



# Linee Guida Aziendali Emergenza-Urgenza in Pronto Soccorso

Comitato Tecnico Scientifico – ASP CZ

## Five Things Physicians and Patients Should Question

### 1 Don't place, or leave in place, urinary catheters for incontinence or convenience or monitoring of output for non-critically ill patients (acceptable indications: critical illness, obstruction, hospice, perioperatively for <2 days for urologic procedures; use weights instead to monitor diuresis).

Catheter Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs) are the most frequently occurring health care acquired infection (HAI). Use of urinary catheters for incontinence or convenience without proper indication or specified optimal duration of use increases the likelihood of infection and is commonly associated with greater morbidity, mortality and health care costs. Published guidelines suggest that hospitals and long-term care facilities should develop, maintain and promulgate policies and procedures for recommended catheter insertion indications, insertion and maintenance techniques, discontinuation strategies and replacement indications.

### 2 Don't prescribe medications for stress ulcer prophylaxis to medical inpatients unless at high risk for GI complications.

According to published guidelines, medications for stress ulcer prophylaxis are not recommended for adult patients in non-ICU settings. Histamine-2 receptor antagonists (H2RAs) and proton-pump inhibitors (PPIs), commonly used to treat stress ulcers, are associated with adverse drug events and increased medication costs, and commonly enhance susceptibility to community-acquired nosocomial pneumonia and Clostridium difficile. Adherence to therapeutic guidelines will aid health care providers in reducing treatment of patients without clinically important risk factors for gastrointestinal bleeding.

### 3 Avoid transfusions of red blood cells for arbitrary hemoglobin or hematocrit thresholds and in the absence of symptoms of active coronary disease, heart failure or stroke.

The AABB recommends adhering to a restrictive transfusion strategy (7 to 8 g/dL) in hospitalized, stable patients. The AABB suggests that transfusion decisions be influenced by symptoms as well as hemoglobin concentration. According to a National Institutes of Health Consensus Conference, no single criterion should be used as an indication for red cell component therapy. Instead, multiple factors related to the patient's clinical status and oxygen delivery should be considered.

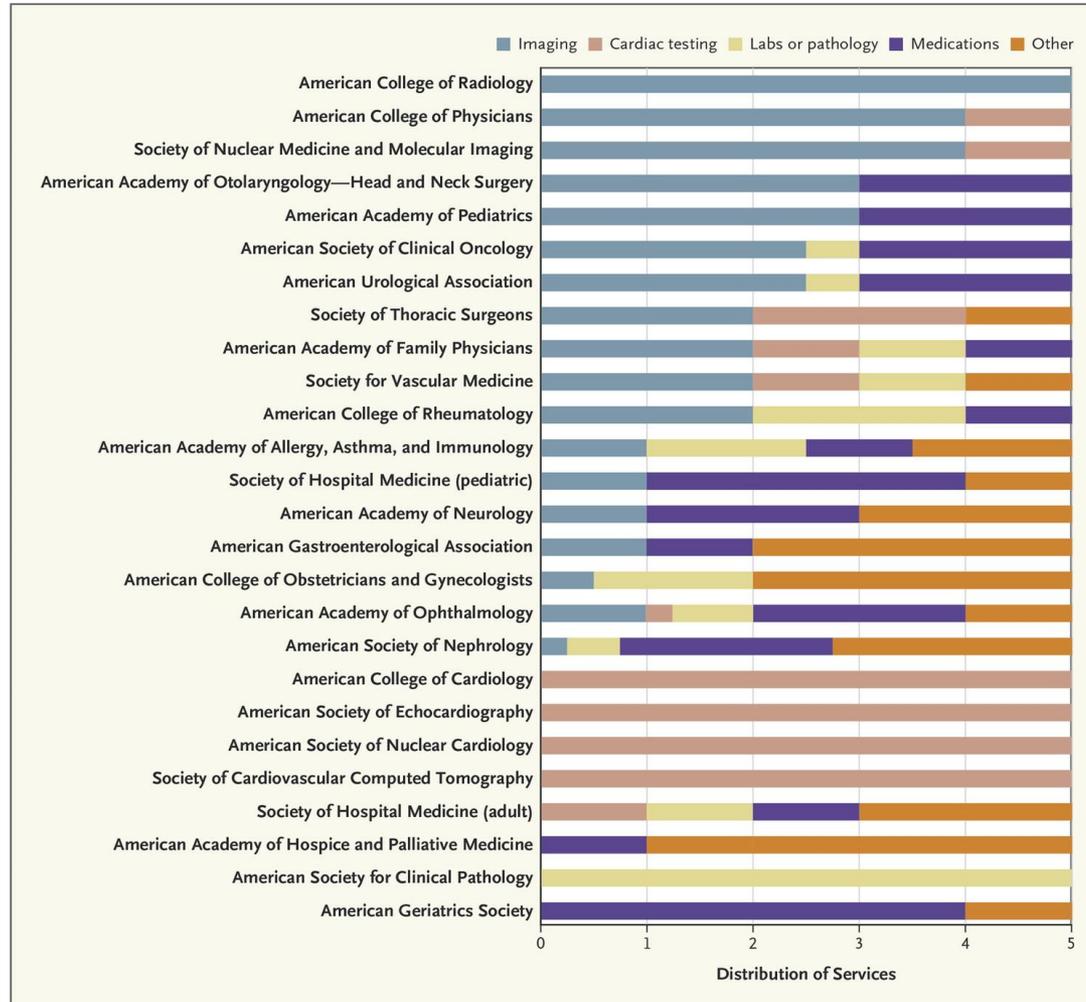
### 4 Don't order continuous telemetry monitoring outside of the ICU without using a protocol that governs continuation.

Telemetric monitoring is of limited utility or measurable benefit in low risk cardiac chest pain patients with normal electrocardiogram. Published guidelines provide clear indications for the use of telemetric monitoring in patients which are contingent upon frequency, severity, duration and conditions under which the symptoms occur. Inappropriate use of telemetric monitoring is likely to increase cost of care and produce false positives potentially resulting in errors in patient management.

### 5 Don't perform repetitive CBC and chemistry testing in the face of clinical and lab stability.

Hospitalized patients frequently have considerable volumes of blood drawn (phlebotomy) for diagnostic testing during short periods of time. Phlebotomy is highly associated with changes in hemoglobin and hematocrit levels for patients and can contribute to anemia. This anemia, in turn, may have significant consequences, especially for patients with cardiorespiratory diseases. Additionally, reducing the frequency of daily unnecessary phlebotomy can result in significant cost savings for hospitals.

# Distribution of Services Targeted by “Choosing Wisely” Lists, According to Specialty Society.



# Joint Commission International

- Nata nel 1951 per migliorare la qualità
- Nel 1988 si occupa di accreditamento
- Nel 1997 si occupa di programmi di miglioramento della qualità della assistenza e dei processi
- Ha accreditato più di 10.000 enti sanitari negli USA, 50 ospedali in Europa e collabora con 80 nazioni

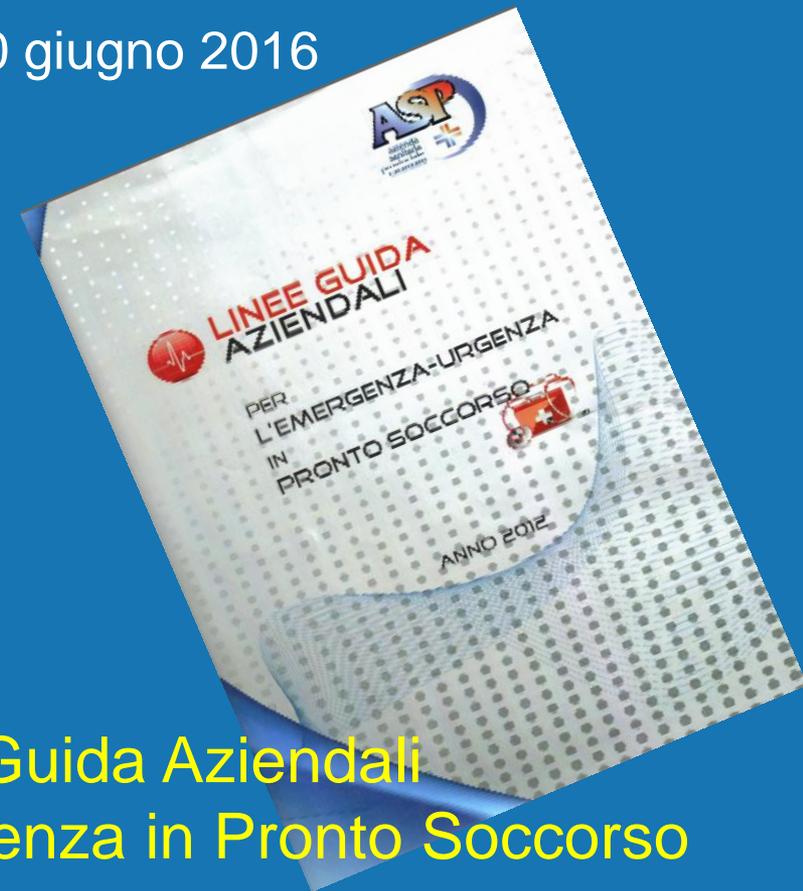
È ORA  
DI  
PREMIARE  
LA QUALITÀ



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie  
Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro



9-10 giugno 2016



## Linee Guida Aziendali Emergenza-Urgenza in Pronto Soccorso

**Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro**

Policlinico Agostino Gemelli  
Aula Brasca

# beckground

- Difficile la stima degli errori e della Medicina Difensiva in PS
- Eventi Avversi intercettati nel Dipartimento Emergenza nella Harvard Medical School attraverso la revisione delle cartelle cliniche (*chart review*) è risultata dal 1,5 al 3% (1).
- Nel CIMS (*Critical Incident Monitoring in Emergency Medicine Study*) relativo ai dati di sei DE australiani (2):
  - 10% errori
    - 70 % degli errori evitabili
    - 78% degli incidenti riportati è stato giudicato attribuibile a fattori di “sistema”
    - 54%, per gli errori “difetti” nella gestione
- La Regione Veneto ha pubblicato un *Incident Reporting Website*
  - alla prima visita, nel 5-23% dei casi la cura non era appropriata



- 1) Brennan TA *et al.* *N Engl J Med* 1991; 324: 370-376.
- 2) Vinen J. *Academic Emergency Medicine* 2000; 7: 1290-97.
- 3) [http://www.arssveneto.it/html\\_pages/RischioClinico.php](http://www.arssveneto.it/html_pages/RischioClinico.php)



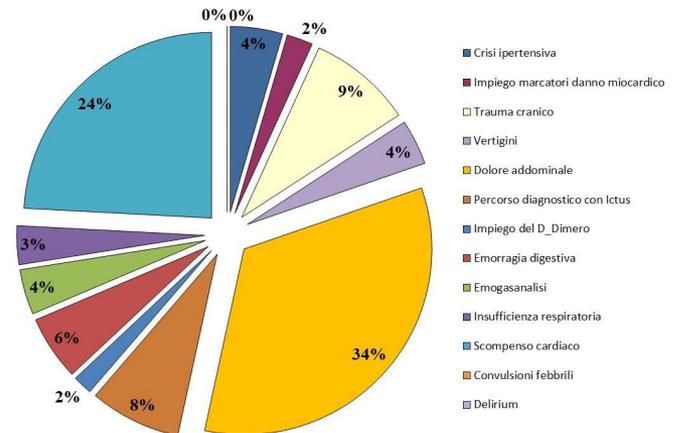
# Linee guide Aziendali – ASP CZ

## Scopo del lavoro

- Uniformare i comportamenti clinici tra medici
- Agire sulla Medicina Difensiva
- Intervenire sulla “medicina delle consuetudini”
- Incidere sullo strumento delle consulenze specialistiche o sulla richiesta di esami diagnostici
- Incidere sui Ricoveri Impropri

# metodi

- Definizione di problema:
  - procedura,
  - percorso diagnostico-interpretativo,
  - percorso terapeutico
- Individuare i 15 problemi della gestione del PS più frequenti e/o più importanti
- Gruppi di audit
- Rilevazione dati dalle cartelle PS
- Gruppi di lavoro
- Caratteristiche peculiari
  - Sintetiche
  - Pragmatiche



# 15 problemi su cui sono state costruite le linee guida

## INDICE

Percorso Diagnostico-Terapeutico del paziente con Ictus	5
Impiego del D-Dimero	11
Dolore Addominale	15
Gestione del Trauma Cranico Lieve	21
Vertigine ad insorgenza acuta	27
Impiego dei marcatori di Danno Miocardico	31
Crisi Ipertensiva	35
Prima Crisi Epilettica	39
Convulsioni Febrili	45
Scompenso Cardiaco	51
Emogasanalisi	57
Delirium	63
Emorragie Digestive	67
Insufficienza Respiratoria	75
Profilassi Antibiotica	81

# descrizione dell'intervento

- Gruppo interdisciplinare (experts)
  - Anestesista, Neurologo, Chirurgo generale, Pneumologo, Internista, Medico Legale, Medico di Pronto Soccorso, Otorinolaringoiatra, Cardiologo, Statistico, Formatore.
- Bibliografia: Selezionato Linee guida internazionali e pubblicazioni “riguardanti i problemi”
- Condivisione delle informazioni con gli specialisti attraverso la teleconferenza
- Certificazione del lavoro Scientifico Aziendale
- Pubblicazione delle linee guida
- Revisione periodica
- Adeguatezza logistica

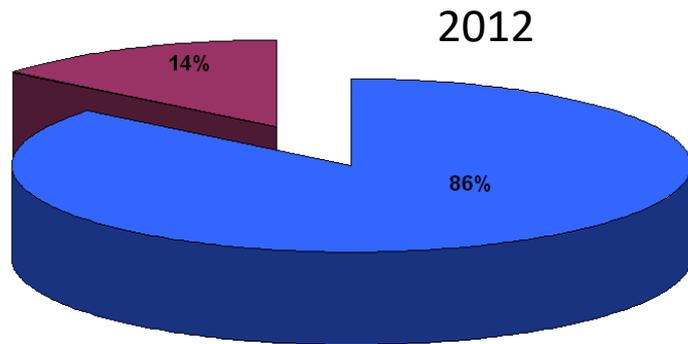


# diagramma di flusso vertigine acuta

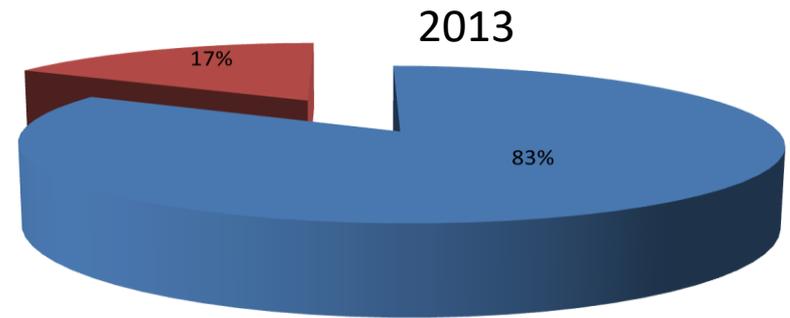
## BIBLIOGRAFIA

- Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento SPREAD 2007. Scaricabile in <http://www.spread.it>
- De Luca A, Toni D, Lauria L, Sacchetti M, Giorgirossi P, Ferri M, Puca E, Prencipe M, Guasticchi G, Implica Study Group IP. An emergency clinical pathway for stroke patients - results of a cluster randomised trial (Isrctn41456865). *BMC Health Serv Res.* 2009 Jan 21;9(1):14.
- Ferri M, De Luca A, Giorgi Rossi P, Lori G, Guasticchi G. Does a pre-hospital emergency pathway improve early diagnosis and referral in suspect stroke patients? — study protocol of a cluster randomised trial (Isrctn41456865). *BioMedCentral Health Services Research Journals* 2005, 5:66. Available on: <http://www.biomedcentral.com>
- Linee Guida del Ministero della Sanità per le Attività di riabilitazione. Provvedimento Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano. *Gazzetta Ufficiale* 30 maggio 1998, n.124; 7 maggio 1998.
- Regione Lazio: Deliberazione della Giunta Regionale del 19/06/2007 n. 433. Indicazioni d interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di deospedalizzazione nella Regione Lazio. (Bollettino Ufficiale n. 26, Supplemento ordinario n. 5 del 20-9-2007).
- Chen X, Yang H, Czherig Z: *Acta Acad Med Shanghai*, 1992
- Regione Lazio: Deliberazione Giunta Regionale n. 420/07 — Modifica ed integrazione della deliberazione di Giunta regionale del 14 aprile 2007 n.267, Ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri (intervento 1.2.4. Piano di Rientro). Linee Guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento Piano di Rientro) (Boll. Uff. n. 21 del 30/07/2007).
- Regione Lazio: Deliberazione Giunta Regionale n. 169 del 21 marzo 2008. Oggetto: linee attuative per la costituzione e lo sviluppo delle reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5 piano di rientro).
- Regione Lazio: Deliberazione della Giunta Regionale del 16 aprile 2007, n. 266. Piano per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio. Criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie ospedaliera. (Bollettino Ufficiale n. 16 del 9-6-2007).
- Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis J, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. *Stroke* 2000; 31:1588-1601.
- Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol* 2003; 2: 43-53.
- Qureshi A. I., Tuhim S. et al. Spontaneous intracerebral hemorrhage. *NEJM* Vol 344, N° 19 – May 10, 2001;
- Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors. *Global burden of the disease study.* *Lancet* 1997; 349: 1436-1442.
- Mendelow AD et al, *Lancet* 2005; 365:387-397

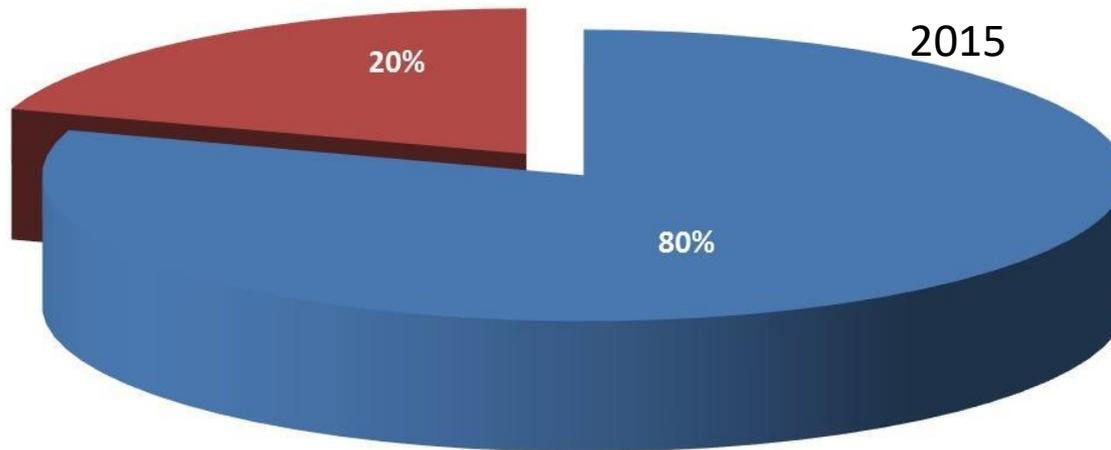
# DATI AUDIT



■ Totale accessi al PS 840 ■ Patologie Linee Guida 119



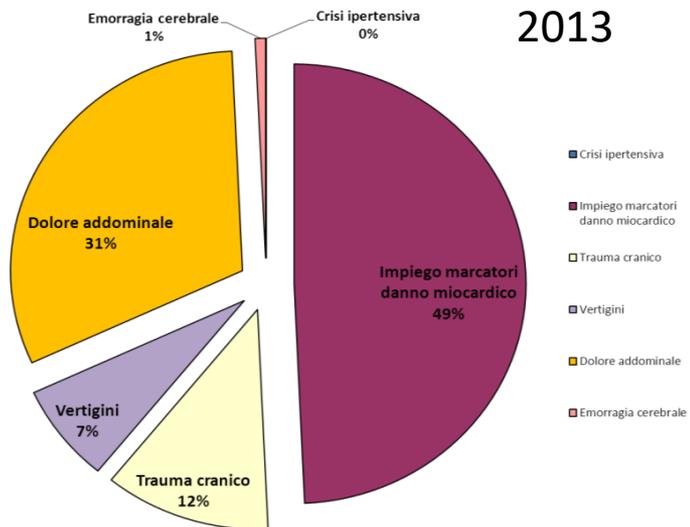
■ Totale accessi 817 ■ Patologie Linee Guida 138



■ Totale accessi 890 ■ Patologie Linee Guida 178

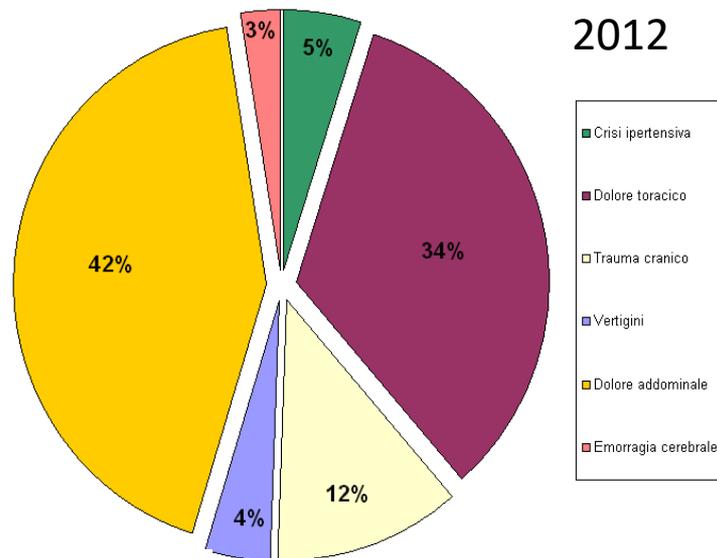
# DATI AUDIT

2013

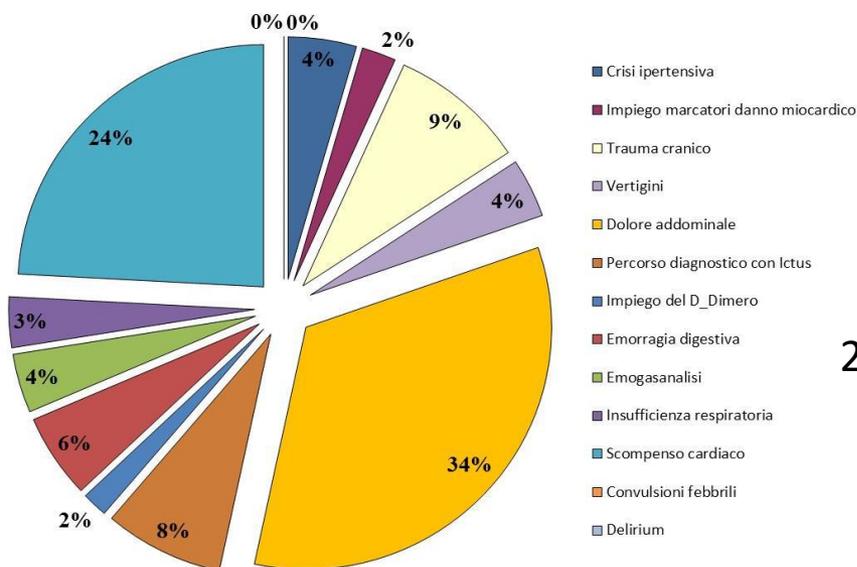


Pronto Soccorso  
Lamezia Terme

2012

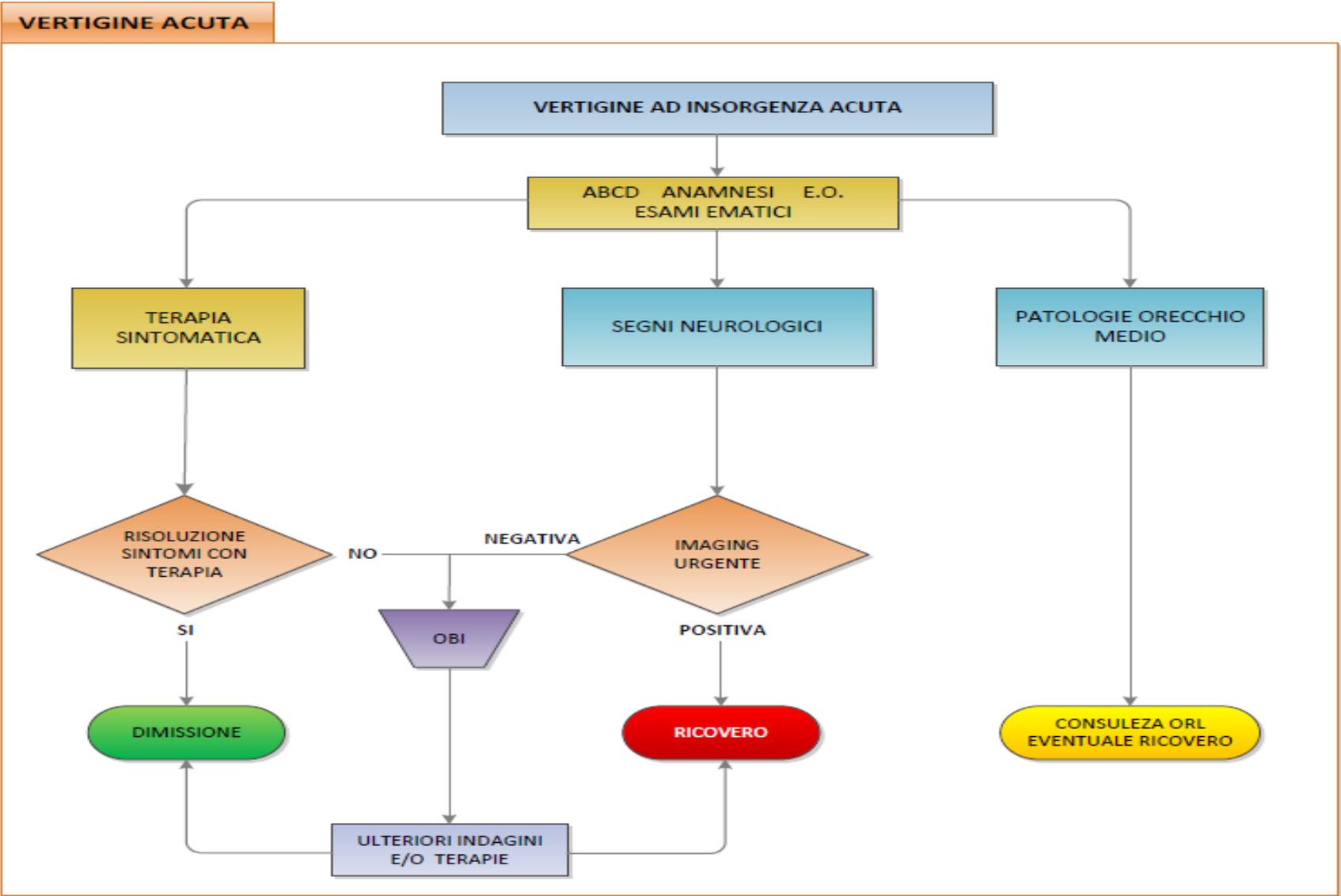


2015



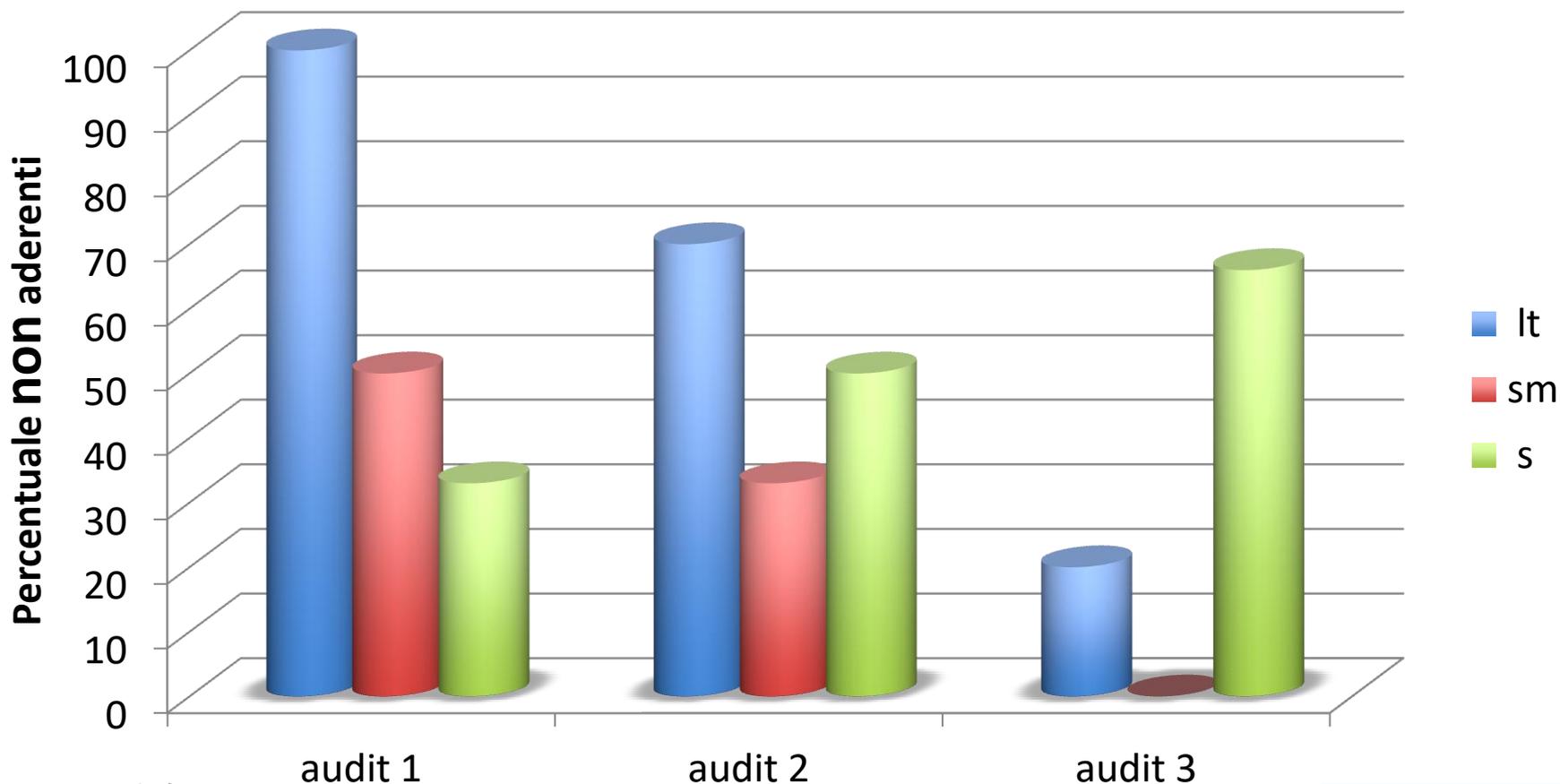
risultati

# LINEA GUIDA VERTIGINE AD INSORGENZA ACUTA



# Risultati Percorso vertigine nei tre presidi ospedalieri aziendali

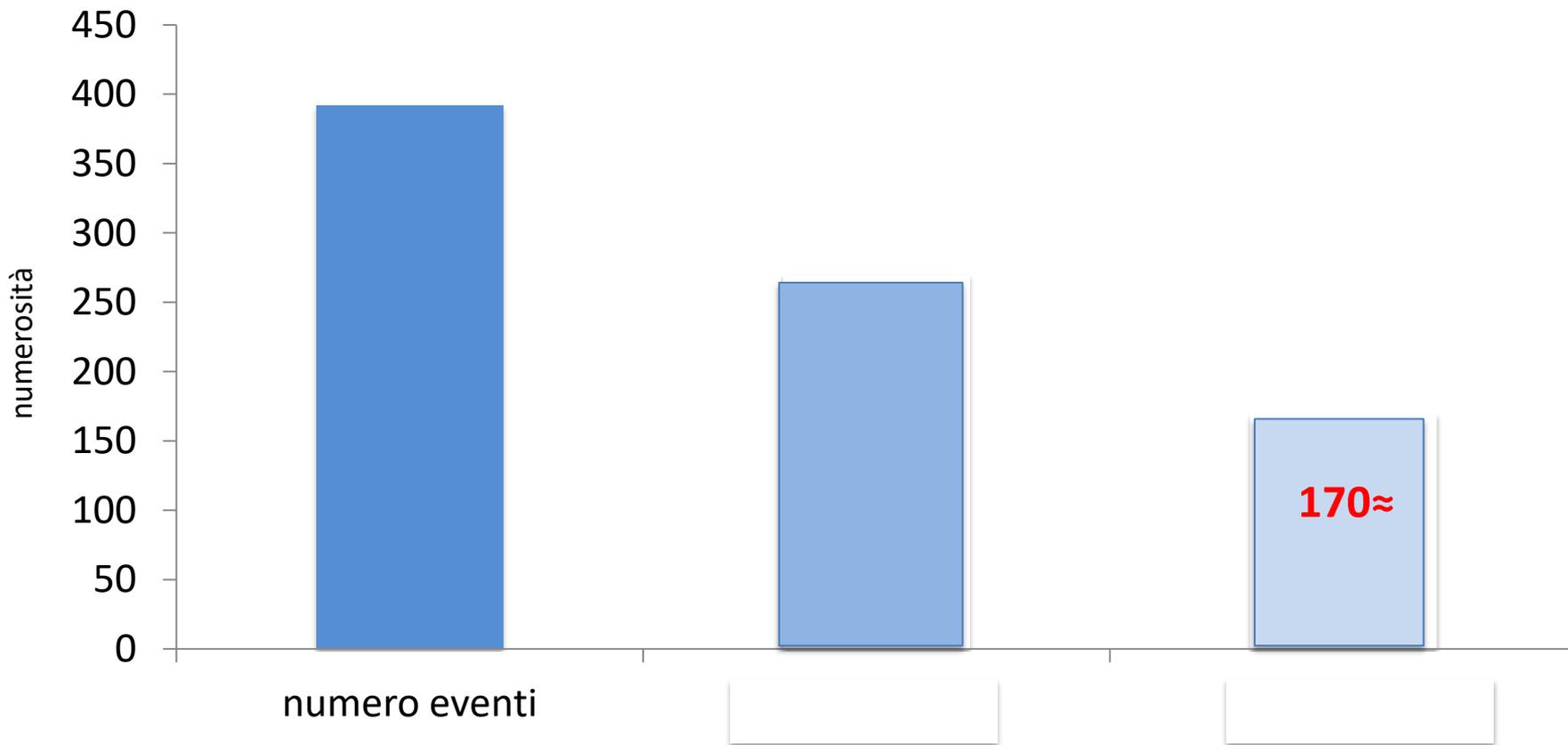
end point : riduzione TAC e ricovero improprio



# VERTIGINE

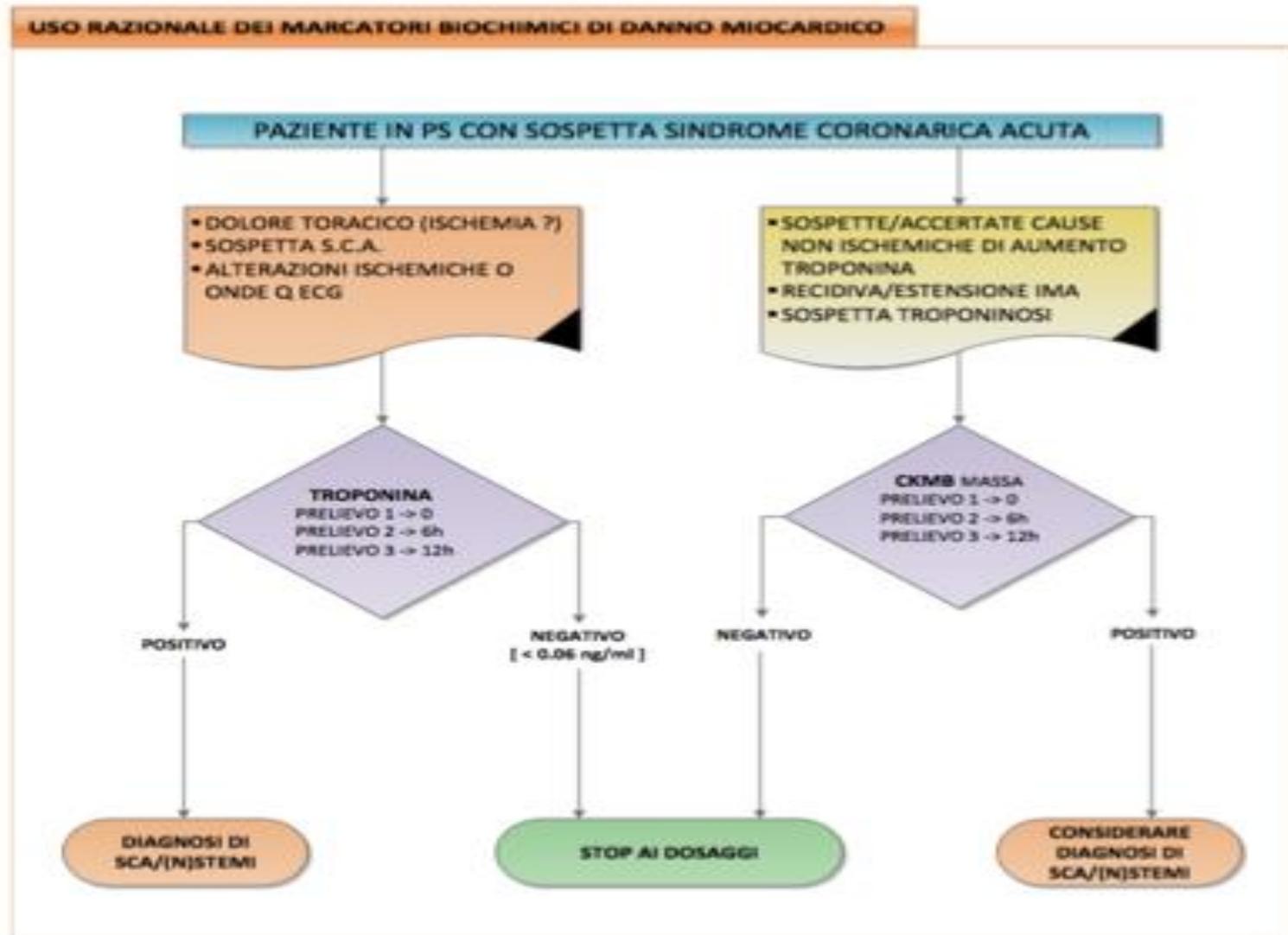
## Analisi di proiezione annuale POLT end point: TAC evitate

### Eventi - TAC



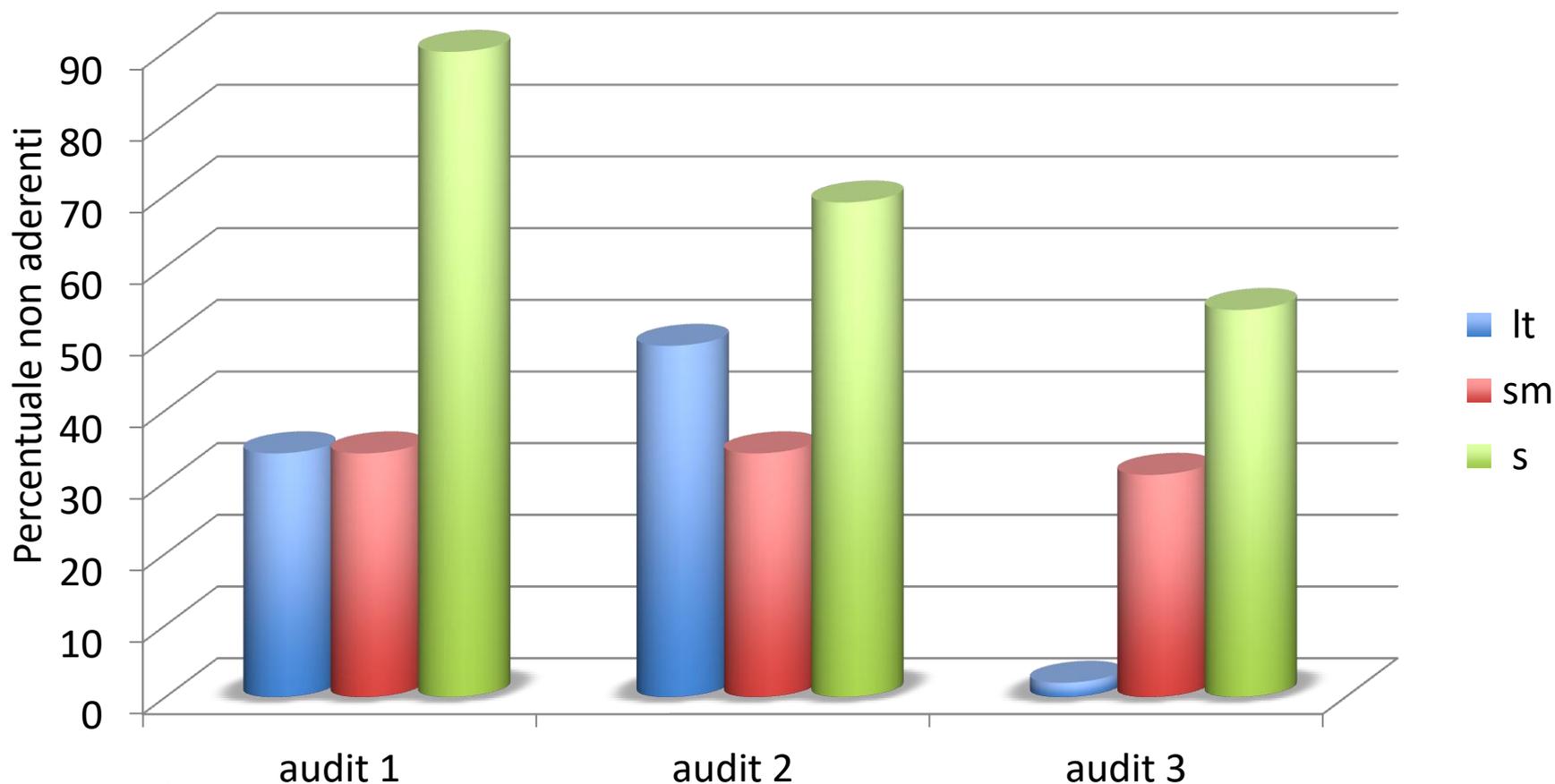
# Dolore toracico

## USO RAZIONALE DEI MARCATORI BIOCHIMICI DI DANNO MIOCARDICO



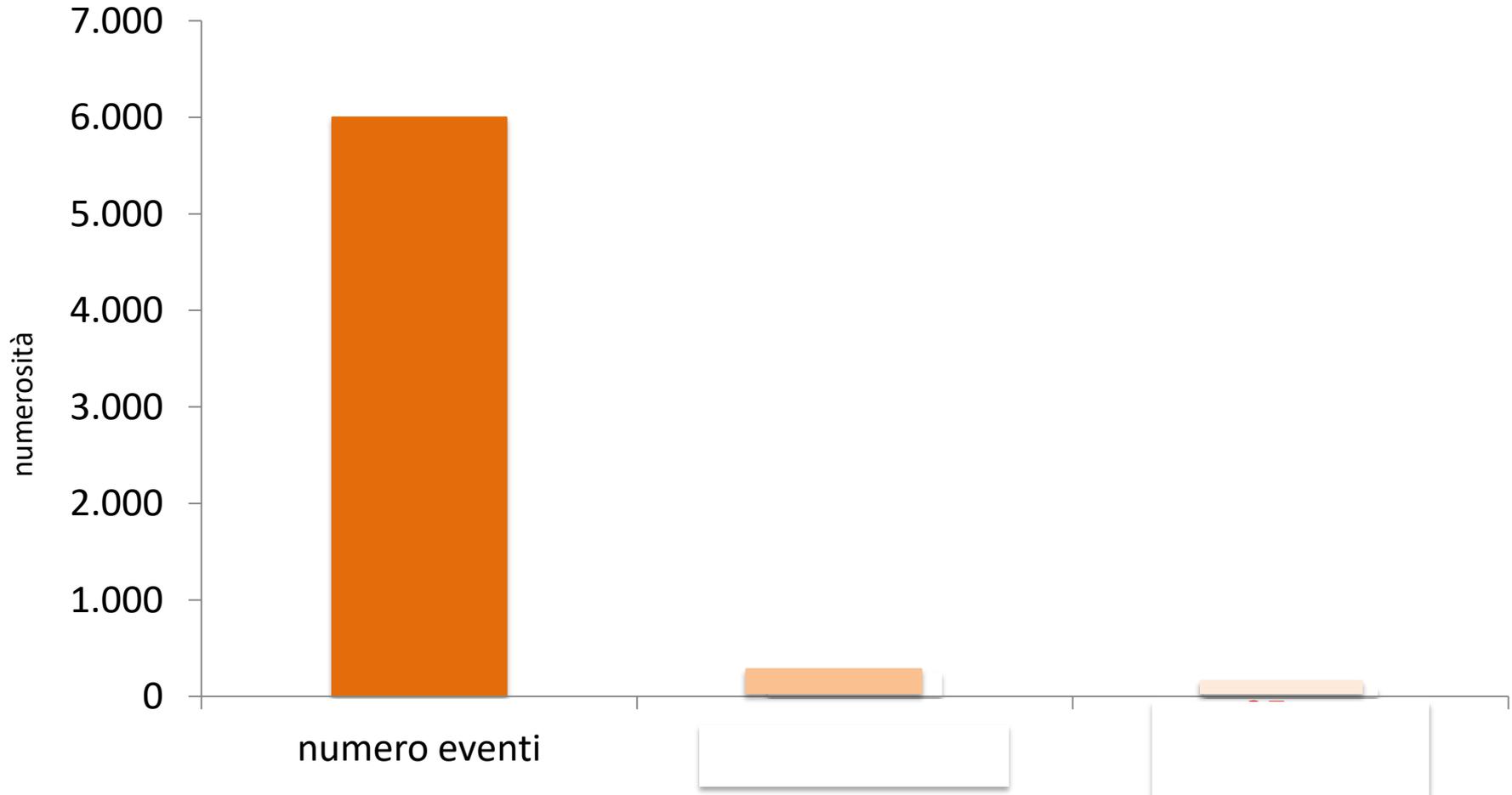
# Risultati Percorso dolore toracico nei tre presidi ospedalieri aziendali

end point : riduzione ricoveri impropri



# DOLORE TORACICO

## Analisi di proiezione annuale POLT end point: ricoveri impropri



**600** lavori presentati  
selezione dei lavori nel paese Italia



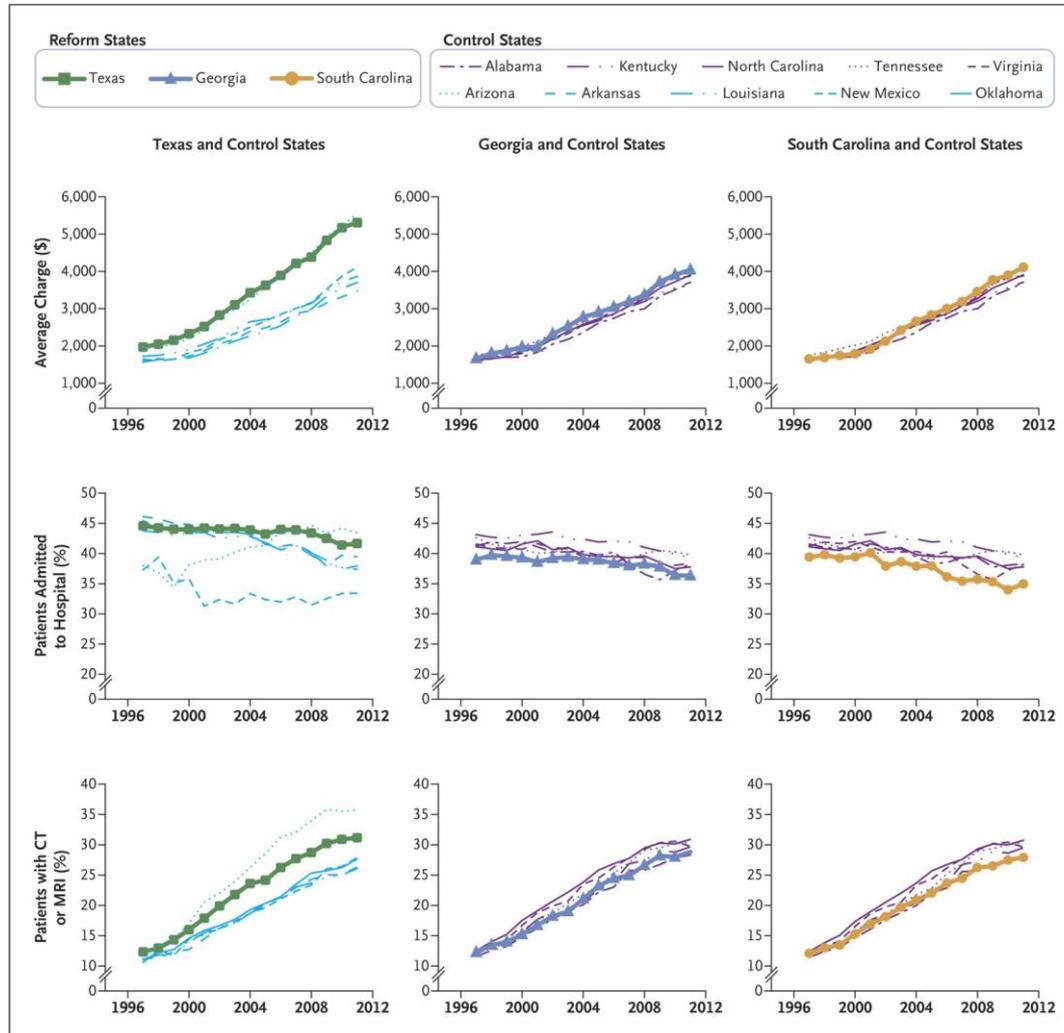
# selezione dei lavori nel paese Italia



# conclusioni

- Lavori di experts, condivisi attraverso la Formazione Residenziale sono efficaci per migliorare la qualità
- La Direzione Strategica ha lo strumento scientifico per correggere alcune attività di gestione clinica
- L'importanza del lavoro, teso alla riduzione dell'errore, è stata certificata dalla **JCI**

# Unadjusted Averages, According to Year, for Three Outcomes, in Three Reform States and in Control States That Did Not Pass Reforms.



# INDICATORI

- Numero Accessi in Pronto Soccorso per la patologia esaminata sul totale degli accessi
- % dei ricoveri e/o dimissioni secondo le raccomandazioni delle Linee Guida Aziendali
- % di esami clinici e/o consulenze specialistiche richieste
- % di NONaderenza alle Linee Guida Aziendali

# audit clinico



Esaminare le cartelle cliniche dei pazienti con le patologie indicate nelle linee guida aziendali nel periodo indice.

Analizzati i processi clinici con il metodo della "Revisione tra Pari"



Effettuati dal 2012 al 2015 ai PPSS tre Audit per verificare l'**aderenza** alle linee guida



Validazione del Comitato Scientifico Aziendale

Aggiornato le linee guida