



Linee guida e ferite

Carolina Prevaldi



Acemc Working Group

LE FINALITÀ E IL PROCESSO PER RAGGIUNGERE IL CONSENSO

The purpose and the process to reach consensus

RILEVANZA E ANALISI DEI FABBISOGNI DI PARTENZA

RILEVANZA

5,4%, degli accessi in Pronto Soccorso *5.4% of admitted to ED is due to traumatic wounds*

10,3% di tutti i pazienti visitati ricevono procedure che riguardano la cura delle ferite o delle complicanze *10.3% of all patients seen in ED receives procedures regarding wound care*

APPROPRIATEZZA

Molti miti e approcci gestionali basati sull'usanza ma non supportati dalla letteratura più recente

ERRORE/CONTENZIOSO

Dal 19% al 24% il contenzioso medico-legale per il medico d'urgenza *19% of medical-legal litigation for EP is due to problems related to injury (injury tendon, ligament or nerve) or problems related to the infection and / or the presence of foreign bodies in the wounds*

FINALITA'

PURPOSES

Valutare ogni nuova evidenza scientifica
sull'argomento.

To assess of any scientific evidence on the
subject.

Stilare un documento di consenso multidisciplinare che orienti i comportamenti e le procedure riguardo alcuni aspetti controversi che riguardano la gestione delle ferite traumatiche in Pronto Soccorso.

To draw up a multidisciplinary consensus document that guides the behavior and procedures regarding some controversial aspects concerning the management of traumatic wounds in the emergency department.

Ridurre la disomogeneità procedurale fra gli Operatori, aumentando l'appropriatezza dei comportamenti.

To reduce the procedural inconsistency between the operators, increasing the appropriateness of behavior

Facilitare la corretta stratificazione del rischio clinico, migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, ridurre gli errori, valutare correttamente il rapporto costo-beneficio, ottenere una maggiore soddisfazione del paziente.

To facilitate the correct clinical risk stratification, to improve diagnostic and therapeutic appropriateness, the cost-benefit ratio, the reduction of errors, and increased patient satisfaction.

Fornire spunto per lavori di ricerca e iniziative didattiche.

Provide an opportunity for research and educational initiatives.

- Can you define "clean" a traumatic injury in the setting of the emergency department ?
- Do exist, and especially how reliable are signs predictive of risk of infection?
- What are the best methods of prevention of infection: irrigation, closure techniques, antibiotic prophylaxis?
- What are best approaches to prophylaxis of wounds with a higher risk of infection (eg, bites , wounds of the hand, foot)?
- In which wounds is it appropriate to assess the tetanus immunization status?
- Is it possible to apply to traumatic injuries the definition "clean wound not tetanus prone"?
- Have you ever had difficulties during the anamnestic interview in the assessment of tetanus vaccination status in wounded patients who access to the emergency department?
- Since only 15% of patients present with reliable data on vaccination status and health registry is rarely accessible from the emergency room, in the absence of data, is it possible to trusts on the patient's history on their own tetanus vaccination status?

IL PROCESSO PER RAGGIUNGERE IL CONSENSO

The process to reach consensus

DELPHI



DELPHI

Delphi is a qualitative survey methodology, it is iterative and based on inputs provided by selected experts in the surveyed subject.

It is ideal for negotiation when there is no agreement and for the definition of shared realities.

Ciclo DELPHI

- 1) Nomina del panel**
- 2) Stesura iniziale del documento**
- 3) Invio del documento al panel**
- 4) Analisi delle risposte e creazione del nuovo documento per il consenso**
- 5) Nuovo inoltro al panel x2 o 3 volte**
- 6) Stesura del documento finale**



The questionnaire is the tool that made it possible to collect the experiences of the experts involved in the study. They responded in a comprehensive manner to every single question, completing a folder in question.

The technique allows to interview a selected group of experts that are asked to express their opinions on given topics in order to validate some of them through mutual confrontation and progressive sharing.

At the end of the first phase (or first round), we analyzed all contributions and was drawn an additional questionnaire that was sent back again.

After the second phase (second round), it was reactivated the process (analysis according to questionnaire-third questionnaire definition - analysis)

The third phase is usually the final one.

I° DELPHI CICLE: PROMOTED BY ACEMC (ACADEMY OF EMERGENCY MEDICINE AND CARE, WWW.ACEMC.IT) AND CONDUCTED BY MEDI-PRAGMA SERVICES COMPANY RESEARCH AND PHARMACEUTICAL MARKETING

The panel involved was composed of eight experts (6 EP and 2 Surgeons), moderated by one facilitator with expertise in this method.

the research emerged from the analysis, the confrontation and the sharing of the contributions that the experts have provided in reply to the subjects proposed between **August and November 2011**.



(ACADEMY OF EMERGENCY
MEDICINE AND CARE,
WWW.ACEMC.IT)



At the congress of the Scientific Society Acemc in November 2011, during the presentation of the work, the panel members had the opportunity to meet head-on the audience, and decided to complete the drafting of the document after further round with an **expanded and multidisciplinary panel**

IN GUIDELINES WE (CANNOT) TRUST

L'Institute of Medicine (IOM) ha nel 2011 aggiornato gli standard per la compilazione delle Linee Guida; se si aderisce a questi standard, le Linee Guida dovrebbero diventare più credibili. Le parole chiave su questo tema sono integrità e affidabilità. Ma qual è la reale aderenza a questi criteri? A metà degli anni '90 si era valutato che l'adesione agli standard metodologici richiesti avveniva solo per il 50%.

In March 2011, the Institute of Medicine (IOM) issued a new set of standards for clinical practice guidelines intended to enhance the quality of guidelines being produced.

IN GUIDELINES WE (CANNOT) TRUST

Archives of Internal Medicine

114 Linee Guida della National Guidelines
Clearinghouse

solo 8 dei 18 standard dello IOM (pari cioè al 44.4%) erano soddisfatti, senza un miglioramento rispetto agli anni precedenti. I problemi sono sempre gli stessi:

Kung J et al. Arch Intern Med 2012; 172: 1628-1633
Shaneyfelt T. Arch Intern Med 2012; 172: 1633-1634

Two reviewers independently screened 130 guidelines selected at random from the National Guideline Clearinghouse (NGC) website for compliance with 18 of 25 IOM standards.

IN GUIDELINES WE (CANNOT) TRUST

criteri variabili ed opachi /

Except for US government agency–produced guidelines, criteria used to select committee members and the selection process were rarely described

*Kung J et al. Arch Intern Med 2012; 172: 1628-1633
Shaneyfelt T. Arch Intern Med 2012; 172: 1633-1634*

manca di una revisione esterna
Lack of external revision

composizione di *panel* di esperti
ristretta e con conflitto di interessi

Committees developing guidelines rarely included an information scientist or a patient or patient representative. Non-English literature, unpublished data, and/or abstracts were rarely considered in developing guidelines; differences of opinion among committee members generally were not aired in guidelines; and benefits of recommendations were enumerated more often than potential harms. Guidelines published from 2006 through 2011 varied little with regard to average number of IOM standards satisfied.

composizione del *panel* di esperti

è un problema centrale: coinvolgere clinici di una singola specializzazione rischia di vedere una automatica condivisione degli stessi valori ma anche degli stessi error
è però anche vero che differenti *panel* possono portare a raccomandazioni divergenti rispetto allo stesso problema clinico.

conflitto di interessi

sia esso di tipo finanziario che intellettuale

nello studio di Kung è stato osservato che meno del 50% delle Linee Guida valutate fornivano informazioni sul conflitto di interessi
più del 70% dei chairman e del 90% dei co-chairman avevano di fatto un chiaro conflitto di interessi

Information on conflicts of interest (COIs) was given in fewer than half of the guidelines surveyed. Of those guidelines including such information, COIs were present in over two-thirds of committee chairpersons (71.4%) and 90.5% of co-chairpersons.

Una *disclosure* è di per sé un rimedio insufficiente

Kung J et al. Arch Intern Med 2012; 172: 1628-1633
Shaneyfelt T. Arch Intern Med 2012; 172: 1633-1634

Multidisciplinarietà

Linee Guida elaborate da Società Scientifiche monospecialistiche rischiano di fornire raccomandazioni finalizzate a valorizzare il ruolo della loro specializzazione

il rischio è di centrare l'attenzione su una singola patologia, mentre nella pratica clinica i pazienti sono molto spesso multipatologici.

revisione esterna

Gli editors delle riviste che pubblicano le Linee Guida dovrebbero rifiutarne la pubblicazione in assenza di adesione agli standard previsti.

Forse la centralizzazione della elaborazione delle Linee Guida potrebbe almeno in parte risolvere questi problemi, quanto meno evitando la pubblicazione di Linee Guida multiple ma tra loro discordanti sul medesimo tema.

obiettivi

L'obiettivo finale dovrebbe comunque essere quello educativo, riducendo la variabilità e migliorando qualità ed outcomes nella pratica clinica.

PANEL MULTIDISCIPLINARE

libero.barozzi@aosp.bo.it; fabio.brunato@gmail.com; stefanocalderale@gmail.com;
mario.cavazza@aosp.bo.it; crapis.massimo@aoud.sanita.fvg.it; andrea.drei@alice.it;
franco.laterza@ulss10.veneto.it; clocatelli@fsm.it; ciropaolillo@gmail.com;
cprevaldi@fastwebnet.it; ricca.marco@tiscali.it; arocchetti@ospedale.al.it;
augusto.tricerri@fastwebnet.it; fabrizio.giostra@aosp.bo.it; pasqualepicciano@gmail.com;
l.zulli@sanfilipponeri.roma.it; silviaasia@tin.it; vincenzo.peloponneso@libero.it;
waltervello83@hotmail.com; amanda.furini@alice.it; giorgio.ricci@ospedaleuniverona.it ;
gaizodel@libero.it ; claudio.bianchin@ulss.belluno.it; Daniele.Carraro@ulss10.veneto.it.;
marica@barbazzamariacarolina.191.it; alessandro.lucio@aslrmc.it
massimo_rega@fastwebnet.it ; srazzi@ausl.vda.it; ellyneri3@gmail.com;
elena.neri@burlo.trieste.it; raffapescamelba@yahoo.it ; ericadellisanti@libero.it ;
mpesenti@ausl.vda.it; Daniele.Coen@OspedaleNiguarda.it;
icasagranda@ospedale.al.it; casagranda@libero.it; carlofraticelli@alice.it;
carlo.locatelli@fsm.it; tartaglino.b@ospedale.cuneo.it ; vellutifrancesca@gmail.com;
maria.giuliano@alice.it; carlo.manfredi@mdtech.it; sefucci@tiscali.it;
ciropaolillo@gmail.com; cprevaldi@fastwebnet.it; albertoalbani3@gmail.com ;
gaizodel@libero.it ; annarosa.gianninoni@ausl.bologna.it ;
giorgio.ricci@ospedaleuniverona.it massimo_rega@fastwebnet.it ; srazzi@ausl.vda.it;
ellyneri3@gmail.com; elena.neri@burlo.trieste.it; raffapescamelba@yahoo.it ;
ericadellisanti@libero.it

16 Novembre 2013

Incontri multidisciplinari di consenso



Position Paper sulla gestione delle ferite traumatiche in pronto soccorso.

Presentazione del progetto: Workshop 26/27

Settembre 2014 Venezia

Progetto Mattone Internazionale

L'esperto è una persona che ha fatto in un campo molto ristretto tutti i possibili errori

An expert is a man who has made all the mistakes which can be made, in a narrow field

Niels Bohr



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine



WORKSHOP

GESTIONE DELLE FERITE IN PRONTO SOCCORSO BASATA SULLA
VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO / POSITION STATEMENT DI
CONSENSO MULTIDISCIPLINARE

*WOUND MANAGEMENT IN ED, A POSITION STATEMENT BASED ON
CLINICAL RISK ASSESSMENT / MULTIDISCIPLINARY CONSENT PROCESS*

Centro Congressi Venezia

Venezia, 26-27 settembre 2014

Oggi siamo qui, a Como



chi è l'esperto



....grazie



