

Udine
20 ottobre 2016
ore 08.30 - 17.00

Palazzo della Regione
Sala Auditorium
Via Sabbadini, 31 Udine

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
INTEGRATA di UDINE
Presidio Ospedaliero Universitario
Santa Maria della Misericordia



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Seminario

GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE 2016

Codice evento ASUIUD 00092

Cure Sicure FVG

La misurazione della *compliance* nei programmi regionali

Università degli Studi di Udine

Dr. Giovanni Cattani

Udine, 20 Ottobre 2016



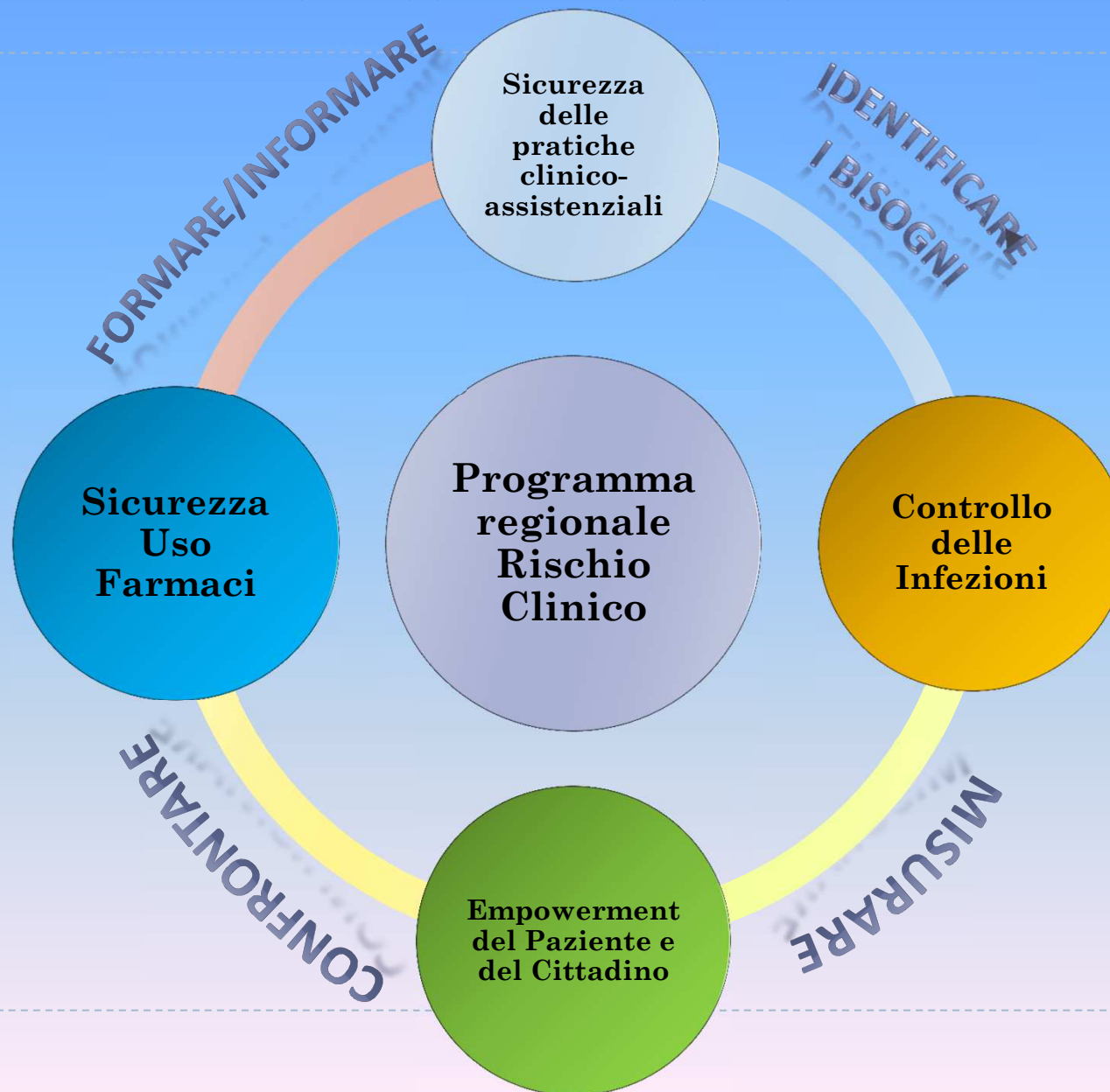
L'intervento

- I Programmi Regionali e la misurazione della compliance;
- Le esperienze in corso e quelle future;
- Conclusioni.



Il Rischio Clinico in FVG:

- le Aree di intervento -



Il Rischio Clinico in FVG:

- i principi guida -

- ▶ Raccordo con i programmi nazionali ed europei;
- ▶ Garantire standard minimi (**misurabili**) in modo diffuso nel SSR;
- ▶ **Miglioramento continuo** come dinamica nel breve e medio termine;
- ▶ **Misurare**, condividere i risultati, intraprendere azioni di miglioramento;
- ▶ Definizione e condivisione dello scenario.



La *compliance* nei Programmi Regionali

- Il percorso per la misurazione -

Scelta del **programma**

Pianificazione/identificazione
di azioni correttive mirate

Definizione **degli obiettivi**
("Perché misurare la *compliance*"? Cosa
voglio ottenere?)

Monitoraggio dei livelli
della *compliance* nel tempo
(flusso dei dati)

Definizione **del riferimento**
(misurare la *compliance* "a cosa"? LLGG,
Raccomandazioni, Procedure, ecc.)

Identificazione di strumenti
e/o risorse necessarie
(data-base e software informatici,
check-list, questionari ma anche
tempo, personale, ecc.)

Definizione **del target**
(misurare la *compliance* "di chi"?)

Il programma Rischio Clinico in F.V.G.

**Rischio
Infettivo**

Programmi

Registro Regionale
delle R-batteriche

Point Prevalence Survey
negli ospedali (ICA e
consumo antibiotici)

Adozione di bundles
specifici

Programma lavaggio
mani WHO e
monitoraggio regionale

Gestione del rischio
epidemico

«Antimicrobial
Stewardship» negli
ospedali del FVG

Attività

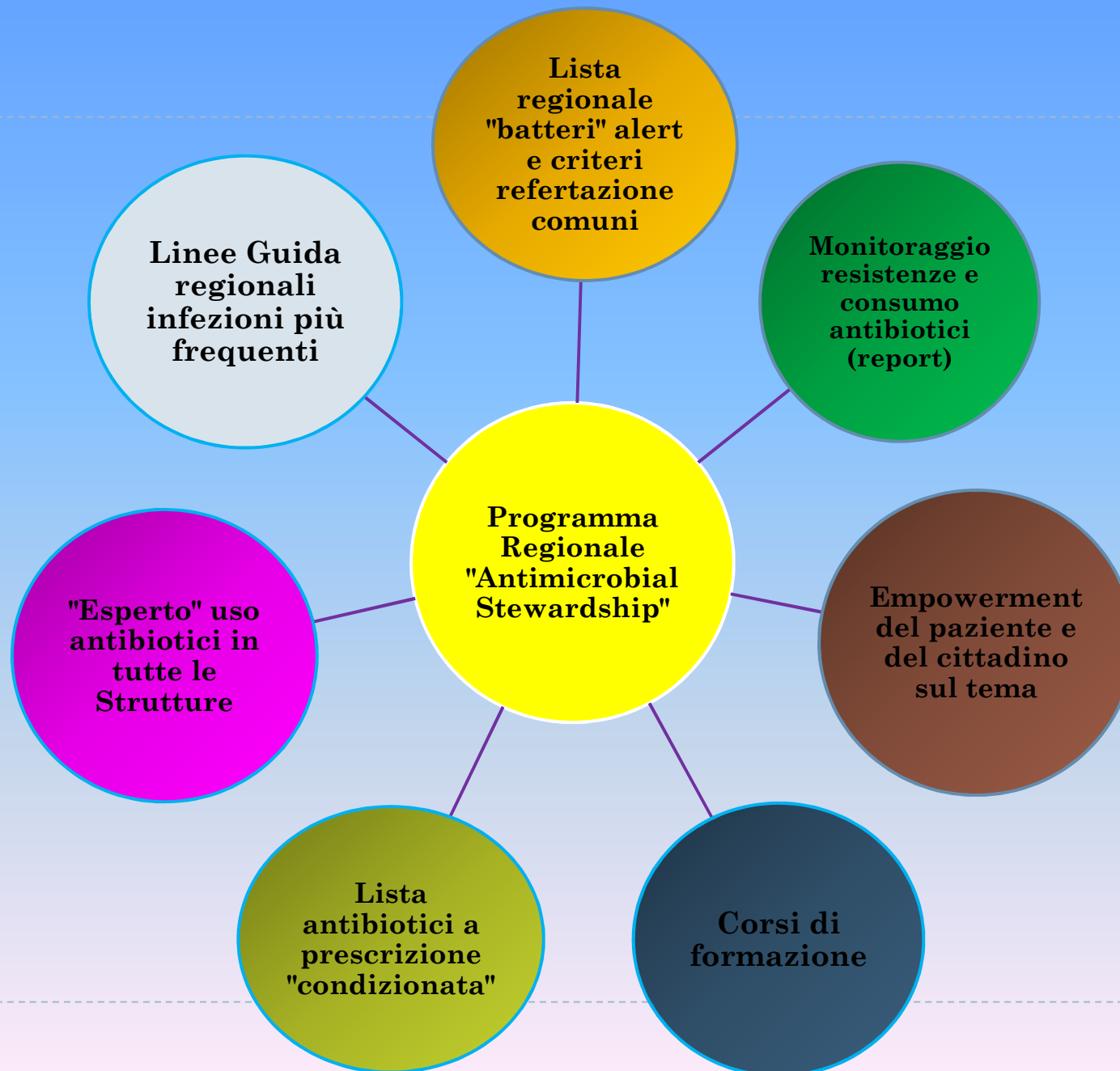
Realizzazione di report almeno
semestrali regionali e intraziendali
sull'andamento delle R-batteriche:
flusso costante di dati agli operatori

Definizione e adozione di una lista
di bundle condivisa e unica per
tutte le Aziende della Regione

Rilevazione annuale

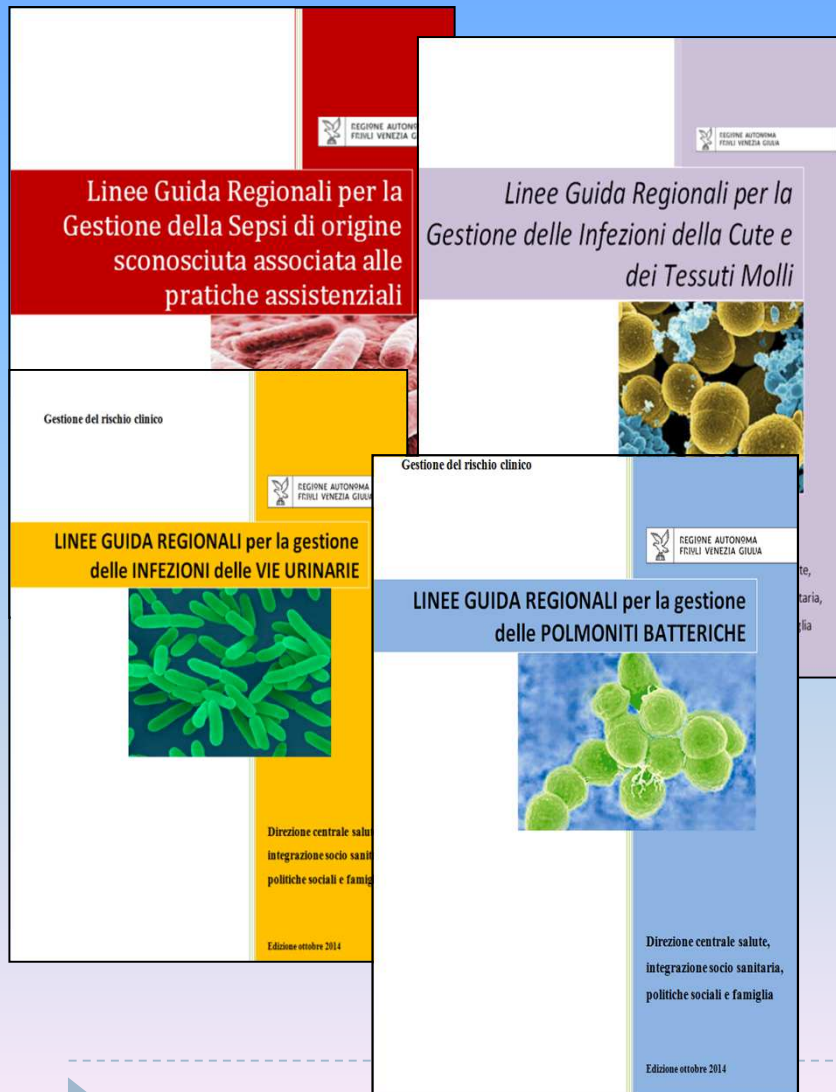
Esercitazioni annuali

Il Programma "Antimicrobial Stewardship" in FVG



La compliance alle Linee Guida: Il Programma "Antimicrobial Stewardship"

Le Linee Guida Regionali



Forniscono indicazioni utili per:

- **Diagnosi** (clinica, microbiologica e strumentale);
- **Trattamento** (molecole e dosaggi più indicati in relazione al quadro clinico, al tipo di germe in causa e al tipo di paziente);
- **Gestione ottimale** delle condizioni infettive trattate (es. durata del trattamento, quando iniziarlo, ecc.).



Modulate sul quadro epidemiologico locale

Forniscono le ipotesi eziologiche più probabili

"Risparmiano" cefalosporine e chinoloni

Valutazione *compliance* Linee Guida Regionali Polmoniti Batteriche

- Il Percorso di Valutazione -

FASE 1: Identificazione del tipo di polmonite (CAP, HCAP, HAP)



Se **CAP** calcolo dello score CURB 65



FASE 2: Valutazione della presenza di:

- sepsi/sepsi grave/shock settico;
- fattori di rischio per MDR;
- comorbosità;
- allergie ad Ab (beta-lattamici);

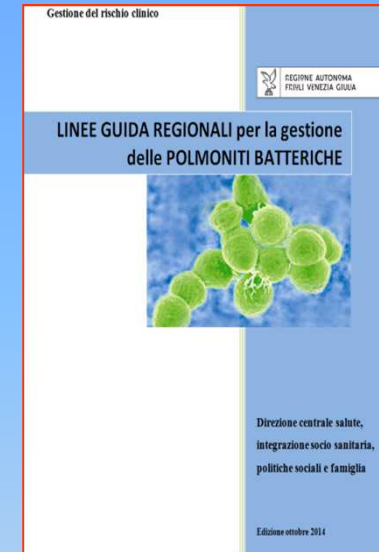


FASE 3: Verifica del tipo di terapia EMPIRICA/MIRATA



FASE 4: Verifica della concordanza tra terapia e LG per **MOLECOLA, DOSAGGIO** e **DURATA**

Giudizio finale di conformità alle LG



Valutazione *compliance* Linee Guida Regionali Polmoniti Batteriche

- Risultati (1) -

Tipologia di polmonite		PRE-intervento	POST-intervento	P-value	Totale
CAP					
Terapia:	conforme	19 (13.8%)	13 (14.3%)	P = 0.912	32 (14.0%)
	non conforme	119 (86.2%)	78 (85.7%)		197 (86.0%)
Molecola:	conforme	53 (38.4%)	48 (52.7%)	P = 0.032	101 (44.1%)
	non conforme	85 (61.6%)	43 (47.3%)		128 (55.9%)
Dosaggio:	conforme	64 (46.4%)	43 (47.3%)	P = 0.897	107 (46.7%)
	non conforme	74 (53.6%)	48 (52.7%)		122 (53.3%)
Durata:	conforme	44 (31.9%)	32 (35.2%)	P = 0.606	76 (33.2%)
	non conforme	94 (68.1%)	59 (64.8%)		153 (66.8%)
HCAP					
Terapia:	conforme	2 (4.2%)	6 (12.8%)	P = 0.131	8 (8.4%)
	non conforme	46 (95.8%)	41 (87.2%)		87 (91.6%)
Molecola:	conforme	3 (6.1%)	8 (17.0%)	P = 0.094	11 (11.5%)
	non conforme	46 (93.9%)	39 (83.0%)		85 (88.5%)
Dosaggio:	conforme	24 (49.0%)	31 (66.0%)	P = 0.093	55 (57.3%)
	non conforme	25 (51.0%)	16 (34.0%)		41 (42.7%)
Durata:	conforme	22 (44.9%)	23 (48.9%)	P = 0.692	45 (46.9%)
	non conforme	27 (55.1%)	24 (51.1%)		51 (53.1%)
HAP					
Terapia:	conforme	2 (28.6%)	0 (0.0%)	P = 0.127	2 (14.3%)
	non conforme	5 (71.4%)	7 (100.0%)		12 (85.7%)
Molecola:	conforme	3 (42.9%)	2 (28.6%)	P = 0.577	5 (35.7%)
	non conforme	4 (57.1%)	5 (71.4%)		9 (64.3%)
Dosaggio:	conforme	6 (85.7%)	4 (57.1%)	P = 0.237	10 (71.4%)
	non conforme	1 (14.3%)	3 (42.9%)		4 (28.6%)
Durata:	conforme	6 (85.7%)	4 (57.1%)	P = 0.237	10 (71.4%)
	non conforme	1 (14.3%)	3 (42.9%)		4 (28.6%)

Valutazione *compliance* Linee Guida Regionali Polmoniti Batteriche - Risultati (2) -

Conformità di dosaggio nei pazienti con IR

Dosaggio Terapia	PRE-intervento	POST-intervento	Totale
Conforme	25 (45.4%)	26 (44.8%)	51 (45.1%)
Non Conforme	30 (54.6%)	32 (55.2%)	62 (54.9%)

P= 0.947

Trattamento con farmaci attivi verso *P. aeruginosa* in pazienti con fattori di rischio

Terapia per <i>P. aeruginosa</i>	PRE-intervento	POST-intervento	Totale
Presente	6 (18.2%)	10 (35.7%)	16 (26.2%)
Assente	27 (81.8%)	18 (64.3%)	45 (73.8%)

P= 0.121

Valutazione *compliance* Linee Guida Regionali Polmoniti Batteriche - Ambiti di miglioramento -

- **Ridotto livello complessivo di *compliance*** alle Linee Guida nella gestione delle CAP;
- **Dosaggio non modulato** in pazienti con IR;
- **Durata** di terapia in molti casi non conforme per CAP e HCAP;
- **Ridotto impiego di Ab attivi verso *P. aeruginosa*** in pazienti con fattori di rischio.



La compliance alle **Linee Guida:** Il Programma “Antimicrobial Stewardship”

Le Linee Guida prevenzione e controllo infezioni da *C. difficile*

Obiettivo:

- Valutazione conformità gestione paziente con infezione da *C. difficile* alle LLGG

Modalità di rilevazione dei dati:

- Utilizzo di check-list

CASI considerati:

- Segnalazioni pervenute al CIO di infezioni da *C. difficile*

Periodo di rilevazione: maggio 2016 fino al raggiungimento di almeno 5 casi per presidio ospedaliero.

DOCUMENTO DI INDIRIZZO



Prevenzione e controllo delle infezioni da *Clostridium difficile*

Il presente documento è frutto della collaborazione di molte persone ed è stato condiviso con gli organi collegiali della SIMPIOS. Hanno partecipato in particolare alla preparazione del documento:

- coordinatori: *Roberto Serra, Vilma Rigobello, Cesarina Curti e M.Luisa Moro (coordinamento generale)*
- partecipanti a gruppi di lavoro: *Caterina Cusano, Patrizia Lobati, Lorena Martini, Maria Mongardi, Teresa Rea*
- revisori del documento: *Silvio Brusaferrò, Claudio Farina, Antonio Goglio, Nives Piccin, Gaetano Privitera, Pierluigi Viale, Franco Viganò*

Il Programma "Antimicrobial Stewardship"

- Le Linee Guida prevenzione e controllo infezioni da *C. difficile* -

La check list

Diagnosi
1) Quale test diagnostico è stato utilizzato per la diagnosi di infezione da <i>C. difficile</i> ?
2) Durante il trattamento, è stato ripetuto il test diagnostico (es. ricerca tossina su feci) per <i>C. difficile</i> ?
3) Dopo il trattamento è stato effettuato il test a conferma della guarigione?
Gestione del caso
Isolamento
4) Il paziente è stato posto in isolamento da contatto?
5) Il paziente può usufruire di un bagno o comoda personale?
Igiene delle mani
6) È garantita un'accurata igiene delle mani per il personale e i visitatori all'uscita dalla stanza del paziente?
Dispositivi di protezione
7) Sono presenti guanti a disposizione del personale e dei visitatori all'ingresso della stanza del paziente?
8) Sono presenti sovracamici a disposizione del personale e dei visitatori all'ingresso della stanza del paziente?
Igiene ambientale
9) La disinfezione ambientale nella stanza del paziente viene effettuata con prodotti a base di cloro (almeno 1000 ppm di cloro disponibile)?
10) La disinfezione ambientale nella stanza del paziente viene effettuata almeno una volta al giorno?
Dispositivi medici
11) Viene utilizzato uno sfigmomanometro dedicato per la determinazione della PA del paziente?
12) Viene utilizzato un termometro dedicato per la determinazione della T° corporea del paziente?
Terapia
13) Prima dell'arrivo del referto positivo il paziente era in terapia con uno o più antibiotici?
14) Dopo l'arrivo del referto positivo è stata interrotta la terapia antibiotica in corso?
15) Dopo l'arrivo del referto positivo è stata avviata la terapia antibiotica per il trattamento del <i>C. difficile</i> ?

Il Programma "Antimicrobial Stewardship"

- Le Linee Guida prevenzione e controllo infezioni da *C. difficile* -

Risultati

- ▶ Casi valutati: **35**;
- ▶ Uso di guanti: **100%** dei casi;
- ▶ Uso di sovracamici: **97.1%** dei casi;
- ▶ Corretta pulizia della stanza: **100%** dei casi (prodotto con almeno 1000 ppm di cloro almeno una volta al giorno);
- ▶ Disponibilità di dispositivi medici (sfigmomanometri, termometri) dedicati: **85.3%** dei casi;
- ▶ Il **59.3%** dei pazienti era in trattamento:
 - ▶ 25.0 % cefalosporina
 - ▶ 6.3% chinolone
- ▶ Interruzione terapia antibiotica: **81.0%** dei casi;
- ▶ Avvio di terapia adeguata per *C. difficile*: **91.2%** dei casi.



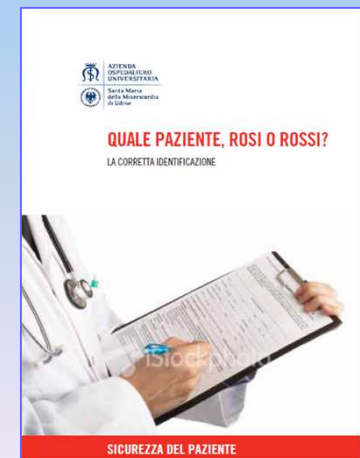
La compliance a Procedure: gli Indicatori Regionali

Il lavaggio delle mani/La corretta identificazione del paziente



	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P
1° semestre 2012	8 (14)	53.5	84.8	78.3	63.5
2° semestre 2012	11 (14)	41.4	89.2	71.4	54.3
1° semestre 2013	9 (14)	47.2	93.2	73.1	70.1
2° semestre 2013	13 (14)	52.9	100	75.3	65.6
1° semestre 2014	10 (14)	57.3	100	76.7	65.0
2° semestre 2014	12 (14)	49.4	92.0	77.9	71.3
1° semestre 2015	9 (13)	73.1	100	79.4	77.8
2° semestre 2015	8 (13)	73.7	100	79.8	76.5
1° semestre 2016	7 (12)	60.2	87.7	81.4	74.6

	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P
1° semestre 2012	11 (14)	32.5	100	68.3	36.5
2° semestre 2012	13 (14)	19.0	97.1	75.0	57.8
1° semestre 2013	11 (14)	40.0	100	77.4	49.8
2° semestre 2013	14 (14)	22.1	100	80.3	65.5
1° semestre 2014	12 (14)	43.2	100	79.5	65.6
2° semestre 2014	14 (14)	49.9	100	80.0	71.6
1° semestre 2015	9 (13)	19.3	100	91.4	77.3
2° semestre 2015	13 (13)	50.0	100	82.3	71.9
1° semestre 2016	10 (12)	76.8	100	88.0	83.8



La compliance a procedure/istruzioni operative: L'integrazione dei fattori di rischio alla lettera di dimissione

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

Struttura

Fattori di rischio in dimissione

Dati assistito

tel. [REDACTED]

Coloniz.da microrganismi resistenti	
Colonizzazioni Presenti	No
Lesioni da pressione (LdP)	
Lesioni Presenti	No
Cadute accidentali	
Paziente a rischio	No
Compl. tromboemboliche venose	
Paziente a rischio	No
Sosp.reaz.avv. da farmaco (ADR)	
Il paziente ha manifestato una sospetta ADR	NO

Il medico
Dot. [REDACTED]

* è stato consegnato il materiale informativo

Valutazione semestrale della *compliance* a:

- compilazione modello valutazione "rischi" paziente;
- fornitura materiale informativo ai pazienti.

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PREVENIRE IL RISCHIO TROMBO-EMBOLICO VENOSO

SUGGERIMENTI MEDICINICI

COSA È
Per rischio di sanguinamento, vengono prescritti di altri farmaci possono possedere polmonite

COME SI PRESENTA
Il rischio di lesioni da pressione che le si può trattare. È indispensabile

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

COLONIZZAZIONE DA MICRORGANISMO RESISTENTE AGLI ANTIBIOTICI

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PREVENIRE LE "LESIONI DA PRESSIONE /PIAGHE DA DECUBITO"

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PREVENIRE LE CADUTE IN OSPEDALE, RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA) E CASE DI RIPOSO

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PREVENIRE LE CADUTE ACCIDENTALI A DOMICILIO

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PREVENIRE LE CADUTE DEL BAMBINO IN OSPEDALE

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PROTEGGERE I BAMBINI DALLE CADUTE ACCIDENTALI NELLA VITA QUOTIDIANA

INFORMAZIONI PER GLI ADULTI CHE SI PRENDONO CURA DEL BAMBINO

COME MI COMPORTO PER PREVENIRE LE CADUTE?
Segui queste semplici regole:
• Stia accanto al bambino finché non è autonomo.
• Spieghi al bambino cosa fare e cosa non fare con un tono di voce rassicurante.

Il programma Rischio Clinico in F.V.G.



Programmi

Ulteriore focus su over 80

Polifarmacoterapia nell'anziano

ALLEANZA STRATEGICA



Sistemi elastomerici di infusione

Antiblastici

LASA e farmaci ad alto rischio

Esami strumentali con MDC

Riconciliazione

Attività

Report sul consumo per MMG e medici ospedalieri

Promozione determina creatininemia

Riduzione interazioni farmacologiche

Adegumento dosaggio farmaci in pazienti con IR

Riduzione uso Inibitori Pompa e Benzodiazepine

Corso sul tema agli operatori sanitari

Nuova survey regionale

Adegumento a standard minimi come da Raccomandazione Ministeriale

Adegumento a standard minimi come da Raccomandazione Ministeriale

Adegumento a standard minimi come da Raccomandazione Ministeriale

Valutazione dello stato dell'arte (invio check-list)
Adegumento a standard minimi come da Raccomandazione Ministeriale

Identificazione e adozione/implementazione di almeno **una strategia aziendale che coinvolga ospedale e territorio**

La *compliance* alle **Raccomandazioni**

Il Programma “Polifarmacoterapia nel paziente anziano in FVG”

...partendo dai dati di *compliance* dello studio effettuato nel 2014...

- **53.8%** (852/1582) dei pazienti hanno ricevuto almeno un farmaco ad escrezione renale;



La valutazione delle creatininemia era presente nell'**87.7%** (747/852) dei pazienti che assumevano un farmaco ad escrezione renale.

Lavan A.H., Gallagher P.F., O'Mahony D. *Methods to reduce prescribing errors in elderly patients with multimorbidity.* Clin Interv Aging. 2016 Jun 23;11:857-66

- Complessivamente il **46.0%** dei pazienti (728/1582) hanno presentato almeno una “potenziale prescrizione inadeguata” secondo i criteri di Beers:
 - 41.5% (219/528) negli Ospedali/Case di Cura;
 - 37.0% (195/527) per i Medici di Medicina Generale;
 - **59.6%** (314/527) nelle RSA/Case di Riposo.

CLINICAL INVESTIGATIONS

American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel

La *compliance* alle **Raccomandazioni**

Il Programma “Polifarmacoterapia nel paziente anziano in FVG”

...nel monitoraggio 2016 valutazione *compliance* alle indicazioni *evidence-based* relative a specifiche problematiche:

1) Interazioni farmacologiche assolutamente da evitare (es. statine)

Hill-Taylor B., Walsh K.A., Stewart S., Hayden J., Byrne S., Sketris I.S. *Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies.* J. Clin. Pharm. Ther. 2016 Apr;41(2):158-69.

2) Uso degli inibitori di pompa protonica nell'anziano (in particolare monitoraggio delle terapie maggiori di 4 settimane)

Schonheit C., Le Petitcorps H., Pautas É. *Appropriate proton pump inhibitors use in elderly outpatients according to recommendations.* Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2016 Sep 29.

3) Uso di benzodiazepine nell'anziano (in particolare nelle Strutture per Anziani)

Airagnes G., Pelissolo A., Lavallée M., Flament M., Limosin F. *Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management.* Curr Psychiatry Rep. 2016 Oct;18(10):89.



ALLEANZA STRATEGICA



Empowerment
del paziente/
cittadino

Programmi

Integrazione
**lettera di
dimissione** con
informazioni
relative ai fattori
di rischio del
paziente


Guida Pratica
per il cittadino
«Handbook»

Attività

Diffusione in tutte le Aziende del modulo G2 Clinico con le seguenti informazioni:
Prevenire le **lesioni da pressione**
Prevenire le **cadute in ospedale RSA CdR** (anche informazioni per i pazienti all'accertamento del rischio)
Prevenire le **cadute in ospedale bambino** (informazioni per i pazienti all'accertamento del rischio)
Prevenire le **cadute nella vita quotidiana adulto**
Prevenire le **cadute nella vita quotidiana bambino**
Prevenire le **complicanze tromboemboliche venose**
Prevenire le **infezioni/colonizzazioni trasmissibili**

La **visita medica**
Le **medicine**
Il **dolore**
Gli **esami strumentali**
L'intervento chirurgico
La **vaccinazione** nell'adulto
L'uso degli **antibiotici**

Conclusioni

- ▶ **Promuovere e valorizzare** il ruolo della *compliance* di operatori e pazienti/cittadini nel percorso di miglioramento continuo;
- ▶ Identificare **strategie innovative ed efficaci** per promuovere e sostenere nel tempo la *compliance* di operatori e pazienti/cittadini  contributo essenziale dell'Alleanza Strategica;
- ▶ **Individuare e rimuovere** con azioni specifiche **le barriere** che impediscono/riducono il livello di *compliance*;
- ▶ Adottare sistemi/strumenti per il **monitoraggio continuo** della *compliance* con utilizzo dei dati a livello strategico.



*Pazienti e operatori collaborano
insieme per*



LA SICUREZZA E LA QUALITÀ DELLA CURE

Grazie per l'attenzione

