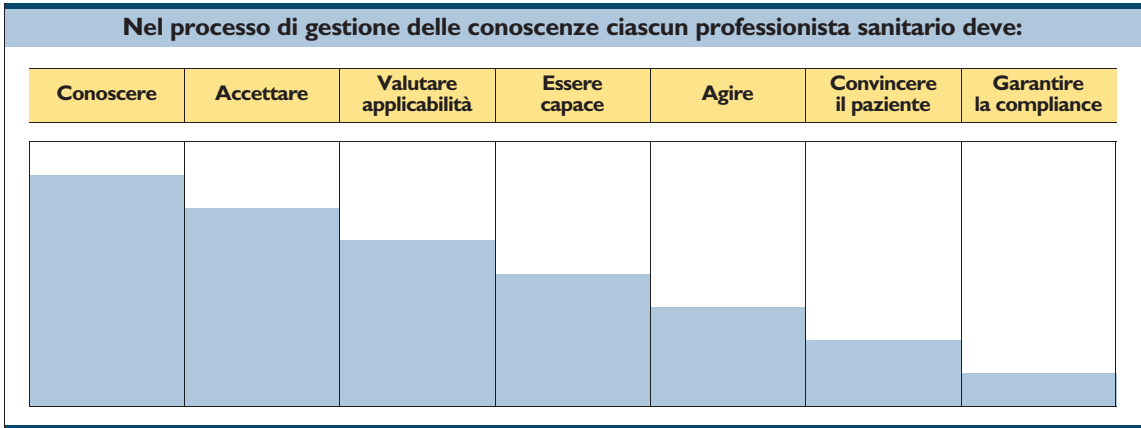


12-18 novembre 2013

I sei livelli della “piramide” 6S di Haynes		
Livello	Descrizione	Fonti di informazione
Systems	Sistemi informatici di supporto alle decisioni cliniche: Clinical Decisions Support Systems (Cdss)	Cdss che integrano le evidenze nelle cartelle cliniche elettroniche
Summaries	Risorse che sintetizzano tutte le evidenze scientifiche su un dato argomento	Linee guida, health technology assessment reports, evidence-based textbooks (UpToDate, Clinical Evidence ecc.)
Synopses of sinteses	Abstract strutturati di revisioni sistematiche	Database of Abstract of Review of Effects (Dare), pubblicazioni secondarie: Acp Journal Club, Evidence-based medicine, Evidence-based Nursing ecc.
Synteses	Revisioni sistematiche	Cochrane Database of Systematic Reviews, banche dati generali
Synopsis of studies	Abstract strutturati di studi primari	Pubblicazioni secondarie: Acp Journal Club, Evidence-based medicine, Evidence-based Nursing ecc.
Studies	Studi primari	Banche dati generali: Medline, Embase, Cinhal, PsycInfo ecc.



no attraversare prima di essere realmente trasferite al paziente (figura 2): il professionista sanitario deve innanzitutto conoscere le evidenze (aware), accettarle (accept) e valutarne l'applicabilità (applicability); deve essere quindi tecnicamente in grado di applicarle (able to) e deve farlo (do); infine, il paziente

deve condividere le scelte (agree) e garantire una elevata compliance (adhere to). Anche se la percentuale di trasferimento delle conoscenze tra uno step e l'altro è elevata (80%), l'impatto finale sul paziente è stimato intorno al 20 per cento. Pertanto, le “perdite dell'oleodotto” rappresentano una ragionevole spie-

gazione della enorme variabilità della pratica clinica dove alcune innovazioni sono adottate molto rapidamente, anche in assenza di evidenze, mentre altre si diffondono raramente e con difficoltà, nonostante le robuste evidenze che le supportano.

Knowledge translation (Kt). Second-

do la definizione del Canadian Institute of Health Research il Kt è un «processo dinamico e continuo che comprende la sintesi, la disseminazione, lo scambio e l'applicazione etica delle conoscenze al fine di: migliorare la salute, fornire servizi, prestazioni e interventi sanitari più efficaci e appropriati, contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario».

Un modello efficace di Kt deve prevedere innanzitutto un adeguato processo di generazione, sintesi e “distillazione” delle evidenze sino a ottenere per gli utilizzatori finali (professionisti sanitari, decisori e pazienti) prodotti fruibili e utili quali linee guida, health-technology assesement, report, ausili decisionali per i pazienti (patient decision aids). Successivamente, ciascuna organizzazione sanitaria (a livello macro, meso o micro) deve attivare il “ciclo delle azioni”:

- identificare la priorità;
- identificare le evidenze da implementare;
- adattare le evidenze al contesto locale;
- identificare barriere e fattori facilitanti all'utilizzo delle evidenze;
- pianificare e monitorare una strategia multifattoriale per implementare le evidenze;
- monitorare l'impatto delle evidenze sui processi;

- valutare l'impatto delle evidenze sugli esiti;
- definire le strategie per sostenere l'utilizzo delle evidenze.

In altri termini, piuttosto che affidarsi, con ragionevole insuccesso, alle capacità di aggiornamento continuo dei singoli professionisti, l'intero processo Kt richiede da parte delle organizzazioni sanitarie attraverso l'utilizzo sinergico di vari strumenti di governo clinico: linee guida e percorsi assistenziali, audit clinico e indicatori, gestione del rischio, valutazione delle tecnologie sanitarie, formazione e sviluppo professionale continui, coinvolgimento dei pazienti, ricerca e sviluppo, staff management ecc.

La sostenibilità di ogni sistema sanitario, indipendentemente dalla sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di Pil destinata alla sanità, non può più prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze, il loro utilizzo da parte dei professionisti e la governance dell'intero processo di knowledge translation.

pagina a cura di
Nino Cartabellotta
Presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LAZIO/ VI CONGRESSO SIMEU

Come ti gestisco lo scompenso cardiaco

Il VI congresso regionale del Lazio della Società della medicina di emergenza-urgenza e congresso intersocietario regionale Simeu-Sis I18, che si è tenuto l'8 e 9 novembre scorsi, è stato occasione per affrontare in particolare un tema di grande interesse clinico in emergenza, la gestione dello scompenso cardiaco acuto, che necessita per la sua complessità di un approccio multidisciplinare che il congresso ha ben rappresentato.

Nella Regione Lazio, dai dati del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 emerge che lo scompenso cardiaco è la prima causa di ospedalizzazione per età >65 anni. In Italia lo scompenso cardiaco rappresenta il 5% degli accessi di pronto soccorso. Nel 50% dei dimessi si verifica un nuovo ricovero nei 6 mesi successivi, il 65% dei ricoverati è destinato a Medicina/ Geriatria, il 35% a Cardiologia/Utic.

Le problematiche principali della gestione clinica dello scompenso cardiaco sono l'incidenza, che è in continuo aumento, i frequenti periodi di instabilità, le ospedalizzazioni ripetute che determinano elevati costi economici. Tra le cause dell'aumento di incidenza e prevalenza dello scompenso cardiaco ci sono l'invecchiamento della popolazione, la riduzione della mortalità per eventi acuti cardiovascolari e la maggiore efficacia del trattamento delle patologie croniche.

Da queste considerazioni è nata l'esigenza di un confronto tra i professionisti dell'emergenza, i medici di pronto soccorso/Medicina d'urgenza, e gli specialisti che possono essere coinvolti nella gestione clinica dello scompenso cardiaco tra cui i cardiologi, gli internisti, i medici e i tecnici di laboratorio, i medici del sistema I18, al fine di delineare il corretto percorso clinico dopo l'accesso di Ps. La decisione su quando e dove ricoverare il paziente affetto da scompenso cardiaco deve scaturire dalla considerazione di alcuni aspetti clinici, predefiniti e condivisi: il grado di congestione polmonare, la presenza di ipoperfusione periferica, il riscontro di aritmie o ischemia miocardica, la presenza di instabilità emodinamica, il tipo di risposta alla terapia. Seguendo un approccio metodologico adeguato il percorso terapeutico dello scompenso cardiaco può essere ridefinito: i pazienti con quadro clinico ed emodinamico stabile, caratterizzato da segni di congestione lieve o moderata senza segni di ipoperfusione né ischemia e/o aritmie e che presentano un'adeguata risposta alla terapia nelle prime 24-48 ore possono essere trattati e osservati in pronto soccorso/Dea (Dipartimento di emergenza-accettazione) ed essere successivamente indirizzati a un percorso ambulatoriale. I pazienti emodinamicamente stabili ma con congestione severa o che non mostrano un'adeguata risposta alla terapia nelle prime 24-48 ore necessitano di ricovero, e i reparti di destinazione sono quelli di degenza ordinaria, cardiologia,



medicina interna (soprattutto i pazienti con gravi comorbidità, anziani) o medicina d'urgenza (pazienti per i quali si prevede la risoluzione del quadro acuto nell'arco di 72 h). I casi più gravi, i pazienti cioè emodinamicamente instabili, affetti da scompenso cardiaco a bassa portata e/o da ischemia miocardica acuta, aritmie maggiori, severa ipotensione devono essere gestiti in Utic oppure in Unità sub intensiva, da cui una volta stabilizzato il quadro clinico, potranno essere trasferiti nei reparti di degenza ordinaria. Il Centro di rianimazione accoglie per lo più i pazienti per i quali è necessaria la gestione intensiva delle vie aeree. In pronto soccorso attualmente sono presenti numerosi strumenti che permettono al medico d'urgenza di realizzare percorsi clinici per i pazienti con scompenso cardiaco acuto e che consentono rapida stratificazione del rischio, stabilizzazione clinica, maggior appropriatezza di percorso. Il medico di pronto soccorso, pertanto, svolge un ruolo fondamentale nella leadership della gestione clinica del paziente con scompenso cardiaco in fase acuta.

L'organizzazione della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco, però, deve comprendere anche l'organizzazione dei servizi in una rete integrata, che tenga in debita considerazione lo stato funzionale, la severità di malattia, le comorbidità e il contesto socio-ambientale del singolo paziente.

Francesco Rocco Pugliese
Presidente Simeu Lazio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FRIULI VENEZIA GIULIA

Verso la Centrale unica e il restyling dei mini-ospedali

Una Consulta regionale per il confronto con operatori e associazioni, una Centrale unica per gli acquisti e la semplificazione del sistema organizzativo senza accorpamenti tra Aziende. Si fonderà su questi pilastri la revisione del Sistema sanitario in Friuli Venezia Giulia, che viene però rinviata almeno di un anno, dopo la bocciatura da parte del Consiglio regionale della legge Tondo. Intanto, a causa dei tagli che hanno interessato l'intero Bilancio regionale, nella bozza di Finanziaria all'esame della giunta, le risorse per il settore vengono ridotte di circa 90 milioni di euro su una spesa complessiva di circa 2,1 miliardi.

La legge contiene alcuni punti che dovrebbero poi introdurre alla riforma vera e propria, tra i quali la creazione di una Centrale unica degli acquisti in grado di produrre consistenti risparmi. Gli stessi risparmi che, evidentemente, non riesce a garantire il Dipartimento all'interno dell'Ospedale di Udine che ha raccolto l'eredità, nel 2009, di un consorzio per gli acquisti.

Nel frattempo è già stata istituita, nella segreteria dell'assessore alla Salute, **Maria Sandra Telesca**, una Consulta regionale della Sanità per favorire il confronto con gli operatori. L'intenzione, in questo caso, è quella di sopperire a una mancanza che, secondo l'attuale amministrazione, caratterizzava la riforma appena bocciata: lo scarso contraddittorio con chi dovrà poi lavorare sul campo, sia esso un ospedale che una struttura del territorio. Nelle linee guida appena approvate con la legge, però, si parla anche di riorganizzazione delle linee amministrative e lo stesso assessore Telesca ha sottolineato la necessità di accorpare e centralizzare.

Restano in ballo due questioni. La prima relativa all'abolizione (totale o parziale) del ticket regionale, promessa in campagna elettorale. «È una partita che stiamo giocando ma - dice Telesca - pur essendo importante per le persone, sul bilancio incide per 12 milioni, a fronte di una spesa complessiva che supera i 2,1 miliardi di euro». La seconda, menzionata nella nuova legge, riguarda la «coerenza del rapporto tra volumi delle prestazioni erogate, procedure sanitarie e dimensionamento delle strutture di erogazione sia pubbliche che private». Un addio ai piccoli ospedali? «Non è detto che si debbano chiudere - risponde l'assessore - magari si potranno riconvertire. Oggi si parla di mobilità, addirittura transfrontaliera per quanto riguarda la Sanità. Non è detto che ci si debba operare sotto casa, è piuttosto importante che ci sia la qualità».

Riccardo Coretti

© RIPRODUZIONE RISERVATA