet in particolare prende in esame i più diffusi motori di ricerca, valutazione dei siti ed esame critico dei risultati. Il secondo corso riguarda le caratteristiche di MEDLINE – PubMed e le risorse disponibili nel sito della National Library of Medicine (USA). Il terzo illustra le caratteristiche della ricerca nei data base CINAHL, Cochrane, ACP Journal Club accessibili dalla piattaforma OVID e dei POEMs. La metodologia di insegnamento prevede lezioni frontali ed esercitazioni al computer con partner ed in singolo. Tutti i corsi si sono svolti presso l'aula informatica della SOS Formazione della azienda che è dotata di dodici pc. Al termine di ogni corso è stato somministrato ad ogni partecipante il test che includeva domande a risposta multipla ed esercitazioni su ricerche nei data base. Inoltre ognuno ha compilato un questionario di gradimento del corso e di valutazione dei docenti che a loro volta hanno valutato il gruppo. Per l'iscrizione all'intero ciclo di corsi i partecipanti devono avere una conoscenza dell'informatica, in particolare navigazione in internet, e della lingua inglese. Prima dell'inizio del corso ogni partecipante riceve per e-mail indicazioni sul materiale da leggere in preparazione delle lezioni. Durante e dopo il corso l'ufficio Documentazione Biomedica garantisce l'assistenza alla ricerca e eventuali aggiornamenti sui data base per posta elettronica o tramite il portale aziendale.

**RISULTATI** Dal gennaio 2005 al presente si sono svolti nove cicli di corsi per un totale di 162 ore d'insegnamento. Hanno partecipato 130 operatori sanitari suddivisi in 29 medici, 84 infermieri e 27 di altre qualifiche sanitarie professionali. Tutti i partecipanti hanno risposto almeno all'80% del test per ottenere i crediti ECM. Sebbene non quantificabile al momento, le richieste di ricerca bibliografica all'ufficio Documentazione Biomedica tendono ad essere molto più complesse. I corsisti hanno espresso commenti favorevoli sul ciclo di corsi richiedendo approfondimenti e ripassi. Nel 2005 e 2006 la valutazione dei corsi da parte dei partecipanti è stata rispettivamente di: Rilevanza 4,45 su 5,00, qualità 4,38 su 5,00 e Efficacia 4,40 su 5,00) Nel 2006 si sono attivati corsi di MEDLINE PubMed avanzato e nel 2007 inizieranno i corsi di Refresh.

**CONCLUSIONI** Dato il successo dell'iniziativa si è provveduto dal 2006 ad aggiungere, al termine del ciclo di corsi, anche una lezione introduttiva sull'Analisi Critica della Letteratura al fine di rendere consapevoli i corsisti della necessità di valutare criticamente le pubblicazioni dall'editoria scientifica, in termini di validità, rilevanza e trasferibilità delle conclusioni prodotte.

Inoltre la richiesta di simili corsi è pervenuta da altre due aziende sanitarie.

### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Bibliotecario documentarista biomedico	CAP	33100
Cognome e nome	Vidale Claudia	Città	Udine
Istituzione	AOU di Udine	Telefono	0432-554281
Indirizzo	P.zza S. Maria della Misericordia, 15	Fax	(0039)0432-554381
		E-mail	vidale.claudia@aoud.sanita.fvg.it

### 30. RECENSIONE delle LINEE-GUIDA di ENDOCRINOLOGIA CLINICA

Zini M

Unità Operativa di Endocrinologia, Arcispedale "S. Maria Nuova" – Reggio Emilia

**BACKGROUND** La conoscenza, la diffusione e l'uso delle linee-guida tra gli endocrinologi italiani sono limitati. Nonostante alcuni recenti segnali di interesse nei confronti delle linee-guida, al momento queste sono scarsamente utilizzate per la gestione dei problemi di endocrinologia clinica.

**Obiettivi.** Le due società scientifiche endocrinologiche italiane (SIE-Società Italiana di Endocrinologia, e AME-Associazione Medici Endocrinologi) hanno ritenuto in modo indipendente di effettuare una recensione delle linee-guida internazionali pubblicate in ambito endocrinologico. Lo scopo è di rendere la consultazione delle linee-guida più agevole anche per chi ha poca dimestichezza con le banche-dati di linee-guida, di facilitarne l'utilizzo, di diffonderne la conoscenza, e di favorirne la applicazione pratica.

**METODI** Le linee-guida sono state ricercate in Medline, National Guideline Clearinghouse, SIGN, NICE, sito NIH, siti di società scientifiche endocrinologiche, e altre banche-dati di linee-guida. Sono state ricercate solo linee-guida su argomenti di endocrinologia. I documenti così reperiti sono stati riportati in una pagina apposita dei siti Internet di SIE e AME, indicando titolo, anno di pubblicazione, riferimento bibliografico e, ove disponibile, il link al full-text integrale gratuito. Laddove sono state reperite numerose linee-guida, sono state selezionate le più recenti, quelle di migliore qualità e quelle disponibili in formato full-text gratuito. Sono state escluse le revisioni narrative e sistematiche.

**RISULTATI** Sono state reperite complessivamente 41 linee-guida, 32 delle quali in formato full-text gratuito: 11 sull'argomento *Tiroide* (9 in full-text), 4 su *Ipofisi* (2 in full-text), 3 su *Surrene* (2 in full-text), 4 su *Iperparatiroidismo* (3 in full-text), 2 su *Tumori neuroendocrini* (2 in full-text), 5 su *Osteoporosi* (5 in full-text), 2 su *Ipogonadismo* (1 in full-text), 2 su *Malattie ovariche* (2 in full-text), 2 su *Iperlipidemie e sindrome metabolica* (1 in full-text), 2 su *Obesità* (1 in full-text), 4 su *Diabete mellito* (4 in full-text).

Le linee-guida recensite sono state consultabili sul sito Internet della SIE (<http://www.societaitalianadiendocrinologia.it>) fino al 2003. Dall'1 gennaio 2007 sono disponibili, in versione aggiornata e solo per i Soci, sul sito dell'AME (<http://www.associazionemediciendocrinologi.it>).

Circa il 50% dei download effettuati dal sito SIE hanno riguardato le linee-guida.

**CONCLUSIONI** I dati di consultazione del sito della SIE, sul quale la pagina linee-guida è stata presente per circa 3 anni, dimostrano che gli endocrinologi italiani sono fortemente interessati all'accesso alle linee-guida. Non tutti hanno dimestichezza con le modalità di reperimento di questi documenti sulla Rete, e quindi è molto utile il lavoro di reperimento e recensione con elencazione delle linee-guida disponibili e il link al full-text gratuito.

I dati di accesso alla pagina linee-guida aggiornata e dall'1 gennaio 2007 disponibile sul sito Internet dell'AME forniranno ulteriori dati sull'interesse che le linee-guida suscitano fra gli endocrinologi. L'interesse peraltro sembra in crescita, dato che negli ultimi Convegni nazionali di entrambe le Società endocrinologiche italiane la citazione di linee-guida su argomenti specifici è molto aumentata. Sia SIE che AME hanno recentemente prodotto linee-guida proprie (la AME in collaborazione con la AACE-American Association of Clinical Endocrinologists). La recensione delle linee-guida già effettuata (che sarà periodicamente aggiornata) ha contribuito alla diffusione delle linee-guida fra gli endocrinologi: questa iniziativa è stata affiancata da altre di tipo educativo sul ruolo, significato, caratteristiche, qualità e limiti delle linee-guida.

#### Indirizzo per la corrispondenza

Titolo	Dr.	CAP	42100
Cognome e nome	Michele Zini	Città	Reggio Emilia
Istituzione	Unità Operativa di Endocrinologia, Arcispedale "S. Maria Nuova"	Telefono	339-7827312
Indirizzo	Viale Risorgimento, 80	Fax	0522-295829
	Reggio Emilia	E-mail	michele.zini@asmn.re.it