

epidemiologia clinico-assistenziale

ec-Ad

del dolore



Protocollo operativo

Protocollo operativo



a cura di

CENTRO STUDI SIFO

c/o Mario Negri Sud - Via Nazionale 8/a - S. Maria Imbaro (CH)

Tel.: 0872 570 255 - 321 - 262; Fax: 0872 570 248

e-mail: romero@negrisud.it, sichetti@negrisud.it, fosco@negrisud.it

Quadro di riferimento

La sintomatologia dolorosa, spesso associata a molte patologie acute e croniche, è una condizione che interferisce negativamente con le attività quotidiane del paziente, compromettendone la qualità di vita ed, in alcuni casi, complicandone il quadro clinico. Negli ultimi anni è stata posta maggiore attenzione al problema dolore, infatti, si è registrata una più ampia disponibilità di linee-guida (OMS, NCCN, ESMO, SIAARTI) (1-6), di farmaci per il controllo del dolore, di provvedimenti normativi atti a favorire l'impiego di analgesici oppiacei nella pratica clinica ospedaliera ed ambulatoriale (7-9).

Nonostante queste iniziative, la gestione del dolore continua ad essere una componente "problematica" della pratica assistenziale e la frazione di pazienti con tale sintomatologia è ancora consistente: stime di prevalenza mostrano che il 48 ed il 63% dei pazienti ospedalizzati riferisce dolore (10-15), con picchi dell' 80% nei pazienti oncologici in stadi avanzati o terminali della malattia (16), dell' 83% in quelli sottoposti ad interventi di amputazione (17) e dell' 86% nei pazienti ematologici sottoposti ad aspirazione del midollo osseo (18).

Una prevalenza del dolore così elevata è attribuibile a diversi fattori, quali:

- la complessità del fenomeno, dovuta alla molteplicità di fattori (fisiopatologici, psicologici, sociali) che contribuiscono al suo determinarsi;
- l'eterogeneità della popolazione, sia dal punto di vista epidemiologico che clinico;
- il sottoutilizzo delle terapie antalgiche.

In riferimento a questo ultimo aspetto occorre infatti sottolineare che nonostante l'impiego di morfina (e più in generale di oppiacei) sia considerato un indicatore di qualità nel controllo del dolore (19), studi europei e gli stessi dati dell'Osservatorio Italiano (OsMed) documentano che il loro utilizzo, sebbene in aumento, è ancora inadeguato rispetto alle reali esigenze terapeutiche dei pazienti (20-26). Anche da una nostra indagine sul consumo di analgesici oppiacei condotta a partire dagli archivi interni delle farmacie di un campione di 243 ospedali italiani emerge che gli oppiacei più frequentemente utilizzati sono quelli "deboli" (codeina e tramadolo), mentre la morfina occupa solo il quarto posto nella graduatoria dei consumi. I reparti maggiormente coinvolti nella gestione del dolore non sono solo quelli oncologici, classicamente più studiati, ma anche le aree di pertinenza della Chirurgia, Terapia Intensiva, Ortopedia e Medicina. Esiste una notevole variabilità nel tipo e nella frequenza di uso di oppiacei sia tra le diverse tipologie di reparto e strutture coinvolte che tra le aree geografiche rappresentate: Nord, Centro e Sud Italia (27-28).

Il basso utilizzo di oppiacei, così come la variabilità nel loro impiego spesso sono ricondotti a questioni più di tipo culturale che clinico (es. paura di effetti collaterali rilevanti) e/o alla scarsa attenzione che viene data a tale sintomatologia, considerata comunque secondaria rispetto alla patologia di base. Le implicazioni pratiche di tali aspetti nelle scelte terapeutiche così come del contributo che ad esse deriva dalla complessità ed eterogeneità del paziente e/o del contesto assistenziale sono poco conosciute. E' evidente quindi che per poter trovare delle risposte realmente in grado di contribuire ad una maggiore definizione del problema e migliorarne la qualità di cura, bisogna "studiarlo" nella pratica clinica quotidiana. Si tratta quindi di attivare un programma di farmacovigilanza che non sia focalizzato solo alla rilevazione delle reazioni avverse, ma che esamini il problema nella sua complessità-eterogeneità, identificando tutte le situazioni che pongono i pazienti in una condizione di rischio. E' un programma che si sviluppa nell'ambito della pratica clinico-terapeutica quotidiana e fa parte della normale gestione dei pazienti che si presentano con problemi e che quindi richiedono una attenzione maggiore ed un monitoraggio stretto per verificare se l'eventuale intervento intrapreso produce il risultato atteso. Infatti solo con l'attivazione di un monitoraggio attento dei pazienti con sintomatologia dolorosa è possibile: rilevare l'effettiva consistenza del problema, l'eterogeneità e al tempo stesso specificità clinica dei pazienti; valutare le reali possibilità di intervento e i risultati che ne conseguono; definire il vero carico assistenziale. Alla realizzazione di tale programma può contribuire in maniera importante il farmacista non solo perché gestisce i farmaci per il dolore (richiesta, distribuzione, contabilità) ma perché può garantire la partecipazione al programma di tutte le unità (reparti) in cui la popolazione di interesse viene assistita utilizzando le medesime modalità di rilevazione-sorveglianza.

La realizzazione, di tramite del farmacista, in più realtà ospedaliere permetterà inoltre lo sviluppo del programma in termini di vera e propria sorveglianza epidemiologica, con una forte rappresentatività sia della popolazione in studio, che diventa in tal modo anche numericamente importante, sia dei diversi contesti assistenziali in riferimento a tipologie di reparti e/o di ospedali.

Obiettivi generali

In accordo con quanto riportato nel quadro di riferimento, gli obiettivi generali del programma sono:

1. promuovere e verificare la praticabilità operativa di questa sorveglianza non come un'attività di studio/ricerca (più o meno occasionale), ma come normale componente dei compiti e delle pratiche assistenziali che gli operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti) fanno abitualmente nei diversi momenti della gestione del dolore;
2. orientare le funzioni della farmacia ospedaliera, che includono la sorveglianza dell'uso razionale e sicuro dei farmaci, verso una attenzione specifica all'impiego di oppiacei in modo che essa diventi la competenza/risorsa che funge da promotrice/coordinatrice di un coinvolgimento multidisciplinare, corrispondente (per estensione e modalità organizzative) alle specifiche esigenze di ciascun ospedale (es. per la presenza di reparti a più o meno alta probabilità di rilevanza del problema dolore e/o della disponibilità della Direzione Sanitaria e dei clinici di partecipare al programma);
3. produrre periodicamente rapporti di carattere epidemiologico-clinico che permettano di seguire nel tempo l'evoluzione dei profili terapeutico-assistenziali adottati nell'ospedale e soprattutto permettano di seguire la loro evoluzione riguardo la realizzazione di un "Ospedale senza dolore", obiettivo da tempo dichiarato come "dovuto", ma molto poco documentato con dati rappresentativi;
4. utilizzare i dati, le esperienze, le rilevazioni sui bisogni inevasi messi in luce da questi rapporti, come materiale di formazione permanente per gli operatori interessati e come punto di partenza per la promozione e la realizzazione di progetti di ricerca *ad hoc* per aree/problemi/popolazioni per le/i quali si riconosce la opportunità/necessità di un apprendimento epidemiologico, assistenziale e/o di sperimentazioni di strategie innovative, farmacologiche e non;
5. contribuire a creare una rete multicentrica di ospedali e di reparti disponibili ad includere nel proprio programma di "monitoraggio di qualità" (appropriatezza, gestione del rischio, farmacovigilanza) l'attività di sorveglianza e valutazione epidemiologica della gestione del dolore, con particolare attenzione alle situazioni cliniche severe e/o che possono richiedere il trattamento analgesico con oppiacei.

Implicazioni pratiche

1. La rilevanza clinica del programma è direttamente proporzionale alla possibilità di farlo rientrare tra le "normali" attività del personale di assistenza. Questo presuppone, evidentemente, che si accetti e si condivida il concetto che un programma di epidemiologia della gestione del dolore non è un progetto di ricerca che si "aggiunge" dall'esterno agli obiettivi ed ai contenuti della pratica assistenziale, ma ne è una delle espressioni normali di tale pratica, anzi di quelle "dovute-qualificanti".
2. La comprensione e l'accettazione di questa prospettiva stanno alla base della attivazione della strategia (anzi ne determina la praticabilità) che deve essere attivata nei diversi contesti con un ragionevole margine di flessibilità (es. per quanto riguarda chi fa che cosa), così da essere aderente soprattutto alle specificità delle diverse situazioni locali.
3. Elemento centrale del programma è la costituzione, a partire dal farmacista, di un piccolo gruppo di lavoro (che può far riferimento a quanto può esistere già nell'ambito delle politiche

della Direzione Sanitaria dell'ospedale) che ha come membri attivi i rappresentanti (medici e infermieri) delle competenze/responsabilità assistenziali da coinvolgere in questo progetto di farmacovigilanza della gestione del dolore.

4. In quanto parte di una proposta di farmacovigilanza e di qualità della cura, il protocollo deve essere notificato alla Direzione Sanitaria (ed eventualmente al C.E. competente) non perché si tratta di una ricerca osservazionale extra alla pratica clinica-assistenziale quotidiana, ma perché ne venga riconosciuto e comunicato in modo appropriato, in ambito aziendale, il significato complessivo e tutti vengano invitati a partecipare.
5. Contestualmente all'adozione da parte dei diversi gruppi delle strategie di ricerca adottate, il centro di coordinamento, identificato con il Centro Studi SIFO, propone strumenti di raccolta dati univoci per tutti i centri che aderiscono all'iniziativa. Le procedure e gli strumenti sono quindi estremamente semplici, tanto da poter essere adottati come componente delle mansioni di "buona pratica assistenziale".

Bibliografia

1. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986.
2. Jost LM, ESMO Guidelines Task Force. ESMO minimum clinical recommendations for the management of cancer pain. *Ann Oncol*, 2005; 16 (suppl 1): i83-i85.
3. Drugs for Pain. *Med Lett Drugs Ther.* 2004, 23 (2): 47-54
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology: Adult cancer pain. Version 2-2005. Sito web: <http://www.nccn.org> in data 27/07/2006
5. Ambrosio F, Paoletti F, Savoia G et al. SIAARTI recommendations on the assessment and treatment of chronic cancer pain. *Minerva Anestesiol*, 2003; 69: 697-729.
6. Savoia G, Ambrosio F, Paoletti F et al. SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain. *Minerva Anestesiol*, 2002; 68: 735-50.
7. L. n.12/2001, G.U. Serie generale n. 41 del 19/02/2001.
8. L. 49/2006. G.U. Serie generale n. 48 del 27/02/2006.
9. DM 10/3/2006. G.U. Serie generale n. 76 del 30/03/2006.
10. Ripamonti C, Zecca E, Brunelli C et al. Pain experienced by patients hospitalized at the National Cancer Institute of Milan: research project "Towards a pain-free hospital". *Tumori*, 2000; 86: 412-8.
11. Costantini M, Viterbori P, Flego G. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage*, 2002; 23 (3): 221-30.
12. Salomon L, Tcherny-Lessenot S, Collin E et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Symptom Manage*, 2002; 24 (6): 586-92.
13. Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, Ricchi E et al. Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *Eur J Pain*, 2005; 9: 485-95.
14. Strohbuecker B, Mayer H, Evers G et al. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *J Pain Symptom Manage*, 2005; 29 (5): 498-506.
15. Vallano A, Malouf J, Payrullet P et al. Prevalence of pain in adults admitted to Catalanian hospitals: a cross-sectional study. *Eur J Pain*, 2006 [in press].
16. Foley KM. Controlling cancer pain. *Hosp Pract (Off ed)*, 2000; 35: 101-8, 111-2.
17. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology*, 2000; 93: 1123-33.
18. Vanhelleputte P, Nijs K et al. Pain during bone marrow aspiration: Prevalence and Prevention. *J Pain Symptom Manage*, 2003, 26 (3): 860-6.
19. Achieving balance in national opioids control policy. Guidelines for assessment. WHO. Geneva 2000.
20. Il consumo dei farmaci oppiacei in Italia. *BIF*, 2003; 5-6: 231-5.

21. Ministero della Salute. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2006.
22. Zenz M, Willweber-Strumpf A. Opiophobia and cancer pain in Europe. *Lancet* 1993, 341: 1075-6.
23. International Narcotics Control Board (INCB). Report 2003. New York: United Nations, 2004.
24. Polvani M, Carmignani C, Parchi A et al. Prospettive di un ospedale senza dolore: indagine conoscitiva nell'Area Vasta Nord-Ovest Toscana sull'utilizzo di farmaci analgesici nel dolore acuto postoperatorio. *GIFC*, 2004; 18 (1): 22-6.
25. Bortolussi R, Spazzapan S, Lombardi D et al. Opioid consumption in hospital of the Friuli Venezia Giulia region: a four-year retrospective study. *Tumori*, 2004; 90: 96-102.
26. De Conno F, Ripamonti C, Brunelli C. Opioid purchases and expenditure in nine western European countries: "Are we killing off morphine?". *Palliat Med*, 2005; 19: 179-84.
27. Sichetti D, Fosco B, Sasso E, Romero M. Analisi dei consumi ospedalieri degli analgesici oppiacei. *GIFC*, 2006; 20 (1): 14-20.
28. Fosco B, Sichetti D, Sasso E, Romero M. Il consumo degli analgesici oppiacei in ospedale: quale variabilità? *GIFC*, 2006; 20 (2-3): 214.

Protocollo operativo

Premessa

Il programma di sorveglianza ECAD si sviluppa nell'ambito delle iniziative di farmacovigilanza dell'Azienda o della struttura ospedaliera, volte ad identificare le situazioni di rischio per i pazienti, nelle quali il rischio (qualunque sia la sua causa: da farmaci, da inadeguato trattamento, da complessità clinica, ecc...) si rileva come una condizione che determina un peggioramento clinico e/o della qualità di vita del paziente stesso, nonché un carico assistenziale (e quindi un costo) maggiore per l'azienda.

Il dolore è un sintomo al cui manifestarsi contribuiscono diversi fattori (fisiopatologici, soggettivi, assistenziali, contestuali). Proprio per questa sua componente multifattoriale si configura come una "condizione di rischio" (per la patologia sottostante, la sensibilità del paziente, la mancanza di un trattamento adeguato, la scarsa attenzione assistenziale, ...) che a tutti gli effetti rientra tra gli argomenti oggetto di studio-attenzione-sorveglianza nell'ambito dei programmi di farmacovigilanza dell'azienda (v. Inquadramento generale).

Obiettivi

Obiettivi specifici del programma ECAD sono:

1. effettuare una stima della presenza del "dolore trattato" tra i degenti nei reparti nei quali è attesa la maggior frequenza di pazienti con tale sintomatologia;
2. registrare il trattamento antalgico prescritto/somministrato, rilevare quale è il livello di controllo del dolore ed identificare i possibili fattori associati ad un eventuale scarso (o nullo) controllo;
3. identificare, nell'arco di un periodo di sei mesi, i pazienti per i quali la gestione del dolore risulta difficile o per il verificarsi di "eventi avversi" da trattamento o per la complessità/problematicità del paziente stesso;
4. definire le strategie adottate per questa tipologia di pazienti e valutare il decorso clinico ovvero l'esito dell'intervento adottato.

Disegno e metodologia di studio

Il programma si sviluppa secondo il disegno degli studi osservazionali, che segue la logica della osservazione e registrazione, di quello che accade nella normale pratica clinica per conoscere meglio il problema nella quotidianità dell'assistenza, evidenziare le situazioni critiche ed eventualmente apportare modifiche opportune o avviare studi più approfonditi.

La strategia attraverso la quale si sviluppa il programma ECAD prevede due momenti di rilevazione-analisi:

1. una indagine trasversale condotta, in giorni-indice, sui pazienti ricoverati nei reparti coinvolti, per rilevare:
 - a. quanti e quali pazienti sono in trattamento con una terapia antalgica e nello specifico con analgesici oppiacei,
 - b. qual è la percezione degli operatori sull'efficacia dei trattamenti utilizzati e/o della possibilità di avere un adeguato controllo del dolore,
 - c. qual è il grado di soddisfazione dei pazienti rispetto alla gestione del loro dolore;
2. una sorveglianza prospettica finalizzata ad identificare i pazienti che durante la degenza presentano:
 - a. un "evento avverso" clinicamente rilevante correlato alla terapia antalgica. Con il termine "evento avverso" si intende un evento che crea problemi nella gestione del paziente e che

- richiede un intervento medico specifico dal quale consegue una modifica nella "cura" del paziente rispetto ad esempio a: modifica del trattamento antalgico in corso, somministrazione di un trattamento specifico, sorveglianza "stretta" del paziente, ...;
- b. un quadro clinico complesso/problematico, intendendo con tale definizione una situazione in cui, secondo quella che è la percezione del medico, il paziente ha una sintomatologia dolorosa di difficile gestione. Alcuni esempi in tal senso possono essere:
- paziente con comorbidità che interferiscono con la gestione del dolore,
 - paziente con dolore non controllato nonostante l'esposizione ad un trattamento antalgico appropriato/raccomandato ("resistenza"),
 - paziente a cui è controindicato un trattamento antalgico a base di oppiacei,
 - ...

Modalità operative e schede raccolta dati

Essendo il programma ECAD parte della normale pratica assistenziale, la sua implementazione e realizzazione sarà definita dal gruppo di lavoro, all'uopo costituitosi, in accordo con le esigenze e le specificità delle singole realtà. E' però necessario garantire una uniformità, tra i vari reparti coinvolti, nei tempi e nei modi con cui vengono identificati i pazienti e quindi raccolti i dati. Nello specifico è fondamentale:

- l'individuazione del gruppo di lavoro che dovrebbe essere costituito da clinici (referenti dei reparti coinvolti), infermieri e farmacisti. Tale gruppo si fa carico di portare avanti il programma definendo al proprio interno funzioni e responsabilità;
- la definizione dei giorni-indice in cui sarà eseguita l'indagine trasversale. Si ritiene sufficiente considerare un solo giorno-indice al mese, ma si può pensare, in base alla disponibilità del personale coinvolto, anche a più giorni indice/mese se il numero di reparti partecipanti e/o di pazienti in essi degenti e/o di pazienti in trattamento antalgico siano tali da non poter essere visitati/registrati/intervistati tutti in un solo giorno;
- la definizione del periodo complessivo di sorveglianza, ipotizzato pari a sei mesi, per la realizzazione sia dell'indagine trasversale che della sorveglianza prospettica;
- l'utilizzo delle stesse schede raccolta dati e dello stesso programma di archiviazione dei dati raccolti.

Popolazione in studio

Fase trasversale: tutti i pazienti che nei giorni-indice risultino in trattamento con una terapia antalgica (a base di FANS e/o oppiacei).

Fase prospettica: tutti i pazienti che nel periodo di sorveglianza di sei mesi, calcolati a partire dal primo giorno-indice, sviluppano un "evento avverso" rilevante ascrivibile alla terapia antalgica o presentano una condizione clinica complessa/problematica che rende difficoltosa la gestione del dolore. I pazienti identificati in questa fase vanno seguiti fino alla dimissione.

Strumenti per la raccolta dati

Per ciascuna delle fasi è definita una specifica scheda raccolta dati, disponibile sia in formato cartaceo che elettronico da utilizzare a seconda delle risorse disponibili e delle decisioni organizzative locali prese dal gruppo di lavoro.

L'utilizzo della scheda elettronica, che include anche un programma di elaborazione dati, aumenta l'efficienza dello studio e permette di avere, in tempi rapidi, un database disponibile per un uso interno in accordo con gli obiettivi del progetto. Il formato cartaceo, invece, può essere utile per

l'acquisizione dei dati nei reparti e/o "al letto" del paziente. I dati così raccolti dovranno poi essere inseriti nella scheda elettronica.

Il software della scheda elettronica andrebbe installato su un unico computer nella sede (es. farmacia) in cui si convogliano i dati provenienti da tutti i reparti coinvolti. Questa "centralizzazione" con l'individuazione di una persona responsabile del controllo di qualità e dell'input dei dati, è una condizione che garantisce uniformità nel lavoro svolto, minore possibilità di errori e migliore qualità.

Le schede sono molto semplici e contengono le informazioni essenziali in riferimento agli obiettivi del programma di sorveglianza. In particolare:

1. Per l'indagine trasversale la scheda è suddivisa in tre parti:
 - la prima contiene informazioni di tipo epidemiologico, clinico (per rilevare la natura/causa del dolore) e terapeutico, con riferimento specifico alla terapia in corso per il controllo del dolore;
 - la seconda riguarda la valutazione da parte del personale assistenziale (infermiere in accordo con il clinico di riferimento) sul grado di controllo del dolore ottenuto/ottenibile e sulle motivazioni di un eventuale non-controllo;
 - la terza prevede una breve intervista al paziente sulla sintomatologia dolorosa e sul grado di soddisfazione dell'assistenza ricevuta.

2. Per la sorveglianza prospettica la scheda raccolta dati è composta da due sezioni:
 - la prima contenente informazioni di carattere epidemiologico, clinico e terapeutico (identica a quella usata per l'indagine trasversale);
 - la seconda relativa, in maniera differenziata, alle due condizioni che determinano l'inclusione dei pazienti nel programma:
 - a. verificarsi di un evento avverso clinicamente rilevante;
 - b. livello tale di complessità/problematività da creare difficoltà nella gestione del dolore.In entrambe le "sottosezioni" della scheda è prevista:
 - la descrizione chiara e precisa del problema ("effetto avverso" o condizione di complessità/problematività),
 - la registrazione di tutte le azioni intraprese per la gestione del problema,
 - la valutazione di tutti i pazienti inclusi alla dimissione (o al decesso se questo si verifica durante la degenza).

Percorso operativo

Fase trasversale: 1 giorno indice/mese per sei mesi per un totale di sei giorni-indice.

Nei giorni-indice stabiliti il farmacista, in accordo con i clinici referenti e con gli infermieri coinvolti, si reca nei reparti partecipanti al programma e dall'analisi dei dati contenuti in cartella clinica identifica i pazienti in trattamento antalgico e compila per ognuno di essi la relativa scheda raccolta dati.

La compilazione della scheda può essere effettuata o dall'infermiere o dal farmacista, in accordo con quanto stabilito dal gruppo di lavoro. L'intervista al paziente, per avere una valutazione "indipendente", sarebbe opportuno venisse fatta dal farmacista perché persona "esterna" al reparto.

L'inserimento dei dati nel formato elettronico può avvenire o contestualmente alla rilevazione, avendo a disposizione un computer portatile, o a fine giornata nella sede "centralizzata" identificata.

N.B. Nel caso in cui durante la rilevazione nei giorni-indice, si identificano pazienti con "eventi avversi" o condizione complessa/problemativa (proprie della fase prospettica), questi vanno registrati usando le schede della fase prospettica e vanno inclusi in tale fase di studio (v. sezione sottostante).

Fase prospettica: sei mesi a partire dal primo giorno-indice.

Durante un periodo di sei mesi i clinici e/o gli infermieri (questi ultimi dietro indicazione dei clinici) rilevano tutti i pazienti in trattamento con oppiacei che sviluppano un "evento avverso" rilevante o presentano una condizione complessa/problematica. L'inclusione di tali pazienti nel programma di sorveglianza e quindi la compilazione della relativa scheda raccolta dati può essere fatta o dall'infermiere o dal farmacista che si reca in reparto avendo ricevuto (da parte del clinico o dell'infermiere) la segnalazione della presenza di tali pazienti.

La registrazione dei pazienti rilevati va fatta contestualmente (stesso giorno o al massimo giorno successivo) alla loro identificazione.

Tutti i pazienti registrati vanno monitorati fino alla dimissione o alla morte (se questa avviene durante la degenza). Anche questa parte della scheda può essere fatta dall'infermiere o dal farmacista (avendo questi ricevuto la segnalazione di morte o di dimissione).

L'inserimento dei dati nel formato elettronico può avvenire o contestualmente alla rilevazione-segnalazione, avendo a disposizione un computer portatile, o nella sede "centralizzata" identificata, dopo adeguato controllo di qualità.

I dati raccolti alla fine del programma di sorveglianza saranno elaborati ed esaminati all'interno del gruppo di lavoro, quindi presentati e discussi collegialmente nell'ambito della ASL ed utilizzati per programmi di formazione, per percorsi di auditing, per pianificare eventuali interventi migliorativi o di approfondimento.